



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIANA COSTA DA SILVA

CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NOS HOSPITAIS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA

SALVADOR
2017

MARIANA COSTA DA SILVA

CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NOS HOSPITAIS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de mestra em enfermagem na área de Administração em Saúde, na linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo
Coorientadora: Profa. Dra. Heloniza O. Gonçalves Costa

SALVADOR
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

Costa da Silva, Mariana

CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NOS
HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA /
Mariana Costa da Silva. -- Salvador, 2016.

110 f. : II

Orientadora: Cristina Maria Meira de Melo.

Coorientadora: Heloniza Oliveira Gonçalves Costa.

Dissertação (mestrado – Programa de Pós-graduação em
Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem, 2016.

1. Trabalho da enfermeira. 2. Condições de trabalho. 3. Precarização
do trabalho. 4. Hospitais de administração pública direta e indireta. I.
Meira de Melo, Cristina Maria. II. Oliveira Gonçalves Costa, Heloniza.
III. Título.

MARIANA COSTA DA SILVA

CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NOS HOSPITAIS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de mestra em enfermagem na área de Administração em Saúde, na linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Salvador - Bahia,
Aprovada em 29 de abril de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo *Cristina Meira de Melo*
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia
Orientadora

Maslowa Islanowa Cavalcanti Freitas *Maslowa I. C. Freitas*
Doutora em Ciências Sociais e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Maria Enoy Neves Gusmão *Maria Enoy Neves Gusmão*
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Jonas Sâmí Albuquerque Oliveira _____
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(suplente).

DEDICATÓRIA

Às mãos que junto a mim escreveram essa dissertação. Enganou-se quem disse que escrever é um ato solitário. A escrita, nada mais é que a síntese das nossas relações sociais.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre uma tarefa difícil quando um trabalho acadêmico representa muito mais que um relatório de pesquisa, mas um processo de crescimento pessoal, emocional e profissional.

Agradeço por ter tido a oportunidade nesse período de trabalhar a minha espiritualidade, e fazer a minha ‘relição’ com o sagrado.

Agradeço a minha, Ana Lúcia, por ser sempre uma leoa, saindo em minha defesa quando preciso, aceitando o caminho que escolhi, mesmo não compreendendo os motivos de sofrer tanto para terminar este trabalho. Ao meu pai, Milton, e irmão, Milton Júnior agradeço por sempre estarem por perto para me ajudar no que preciso.

Agradeço a Paula, Rom e Danilo que dividiram as minhas noites em claro, as aflições, as vitórias, os banhos de mar no porto da barra à noite para voltar e tentar produzir um pouco mais, vocês foram a minha família em Salvador.

Agradeço ao grupo de pesquisa Gerir, na pessoa da professora Cristina Melo, minha orientadora, que foi parte fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, afinal, quem se interessaria pelo trabalho dessas mulheres, se não ela? Agradeço a minha co-orientadora Heloniza Costa, que teve papel fundamental na construção do projeto para a qualificação e na ideia de organização das variáveis que dá corpo ao trabalho.

Destaco também as minhas companheiras de mestrado, Tatiane Florentino e Karoline Macedo que dividiram o trabalho duro de elaborar o banco de dados que teve a colaboração direta de Juliana Leite, Tatiane Santos, Handerson Santos, Nildo Mascarenhas e as bolsistas, com destaque para Dandara Souza, Cristiane Silva e Bárbara Gomes.

Agradeço ao grupo de capoeira Tupinambá, na pessoa do Contra-mestre Sapoti, que me fez entender o sentido da música de Vinícius e Baden: “Capoeira que é bom não cai! E se um dia ele cai, cai bem!... Capoeira me mandou, dizer que já chegou, chegou para lutar.” E assim, eu fui respirando com a capoeira e voltando para lutar com a dissertação.

Aos amigos Ramon e Costinha, meu irmão mais velho, que atendiam meus telefonemas chorosos por não saber mais para onde ir nos resultados, que revisaram a dissertação tantas vezes. Vocês foram fundamentais na reta final deste trabalho, assim como Carolina Sapucaia, a minha parceira dos dias de espairecer e endurecer.

Agradeço à banca, Professora Maslowa pelos conselhos relacionados à sociologia do trabalho e a organização dessas trabalhadoras, Professora Enoy que contribuiu substancialmente para a parte quantitativa do trabalho e ao Professor Jonas, que se debruçou sobre o meu trabalho, apontando as falhas e as possibilidades de melhora.

Agradeço ao apoio das trabalhadoras da EEUFBA que fazem aquela escola funcionar diante das possibilidades e da precarização que ela sofre, especialmente a Márcia e Samuel.

Agradeço aos amigos e amigas de Feira de Santana, a minha casa, mas especialmente ao meu Risotrio, Lilo, Vinha e Vel, por me ouvirem e ajudarem a não desistir em todas as fases. Na entrega da versão final, depois das correções da banca, quando o coração disparava ao abrir o arquivo e a mente bloqueava, a tranquilidade de Ginas me ajudou a finalizar esse processo, muito obrigada, meu bem.

Por fim, e o mais importante de todos, agradeço a cada enfermeira que participou como sujeito desta pesquisa, um questionário grande, com média de 20 minutos para ser aplicado, em meio a um ambiente de trabalho precário, com sobrecarga de trabalho, vocês tiveram a paciência de nos receber e participar da pesquisa. Muito obrigada, sem vocês este trabalho nunca teria sido realizado.

Nada é impossível de mudar
Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo
E examinai, sobretudo, o que parece habitual
Suplicamos expressamente:
Não aceiteis o que é de hábito como coisa natural
Pois em tempo de desordem sangrenta
De confusão organizada
De arbitrariedade consciente
De humanidade desumanizada
Nada deve parecer natural
Nada deve parecer impossível mudar...

Bertolt Brecht

RESUMO

SILVA, Mariana. Costa da. **Condições de trabalho da enfermeira nos hospitais do sistema único de saúde da Bahia**. 2016.110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Este estudo descreve as condições de trabalho das enfermeiras que atuam nos hospitais do SUS do estado da Bahia, verificando diferenças proporcionais entre suas condições de trabalho por tipo de administração pública dos hospitais que atuam, segundo as variáveis selecionadas para o estudo. Os dados foram coletados através da aplicação de questionários a uma amostra de 256 enfermeiras distribuídas proporcionalmente em todo o estado da Bahia. Para análise dos dados, foi utilizado o programa STATA12.0, sendo calculadas frequências simples, frequências proporcionais, média e desvio padrão para a análise descritiva dos dados referentes às condições de trabalho. Para a análise comparativa dos dados, foram utilizados os seguintes testes estatísticos: qui-quadrado de Pearson; exato de Fisher; e tendência linear. O intervalo de confiança adotado foi de 5%. A pesquisa mostrou que as enfermeiras eram 88,0% mulheres, em sua maioria, pardas e 87,5% eram pós-graduadas. A precarização do trabalho atinge as enfermeiras independente do tipo de gestão da unidade hospitalar que trabalhe. No entanto, para características relacionadas à estrutura física, insumos e materiais, os hospitais sob administração indireta apresentam melhores resultados em relação aos hospitais sob administração pública. No entanto, observou-se que as enfermeiras que trabalham em hospitais sob administração indireta ganham menos pela hora trabalhada e têm seu trabalho mais precarizado através da flexibilização e intensificação do trabalho, combinação essa que produz uma superexploração. Constatou-se que as enfermeiras não se organizam coletivamente através de entidades de classe, o que diminui seu poder de resistência frente aos mecanismos de precarização, e buscam soluções individuais, como os multiempregos, para obterem maiores salários.

Palavras-chave: condições de trabalho; trabalho da enfermeira; precarização.

RESUMEN

SILVA, Mariana. Costa da. **Condiciones de trabajo de las enfermeras en los hospitales del Sistema Único de Salud de Bahía.** 2016.110 f. Disertación (Maestría en Enfermería), Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2016.

Este estudio describe las condiciones de trabajo de las enfermeras en los hospitales del SUS del estado de Bahía, comprobando las diferencias proporcionales entre sus condiciones de trabajo por tipo de la administración de los hospitales públicos que operan de acuerdo con las variables seleccionadas para el estudio. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios a una muestra de 256 enfermeras distribuidas proporcionalmente en todo el estado de Bahía. Para el análisis de los datos, se utilizó el programa STATA12.0, se calcularon las frecuencias simples, frecuencias proporcionales, media y desviación estándar para el análisis descriptivo de los datos relacionados con las condiciones de trabajo. Para el Análisis de los Datos de comparación, se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas: chi-cuadrado de Pearson; exacta de Fisher; y la tendencia lineal. El intervalo de confianza adoptado fue del 5%. La investigación ha demostrado que las enfermeras eran 88,0% de mujeres, en su mayoría de color marrón y el 87,5% tenían posgraduación. La precariedad del trabajo afecta a las enfermeras independientemente de la gestión de la unidad del hospital que trabajan. Sin embargo, por las características relacionadas con la infraestructura física, equipos y materiales, los hospitales en gestión indirecta tienen mejores resultados en relación con hospitales bajo la administración pública. Sin embargo, se observó que las enfermeras que trabajan en hospitales bajo la gestión indirecta ganan menos por hora prestada y que su trabajo es más precario mediante los ajustes y la intensificación del trabajo, esta combinación que produce una exploración excesiva. Se encontró que las enfermeras no se organizan colectivamente a través de asociaciones, lo que reduce su capacidad de resistencia a los mecanismos de precariedad y buscan soluciones individuales, como muchos empleos para obtener sueldos mejores.

Palabras claves: condiciones de trabajo; trabajo de la enfermera; precarización.

ABSTRACT

SILVA, Mariana. Costa da. **Conditions of nurse working in hospitals of the single health system Bahia**. 2016.110 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

This study describes the working conditions of nurses who work at SUS hospitals in the state of Bahia, by verifying the proportional differences between their work conditions and the type of public administration of the hospitals they work at, according to the variables selected for the study. The data were collected through questionnaires that were used in a sample of 256 nurses distributed proportionally in all the state of Bahia. For the analysis of the data, it was used the program STATA 12.0, which calculated simple frequencies, proportional frequencies, mean and standard deviation for the descriptive analysis of the data regarding the working condition of the nurse staffing. For the comparative analysis of the data, the following statistical tests were used: Pearson's chi-squared test, Fisher's exact test and linear trend estimation. The adopted confidence interval was 5%. The research showed that 88,0% of the nurses were women, brown-skinned, in their majority, and 87,5% of them had post-graduate degree. The precarious working condition affects the nurse workforce regardless of the management of the Hospital unit where they work. Nevertheless, it was observed that regarding the physical structure, input and material the hospitals under indirect management presented better results than the ones under public administration. However, the nurses who work at hospitals under indirect administration make less money per hour and have a worsened working environment due to flexibilization and intensification of labor, a combination which produces a situation of exploitation of labor. It was verified that the nursing staff doesn't get organized collectively through the class entity that represent them, which diminishes their power to resist the mechanisms that are responsible for worsening the work conditions, and they search for individual solutions, such as having more than one job in order to obtain bigger salaries.

Key words: work conditions; nurses work; precarious.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos hospitais sob administração indireta que compuseram o estudo.	39
Quadro 2 – Caracterização dos hospitais sob administração direta que compuseram o estudo.	40
Quadro 3 – Descrição dos parâmetros utilizados para o cálculo da amostra.	42
Quadro 4 – Distribuição dos profissionais na amostra por tipo de Gestão com alocação proporcional.	42
Quadro 5 – Variáveis do estudo.	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características sociodemográficas (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	51
Tabela 2 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características relacionadas aos equipamentos, mobiliários e materiais de consumo disponíveis (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	54
Tabela 3 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do ambiente de trabalho (n= 256). Bahia – Brasil, 2015.	55
Tabela 4 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do ambiente físico dos locais de trabalho, (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	56
Tabela 5 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características das normas de produções às quais as trabalhadoras estão submetidas, Bahia – Brasil, 2015.	57
Tabela 6 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do modo operatório do trabalho, (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	59
Tabela 7 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da flexibilização do trabalho, (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	61
Tabela 8 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do tempo de trabalho e descanso (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	63
Tabela 9 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do alongamento da jornada de trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	65
Tabela 10 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características relacionadas à intensificação (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	67
Tabela 11 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da precarização relacionadas à insegurança das trabalhadoras no emprego e no trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	70

Tabela 12 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, filiadas à entidade de trabalhador (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	71
Tabela 13 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da precarização do trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	71
Tabela 14 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da remuneração do trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	73
Tabela 15 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo a satisfação com o trabalho e a profissão (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Fapesb	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
Meenf	Movimento Estudantil de Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
Sesab	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SUPERH	Superintendência de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO	22
2.2	CONDIÇÕES DE TRABALHO PARA ALÉM DA LEGISLAÇÃO	27
2.3	CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA EM TEMPOS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	33
3	METODOLOGIA	37
3.1	TIPOLOGIA DO ESTUDO	38
3.2	LÓCUS DE ESTUDO	38
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	40
3.4	CÁLCULO AMOSTRAL	41
3.5	COLETA DE DADOS	42
3.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	45
3.7	PLANO DE ANÁLISE DE DADOS	48
3.8	ÉTICA NA PESQUISA	48
4	RESULTADOS	50
4.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	50
4.2	CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À LEGISLAÇÃO E À ERGONOMIA	52
4.3	CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO	60
5	DISCUSSÃO	76
5.1	PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA	76
5.1.1	Profissão de mulheres, a precarização tem sexo	76
5.1.2	A flexibilização como estratégia da precarização	78
5.1.3	A intensificação como estratégia da precarização	81
5.1.4	Síndrome objetiva de insegurança de classe	83
5.2	PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA POR TIPO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	85
5.2.1	Aspectos relacionados à organização	85
5.2.2	Aspectos relacionados às enfermeiras	87

6 CONCLUSÕES	90
REFERÊNCIAS	92
ANEXO 1– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	98
ANEXO 2–Instrumento de Coleta	99
ANEXO 3–Norma Reguladora 17	104
ANEXO 4–Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	108

1 INTRODUÇÃO

O trabalho, para Marx (2013), é um processo de interação dialética entre o homem e a natureza no qual o homem transforma a natureza e nesse processo transforma-se. O trabalho é ontológico à condição humana, sendo necessário à humanização. Na história, o trabalho realiza-se de diversas formas e em diversas condições, já que, para produzir e reproduzir a sua existência, o ser humano precisa de condições necessárias para a sobrevivência e essas são garantidas através do trabalho humano (MARX, 2013).

A sociedade atual organiza-se no modelo de produção capitalista, cuja característica fundante é a exploração do trabalho de outrem, para a produção e acumulação da mais-valia por meio do trabalho assalariado. De modo geral, os trabalhadores vendem sua força de trabalho a um empregador - o patrão - e esse apropria-se do que essa força de trabalho produz. A exploração se dá a partir do momento em que o trabalhador não só produz mercadorias suficientes para pagar seu salário e os meios de produção, como também permite a acumulação de capital para a reprodução do sistema e reinício do ciclo de exploração (MARX, 2013).

Nesse sentido, o empregador provê as condições necessárias para que o trabalho se desenvolva, as quais são entendidas como condições de trabalho. Elas são determinadas por fatores econômicos, sociais, culturais, organizacionais, afetivo-emocionais, psicológicos, ambientais, entre outros (BATISTA, 2008). Essas condições influenciam diretamente a própria atividade e seu produto final. No trabalho em saúde, as condições de trabalho são determinantes para a assistência prestada ao usuário, independentemente do cenário em que a atividade se realiza (VIANEY e BRASILEIRO, 2003; SILVA e MARZIALE, 2006; SILVA, ROTENBERG e FISCHER, 2011).

O trabalho em saúde, para Mendes-Gonçalves (1990), difere do trabalho desenvolvido nos setores de base¹, pois geralmente produz mercadorias que não podem ser tomadas de imediato. O trabalho em saúde no serviço público é caracterizado para o capital como útil e improdutivo. Ele adquire a característica de ser útil por produzir um serviço que possui uma utilidade, por atender às necessidades da sociedade ou, como Marx (2013, p. 63) considera, por produzir um valor de uso. É considerado improdutivo porque não gera mais-valia e acumulação do capital. No entanto, o trabalho em saúde possui um caráter fundamental para a

¹ São chamados setores de base aqueles que transformam a natureza em um produto imediatamente consumível como mercadoria, a exemplo da metalurgia, da produção fabril, entre outros.

reprodução do capital, pois recupera e preserva a força de trabalho que mantem o sistema capitalista funcionando (KANTORSKI, 1997).

Durante as últimas décadas do século XX, ocorreram profundas mudanças no mundo do trabalho em decorrência da diminuição do proletariado fabril, baseado na organização do trabalho no modelo taylorista e fordista. Isso ocasionou um desemprego estrutural e provocou uma crescente inserção desses trabalhadores no setor de serviços, com vínculos empregatícios frágeis, com maior intensificação e super-exploração do trabalho, características do processo de desregulamentação do trabalho (ANTUNES e ALVES, 2004).

Essas mudanças estruturais no mundo do trabalho também influenciaram o trabalho em saúde. Durante esse processo, o neoliberalismo contribuiu significativamente para a desregulamentação do trabalho no campo da saúde, promovendo a flexibilização dos vínculos, a perda de direitos trabalhistas e a instabilidade no emprego (KANTORSKI, 1997; GONÇALVES et al., 2014, GONÇALVES et al., 2015). As transformações ocorridas não foram favoráveis aos próprios trabalhadores por promoverem condições precárias de trabalho e perda de direitos sociais já conquistados.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em associação com o Ministério da Saúde do Brasil (MS) chama a atenção para esse tema no relatório produzido pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde de 2004, sinalizando a importância de promover o trabalho decente na área da saúde. Trabalho decente, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), é o trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna (BRASIL, 2010).

Abramo (2008, p. 40) relata que o trabalho decente é aquele que provê as “necessidades pessoais e familiares de alimentação, educação, moradia, saúde e segurança” e que nele são estabelecidas relações patronais devidamente regulamentadas por lei que garante o desenvolvimento do trabalho em condições que não sejam insalubres, com proteção social e econômica ao trabalhador. Portanto, o conceito de trabalho decente vincula-se, diretamente, ao conceito de condições de trabalho adotado nesse estudo, sendo mais amplo que este último. Entretanto, ambos versam sobre as condições que o trabalhador deverá ter como garantia para realizar seu trabalho.

Vale salientar que os conceitos de condições de trabalho encontrados na literatura têm abrangência distintas. Para Carneiro (2012, p. 23), as condições de trabalho estão relacionadas a “um conjunto de fatores que atuam direta ou indiretamente na execução de uma atividade/tarefa, que poderá influenciar na qualidade de vida no trabalho e na assistência aos

usuários”, sendo que tais fatores estão ligados diretamente aos riscos, aos aspectos ergonômicos, à educação permanente, ao ganho salarial, e ao convívio no ambiente do trabalho. Já para Batista (2008, p.164), as condições de trabalho abarcam questões “econômicas (salarial), socioeconômicos, culturais, organizacionais, afetivoemocionais, psicológicas, ambientais e outros”.

Na Norma Regulamentadora (NR) 17 (BRASIL, 1978) é definido que as condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, ao transporte e à descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos, às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

Neste estudo, entende-se condições de trabalho como um conjunto de variáveis que influenciam a atividade, o trabalho e a vida do trabalhador. Algumas dessas variáveis dizem respeito aos aspectos ergonômicos, salariais, de autonomia e satisfação no trabalho, bem como à estabilidade do trabalhador no emprego e à flexibilização do trabalho, que são características do cenário de mudanças no mundo do trabalho.

Para discutir as condições de trabalho das enfermeiras, é necessário considerar uma peculiaridade do campo de trabalho em enfermagem que é a fragmentação no interior do próprio campo por esse trabalho ser desenvolvido por enfermeiras, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009). A fragmentação do trabalho no campo da enfermagem relaciona-se com a organização do trabalho no modo de produção capitalista que tem como característica a especialização dos trabalhadores e a fragmentação de processos de trabalho como instrumento para a alienação do trabalhador e barateamento da força de trabalho (ANTUNES e ALVES, 2004).

Os trabalhadores que, segundo Antunes e Alves (2004, p. 336) pertencem à “classe-que-vive-do-trabalho são seres sociais que vivem da venda da sua força de trabalho, que são assalariados e desprovidos dos meios de produção”. A enfermeira não é possuidora dos meios de produção necessários ao desenvolvimento da sua atividade no trabalho e, portanto, necessita vender a sua força de trabalho a outrem, que se apropria dessa em troca de um salário. Sendo assim, as enfermeiras pertencem à classe-que-vive do trabalho e não estão excluídas do processo de mudanças no mundo laboral.

Considerando que as enfermeiras coordenam o processo de trabalho em enfermagem, direcionam o processo de trabalho em saúde e fazem parte da maior fração da força de trabalho nos serviços de saúde, é importante identificar as condições de trabalho nas quais elas executam suas atividades e tarefas, o que possibilita delinear um quadro das condições de trabalho dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) – Bahia. Desse modo, definiu-se a seguinte

questão de pesquisa: Quais as condições de trabalho das enfermeiras que atuam nos hospitais do SUS no estado da Bahia?

Entendendo as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, o objetivo geral deste estudo é descrever as condições de trabalho das enfermeiras que atuam nos hospitais do SUS do estado da Bahia. Para alcançar o objetivo geral, foi traçado o seguinte objetivo específico: verificar diferenças entre as condições de trabalho das enfermeiras, por tipo de administração pública dos hospitais que atuam, segundo as variáveis selecionadas para o estudo.

Este estudo justifica-se, também, pelo fato das condições de trabalho influenciarem diretamente no desenvolvimento do trabalho, e, no caso da saúde, refletirem na assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Conhecer as características das condições de trabalho das enfermeiras permitirá delinear o cenário no qual desenvolvem seu trabalho, identificando as dificuldades e facilidades que enfrentam. Este estudo poderá preencher uma lacuna no conhecimento acerca das condições de trabalho das enfermeiras que na literatura estão reveladas em pesquisas que analisam as condições de trabalho do conjunto dos trabalhadores da saúde ou para todas as trabalhadoras no campo da enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem). Esses estudos, muitas vezes, desconsideram a divisão técnica e social existente tanto no campo da saúde como no campo da enfermagem e determinam de forma diferente as condições de trabalho de cada categoria dessas, inclusive das enfermeiras.

A análise das condições de trabalho das enfermeiras que trabalham em unidades hospitalares da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) será feita, tendo como referência a concepção de condições de trabalho assumida neste estudo, ou seja, serão considerados: ganho salarial, riscos ocupacionais, aspectos ergonômicos (biomecânicos e organizacionais), educação permanente, convívio no ambiente, estabilidade do trabalhador no emprego, flexibilização do trabalho e representação sindical.

O interesse por pesquisar esse tema se deu pela aproximação da autora, durante a graduação, com as discussões sobre o trabalho da enfermeira no Movimento Estudantil de Enfermagem (Meenf), especificamente em espaços como o Diretório Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana e a Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem, através da Loco Regional Nordeste I.

Ainda durante a graduação, a aproximação com o tema deu-se também com a realização da pesquisa de conclusão de curso intitulada “Gestão do cuidado de enfermeiras em um hospital de administração pública indireta”. Nesse estudo, as enfermeiras relatavam a instabilidade no emprego como uma condição de trabalho que influenciava diretamente a

assistência prestada às usuárias do serviço, indicando a necessidade de descrever essas condições e de verificar de que modo elas influenciavam na assistência prestada.

A participação durante o mestrado do Grupo de Pesquisa GERIR, que tem em sua trajetória o estudo do trabalho em enfermagem, também contribuiu para consolidar discussões sobre o trabalho em enfermagem, especificamente o trabalho da enfermeira e estimular o interesse pelo estudo das condições de trabalho.

Nesse sentido, o Grupo GERIR possui um projeto de pesquisa matriz intitulado Análise do processo de trabalho em enfermagem no SUS/Bahia, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), e esta pesquisa sobre as condições de trabalho das enfermeiras nos hospitais do SUS da Bahia faz parte da pesquisa matriz, sendo um dos objetivos dessa última.

Pretende-se contribuir para a execução da política de gestão do trabalho visando à promoção do trabalho decente e a garantia de boas condições de trabalho às enfermeiras. Isso certamente impactará na assistência prestada aos indivíduos. Os resultados apresentados pelo estudo poderão servir, também, às entidades representativas da categoria, como ferramenta de luta por melhores condições de trabalho das enfermeiras.

Em tempo, nesta dissertação, apresenta-se o substantivo “enfermeira” para caracterizar enfermeiras e enfermeiros. A escolha do uso do feminino é para reconhecer as mulheres que compõem a maior parte dessa profissão, destacando o papel relevante da mulher neste campo. Hoje, o novo acordo ortográfico permite essa generalização no feminino em espaços em que a maioria seja composta por mulheres.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, objetivou-se fazer um levantamento teórico sobre os aspectos que tangenciam as condições de trabalho das enfermeiras, considerando que essas trabalhadoras estão inseridas em um determinado momento histórico, que sofre influência do modelo econômico e das raízes históricas que determinam o local que ocupam no campo da saúde e na sociedade atual.

Primeiramente, foi realizada uma revisão da literatura sobre as condições de trabalho no modo de produção capitalista, expondo as determinações do modelo econômico sobre essas condições de trabalho e a influência da última reestruturação produtiva para o mundo do trabalho e para toda a classe trabalhadora. Este capítulo foi elaborado partindo do princípio de que as enfermeiras são parte da classe trabalhadora e por isso também são atingidas pelas mudanças que aconteceram nos últimos anos.

No segundo capítulo da revisão da literatura, assume-se como objetivo discutir os aspectos teóricos que foram escolhidos para guiar a construção das variáveis que caracterizarão as condições de trabalho. Os dois eixos centrais estão relacionados diretamente ao que diz a legislação, abarcando a ergonomia e a psicodinâmica do trabalho, e o segundo relacionado com os indicadores de precarização do trabalho.

Por fim, contextualizou-se o trabalho da enfermeira em unidades hospitalares e suas condições de trabalho a partir do que já existe na produção científica nacional e internacional.

2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO

As condições de trabalho foram modificadas no decorrer da história, estando sempre alinhadas às mudanças nos modos como a sociedade produzia bens. O trabalho, modo pelo qual o ser humano produz e cria condições necessárias à sua reprodução, está no centro dessas mudanças, influenciando-as e sendo influenciado por elas. Nesse sentido, é necessário entender historicamente as mudanças que aconteceram e resultaram no modo de produção capitalista e no trabalho assalariado e influenciaram as condições em que o trabalho é desenvolvido (NEVES et al, 2008).

No período anterior à Revolução Industrial, o trabalho continha características manufatureiras, o trabalhador detinha o controle sobre toda a produção das suas mercadorias e trabalhava em um ambiente doméstico. O período feudal era ainda caracterizado por uma sociedade de base econômica ligada ao campo, e grande parte da população vivia do cultivo

da terra. Paulatinamente, o modo de produção feudal começa a perder espaço para um novo modo de produção, uma nova classe social começa a se formar com pessoas que viviam do comércio, concomitantemente camponeses e artesãos têm suas terras e os instrumentos de trabalho expropriados, criando condições ideais para o surgimento do capitalismo (HOBSBAWM, 2004).

Esse processo de expropriação das terras dos camponeses possibilitou uma mudança da população do campo para as cidades, produzindo uma urbanização desprovida de condições de vida para os trabalhadores e uma desvalorização da sua força de trabalho. Entre o fim do século XVIII e XIX, aconteceu uma evolução tecnológica, sem um reflexo desses avanços nas condições de trabalho, que eram completamente desfavoráveis aos trabalhadores (ENGELS, 2013). Nessemomento, a sociedade começa a se dividir em duas categorias: os detentores e não detentores dos meios de produção, duas classes sociais distintas e antagônicas que correspondiam respectivamente à burguesia e a classe trabalhadora. Esse último grupo passa a viver da venda da sua força de trabalho por um determinado salário, constituindo o que se chama hoje de trabalho assalariado, uma das características do capitalismo (HOBSBAWM, 2004; NEVES et al., 2008).

O processo de consolidação do capitalismo, como modo de produção determinante, aconteceu somente com a Revolução Industrial, que foi um marco na história mundial, pois substituiu as ferramentas pela maquinaria na produção de mercadorias², antes usadas pelos artesãos e promovendo o aumento da produtividade, a diminuição do tempo de produção, aumentando os lucros e conseqüentemente fornecendo condições ideais para a solidificação do capitalismo (MARX, 2013).

No século XIX, o trabalho feminino e o trabalho infantil foram introduzidos no trabalho fabril, dado que, para o manuseio da maquinaria não se necessitava de força física e esses dois grupos custavam menos ao capitalista já que tinham menor valor no mercado. Assim, o capital inseria no modo de produção toda a família do trabalhador com a finalidade de aumentar seus lucros (MARX, 2013).

Concomitantemente, algumas ações eram executadas para aumentar a exploração do trabalho. Como exemplo dessas ações, talvez uma das mais emblemáticas tenha sido o prolongamento da jornada de trabalho, que à época chegava a dezoito horas (ENGELS, 2013).

Nesse contexto de contradição entre o desenvolvimento tecnológico favorável à acumulação de capital e à pauperização dos trabalhadores marginalizados e explorados, os

²Segundo Marx (2013), a ferramenta é movida pela força humana, já a maquinaria é movida por uma força natural diversa da força humana.

operários começaram a se organizar na busca por condições mínimas de trabalho e de vida e, assim, surgiram os primeiros movimentos operários contestatórios (PAULO NETTO, 2013). Os primeiros movimentos surgiram esporadicamente em forma de revolta contra o uso das máquinas de fiar e seus criadores, sendo essa personificação do que provocava as más condições de trabalho e de vida (ENGELS, 2013).

Paralelamente às revoltas e à organização do movimento operário, o estudo e as descrições das condições de trabalho e da vida em toda a Europa Ocidental começavam a ser publicados em jornais, panfletos e livros (HOBSBAWN, 2011). Portanto, a discussão sobre as condições de trabalho inicia-se a partir das necessidades reais dos trabalhadores de questioná-las.

Considerando as primeiras pesquisas que estudavam as condições de trabalho no mundo capitalista, Hobsbawn (2011) destaca a obra de Friederich Engels, “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”, como a mais importante produção sobre esse assunto. Nessa obra, é destacada a forma como vivia da Inglaterra a classe trabalhadora no momento da industrialização e suas condições de trabalho.

Nesse período de desenvolvimento do capital na Europa ocidental, a exploração do trabalhador caracterizava-se na extensão da jornada de trabalho para a extração da mais valia³ e essa era uma das características principais das condições de trabalho com a finalidade de explorar o trabalhador.

Na América Latina, também chamada por Antunes (2011, p.17) de “Continente do Labor”, o processo de industrialização aconteceu em um período de tempo menor que na Europa, com o trabalho transformando-se rapidamente do trabalho escravo para o trabalho assalariado em fábricas. No Brasil, a classe trabalhadora assalariada ganha conformação com a vinda de italianos e espanhóis para trabalharem nas indústrias têxteis da Região Sudeste, estabelecendo relações de assalariamento (ANTUNES, 2011).

As condições de trabalho no Brasil, no início do século XX, não diferiam daquelas apresentadas por Engels (2013) sobre a classe trabalhadora inglesa. O caráter expropriador se mantinha, as más condições de trabalho e de vida eram marcantes na constituição do proletariado da América Latina e, a partir da contestação dessas condições, o proletariado fabril começa a se organizar em busca de melhorias nas suas condições de trabalho (ANTUNES, 2011).

³ A mais valia é entendida em Marx como o produto do tempo de trabalho excedente, ou seja, o trabalhador em um primeiro momento trabalha dentro do tempo de trabalho necessário para produzir o seu salário (valor mínimo necessário para a sua produção e reprodução) e, em um segundo momento, ele produz um valor que é excedente, e que traz lucro ao capitalista, é a mais valia (PINHEIRO, 2000).

Em São Paulo, no ano de 1917, foram realizadas grandes greves. Os ideais comunistas e anarquistas se espalhavam pelo país sob influência de italianos, espanhóis e alemães que saíam dos seus países fugindo da guerra ou da perseguição política dos governos locais e propagavam suas ideologias no movimento operário que começava a surgir no Brasil. Nesse tempo, as reivindicações sociais partiam diretamente das “forças sociais do trabalho” (ANTUNES, 2011, p. 21).

Na década posterior, o desemprego decorrente da grande crise começava a assolar o Brasil e o descontentamento era geral. Em 1930, o golpe que levou Getúlio Vargas ao poder inaugurava então um governo populista e nacionalista. As políticas públicas que foram utilizadas no governo Vargas dialogavam diretamente com as inquietações e questionamentos dos trabalhadores, mas, como é característico de um Estado inserido no capitalismo, não rompiam com a exploração do trabalhador. O governo Vargas revelava-se contraditório, pois, ao tempo que instituíam políticas de proteção ao trabalhador, protegia o ciclo vicioso da sua exploração (ANTUNES, 2011).

As conquistas de melhores condições de trabalho no Brasil começaram a partir do governo de Getúlio Vargas, em 1930, e possuem como marco histórico a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) no ano de 1943. A regulamentação das relações entre o patronato e os trabalhadores resultou nas grandes mobilizações que aconteceram no Brasil no período pós-Primeira Guerra Mundial (CEZAR, 2008; ANTUNES, 2011).

Durante as três décadas seguintes, o Brasil experimentou um ciclo de industrialização impulsionado, principalmente, pela Segunda Guerra Mundial. As indústrias metalúrgicas, têxteis, alimentícias e automobilísticas se consolidaram. Aliado a esse ciclo de industrialização, foi se solidificando o trabalho assalariado no Brasil. A organização do trabalho na indústria era influenciada pelos modelos Tayloristas e Fordista, que proporcionavam uma maior intensificação do trabalho a partir da produção em massa, do controle do tempo de trabalho, do trabalho parcelar ou especializado e a fragmentação das funções, da separação entre a elaboração e a execução, e, por fim, da verticalização das unidades de produção (ANTUNES, 2011).

Com a introdução desses novos parâmetros de produção, a acumulação do capital chega ao seu apogeu, entrando em crise na década de 1970, com a crise do petróleo em 1979. A queda na taxa de lucros, o esgotamento da acumulação com o Fordismo e o Taylorismo, o surgimento de uma nova forma de acumulação através do capital financeiro e flexível, a

influência do Toyotismo⁴, a crise fiscal em decorrências das políticas sociais e do financiamento da industrialização marcam esse período que dará início a uma nova etapa na economia: o surgimento do neoliberalismo no Brasil (ANTUNES, 2013).

O neoliberalismo para Galvão (2008) consiste em uma nova organização política e econômica que influencia a ação estatal e que possui como características:

A privatização de empresas estatais, a desregulamentação dos mercados (de trabalho e financeiro), e a transferência de parcelas crescentes da prestação de serviços sociais – tais como saúde, educação e previdência social – para o setor privado (GALVÃO, 2008, p.149).

Como impacto para o mundo do trabalho, o neoliberalismo introduziu a desregulamentação dos direitos trabalhistas, o aumento da fragmentação entre os trabalhadores, a precarização, a terceirização da força de trabalho, a destruição do sindicalismo de classe e a conversão desse em um sindicalismo dócil (ANTUNES, 2013).

Nesse período de perdas para a classe trabalhadora, uma conquista se destaca: a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, e, em 1990, é criado o Sistema Único de Saúde. A construção do SUS no bojo das discussões sobre a redemocratização do Brasil, partindo do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, é um contraponto ao movimento neoliberal. É também um marco histórico para a saúde pública e para as políticas sociais brasileiras. A partir do SUS, organiza-se a saúde pública e gratuita em todo o território nacional, sem restrições de atendimento aos brasileiros.

Nesse momento, o neoliberalismo começa a se colocar como uma alternativa à reestruturação do capitalismo, o papel do Estado é reduzido, passando por uma ‘modernização’ na sua burocracia, com a intenção de promover agilidade e eficiência nos processos. O marco dessa mudança na política estatal é o ano de 1995, com a criação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (MENEZES, 2011).

A partir de então, as políticas públicas são desmontadas e transformadas em ações pontuais, com a justificativa da crise fiscal do Estado. No entanto, tais medidas faziam parte de um contexto macroeconômico do neoliberalismo no Brasil, imposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) (MENEZES, 2011). As terceirizações e as privatizações de organizações estatais acentuaram-se nesse período, e o setor saúde é um dos mais atingidos.

⁴ Toyotismo: modelo organizacional de trabalho que foi desenvolvido no Japão e tem como características: flexibilização do trabalho; a qualidade total, a terceirização do trabalho com o conceito de produção enxuta, e a busca pelo “engajamento estimulado” no trabalho; remuneração flexível; trabalho em equipe (ALVES, 2001; ANTUNES, 2013).

Os serviços públicos de saúde são ainda mais sucateados em suas estruturas devido à falta de investimento, sendo que o governo da época transferia esses serviços para a iniciativa privada com o fortalecimento da ideia de incompetência do Estado na gestão dos mesmos. Nessa configuração, o trabalhador da saúde do setor público encontra-se em más condições de trabalho sendo também atraído pelo setor privado e perdendo garantias trabalhistas já asseguradas pelo Regime Jurídico Único (RJU) (BATISTA JÚNIOR, 2011).

Nas eleições de 2002, José Serra, representante do partido de FHC, foi derrotado por Luís Inácio Lula da Silva (Lula), o operário que havia construído história no sindicalismo brasileiro com a liderança das greves dos anos de 1970, no ABC paulista. Bravo e Menezes (2011) afirmam que a eleição de Lula foi uma resposta às políticas neoliberais implantadas por FHC.

Entretanto, as políticas dirigidas para o setor saúde no governo Lula não apresentaram mudanças positivas para os trabalhadores da saúde. As relações de trabalho continuaram precárias, a flexibilização das contratações e dos vínculos empregatícios intensificaram-se (BRAVO e MENEZES, 2011). A transferência da gestão dos serviços públicos para entidades privadas ou públicas de direito privado proporcionava a contratação de cooperativas profissionais que barateavam o valor da força de trabalho, ao mesmo tempo em que mantinham o trabalhador em um vínculo empregatício instável (BATISTA JÚNIOR, 2011). Esse conjunto de fatores expressa como as ações neoliberais eram adotadas em um governo de base popular.

É nesse contexto histórico, político e socioeconômico que estão inseridas as trabalhadoras da enfermagem e suas condições de trabalho. O curso da história mostra mudanças significativas para o mundo do trabalho e é necessário compreender essa totalidade para chegarmos à essência do objeto estudado. A análise das mudanças ocorridas no mundo e nos modos de produzir a vida favorece a compreensão sobre as condições de trabalho.

2.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO PARA ALÉM DA LEGISLAÇÃO

As condições de trabalho são estudadas na perspectiva da legislação brasileira, que versa sobre os parâmetros técnicos sobre a ergonomia e os riscos oferecidos pelas atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho. Esse enfoque é usado comumente para avaliar os riscos do trabalho, primeiramente na perspectiva da legislação e das obrigações estabelecidas aos trabalhadores e empregadores e, em segunda perspectiva, a partir da ótica do trabalhador, na avaliação dos riscos oferecidos pelo trabalho e pela relação subjetiva

estabelecida no processo de trabalho. É necessário salientar que não se identifica na literatura um conceito único e reconhecido no meio científico sobre condições de trabalho.

Com a reestruturação produtiva neoliberal no Brasil, a partir dos anos de 1990, pode-se observar um fenômeno crescente de flexibilização do trabalho e, conseqüentemente, sua precarização (ANTUNES, 2013; ALVES, 2009; MARCONSIN e CAETANO, 2010). Essas mudanças determinavam um cenário de trabalho desregulamentado e menos protegido, o que exigia do trabalhador maior tempo de trabalho, com maior dispêndio de energia mental e não tanto física. A flexibilização e a precarização do trabalho tornaram-se parte das condições de trabalho.

É a partir da legislação que regula as condições de trabalho e da análise da precarização/flexibilização do trabalho que as condições de trabalho são analisadas neste subcapítulo. Com isso, serão identificados aspectos no que tange às condições de trabalho das enfermeiras e a influência dessas para a sua vida. Entende-se que as duas abordagens adotadas possuem limites e o cruzamento delas possibilita ampliar a verificação, análise e discussão das condições de trabalho (BERNARDINO e BENTO, 2002).

- As normas regulamentadoras sobre as condições de trabalho

O Estado na sociedade capitalista, segundo Marx (2013), assume um papel de mediador da luta de classes entre burgueses e a classe trabalhadora, sendo que o capital, personificado no patrão, explorará ao máximo a força de trabalho em seus limites físicos e intelectuais, podendo até ultrapassá-los, destruindo os trabalhadores, que são a mercadoria mais valiosa que se tem e que gera outros valores. O Estado é o mediador que deve impedir a destruição da força de trabalho e garante a reprodução do ciclo exploratório que gera a acumulação do capital e mantém o modo de produção estável.

Partindo dessa consideração, analisa-se que as normas regulamentadoras sobre o trabalho junto às leis trabalhistas são formas de mediar a luta de classes e apresentam um caráter contraditório: protegem o trabalhador da sua destruição e garantem a reprodução do sistema, que tem como objetivo a exploração desse mesmo trabalhador que protegem (GURGEL e RIBEIRO, 2011).

A regulamentação das condições do trabalho, a partir das normas, expressa a influência dos modelos de organização do trabalho como o Fordismo e o Taylorismo. Esses modelos de organização do trabalho prezavam pela especialização do trabalhador com a maquinaria tendo papel fundamental na produção. Assim, as normas visavam prevenir os riscos diretamente ligados ao ambiente do trabalho e muito pouco relacionados ao modelo de

organização do trabalho e às relações de trabalho entre patrão e trabalhador. Isso significa que o pensamento de que o Estado tem interesse em preservar a força de trabalho é verdadeiro, mas somente até onde não interfira na relação de exploração do trabalho pelo Capital.

A normatização das condições de trabalho no Brasil adota uma perspectiva para diminuir riscos que são ocasionados, principalmente, pelo ambiente físico do trabalho, englobando as máquinas e instrumentos de trabalho, equipamentos e substâncias tóxicas. O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), por meio das NRs, regula as condições mínimas de trabalho para serem oferecidas em empresas privadas e estabelecimentos públicos (LAHOZ, 2012).

Essas normas e leis garantem direitos mínimos ao trabalhador. A NR 06 (BRASIL, 1978a) e NR 17 (BRASIL, 1978b) versam exclusivamente sobre condições de trabalho de modo amplo e não são específicas para o trabalho em saúde. Já a NR 32 (BRASIL, 2011) enfoca o trabalho em saúde, considerando os aspectos específicos da área.

A NR 06, de 1978a⁵, versa sobre a obrigatoriedade do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) em diversos serviços, estabelecendo o tipo de EPI que deverá ser usado para que o trabalhador não esteja exposto a riscos químicos e físicos. Já a NR 17, de 1978b⁶, estabelece os parâmetros considerados pela ergonomia que permitem a “adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente” (Brasil, 1978b, p.1).

O MTE, a partir da NR 17 (BRASIL, 1978b), formulou um instrumento que permite a verificação de pontos ergonômicos nos serviços, sendo esse passível de ser adaptado para as especificidades do local e do trabalho desenvolvido. Esse instrumento aborda a ergonomia em dez aspectos: 1- manipulação e armazenagem de materiais; 2- ferramentas manuais; 3- segurança do maquinário de produção; 4- melhoria do design do posto de trabalho; 5- iluminação; 6- instalações; 7- riscos ambientais; 8- comodidade e bem-estar; 9- EPI; 10- organização do trabalho.

A aplicação desse instrumento não pode ser feita indiscriminadamente para qualquer tipo ou local de trabalho. Ele precisa ser adaptado atendendo às peculiaridades existentes nos diversos serviços. Para que essa adaptação seja feita, precisa-se conhecer todos esses aspectos e a importância deles para a análise das condições de trabalho na perspectiva ergonômica,

⁵ Foram consideradas as atualizações até a portaria da Superintendência de Inspeção do trabalho (SIT) nº 292 de 08 de dezembro de 2011.

⁶ Foram consideradas as atualizações até a portaria da Superintendência de Inspeção do trabalho (SIT) nº 13 de 21 de junho de 2007.

possibilitando uma melhor adequação às necessidades do serviço e uma análise sem distorções da realidade.

Já a NR 32 (BRASIL, 2005) foi publicada em 16 de novembro de 2005⁷ e é específica para os trabalhadores da área da saúde. Ela contém instruções de como garantir uma maior segurança ao trabalhador e é focada nos riscos biológicos, que são os maiores nos ambientes de trabalho no campo da saúde.

Na NR 32 (BRASIL, 2005), o Programa de Prevenção a Riscos Ambientais (PPRA) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, estabelecidos na NR 07 (BRASIL, 1978), ganham adequações para serem aplicados aos serviços de saúde. A norma estabelece responsabilidades de empregados e empregadores para garantir a segurança do trabalhador na área da saúde. Os serviços de saúde com atividades ligadas a quimioterápicos, radiações e medicações de alto risco ganham destaque, pois são considerados de grande risco para o trabalhador e são estabelecidas regras para o descarte dos resíduos.

Observando as NRs relacionadas às condições de trabalho, pode-se constatar que a maioria explicita no conteúdo a prevenção de acidentes e agravos à saúde ocasionados por fatores ambientais, e apenas a NR 17 apresenta aspectos voltados para as relações dentro da organização, e entre patrão e trabalhador. Esse achado indica que a regulamentação do Estado sobre as condições de trabalho tem como propósito garantir condições mínimas para que a força de trabalho não seja destruída pelo Capital, mas, ao mesmo tempo, é permissivo nas relações entre patrão e trabalhador e nas relações organizacionais.

Cabe salientar que, sendo o papel do Estado capitalista a mediação das contradições do capital versus trabalho, muitas vezes pautado pelo capital, o Estado se exime na proteção ao trabalhador. Nesse sentido, a resistência dos trabalhadores, expressa nas diversas formas de organizações que promovem mobilizações e greves, consegue pressionar o Estado para que esse medie essas relações. Mesmo com as contradições, entende-se que as normas reguladoras cumprem uma função primordial em tempos de superexploração do trabalho. Nesse sentido, o uso das NR serviu como parâmetro para avaliar o cumprimento de algumas condições de trabalho exigidas por lei.

- A precarização como determinante das condições de trabalho

A regulação do trabalho no Brasil iniciou-se com o governo Vargas, tendo na CLT o seu marco. A CLT passa a regular os contratos de trabalho e garante alguns direitos aos trabalhadores, apesar das suas limitações (DEDECCA, 2009).

⁷ Foram consideradas as atualizações até a publicação da portaria GM 1.748 de 30 de agosto de 2011.

Com a queda do governo Vargas, em 1954, o Brasil se reorganiza socialmente e os trabalhadores começam a pressionar por mais conquistas trabalhistas. Posteriormente, o Golpe Militar de 1964 desarticula e persegue todas as lideranças dos movimentos operários (DEDECCA, 2009).

Ao ser redemocratizado pelas forças sociais, em 1986, o Brasil entra em uma crise econômica decorrente da política econômica praticada pelos governos militares. Resulta desse processo uma onda de desemprego, alta inflação, ajustes fiscais e econômicos que facilitam a penetração dos ideais liberais como reguladores do mercado, inclusive do próprio trabalho (DEDECCA, 2009).

Com a mudança na organização do trabalho do conceito Fordista-Taylorista para o modelo Toyotista, modifica-se a forma do trabalhador se inserir no mundo do trabalho. Para Alves (2014, p. 60), no binômio organizacional Fordista-Taylorista da linha de montagem, “o trabalhador executava tarefas monótonas e repetitivas, pensava demais, sob o toyotismo o trabalhador pensa e é obrigado a pensar muito mais, porém colocando a inteligência humana à serviço do capital”. Nesse contexto, dos trabalhadores é esperada autonomia, polivalência, envolvimento participativo e manipulatório, que favorece a alienação do trabalhador (ANTUNES, 2002; ANTUNES, 2008).

Esse modelo de organização do trabalho, ao introduzir aspectos que apreendem a subjetividade do trabalhador, impõe a ele condições de trabalho diferenciadas, exigindo que os estudos das condições de trabalho incorporem essas mudanças.

A década de 1990, no Brasil, seguiu marcada por amplas reformas neoliberais que impactaram diretamente nas relações de trabalho e no mercado de trabalho. Para Alves (2009), a reestruturação produtiva neoliberal no Brasil é responsável por uma onda de flexibilização e precarização do trabalho que atinge todos os setores produtivos da economia e provoca uma “síndrome objetiva da insegurança de classe” (Alves, 2009 p.189).

A síndrome objetiva da insegurança de classe é revelada na insegurança que o trabalhador passa a sentir em relação ao seu trabalho. Essa insegurança está relacionada aos contratos de trabalhos frágeis/instáveis, à incerteza de garantias trabalhistas, a flexibilização dos salários através de mecanismos de recompensa (hora-extra; participação nos lucros, salário por produtividade, comissões), a crise de representação sindical e etc.

Esses elementos são partes de uma organização do trabalho influenciada pelo modelo japonês que busca a qualidade total da produção por meio de mecanismos como a terceirização de serviços, a desresponsabilização com o trabalhador e a exigência de um envolvimento no trabalho, o que Antunes (2013) caracteriza como uma “participação

manipulatória e que preserva, na essência, as condições de trabalho alienado e estranhado” (Antunes, 2013, p.06).

Esse processo de mudanças neoliberais se embasa também na intensificação do trabalho, na exploração da força de trabalho, no desmonte da resistência sindical-corporativa com o desmonte dos coletivos de trabalhadores e favorece o trabalho alienado e o caráter fetichizado do trabalho (MARCONSIN e CAETANO, 2010). A multifuncionalidade do trabalhador, exigida por esse novo modelo de organização do trabalho, junto à exigência do envolvimento com o trabalho que aumenta a produtividade e o tempo de trabalho, permite ao modo de produção acumular tanto mais valia relativa⁸ quanto mais valia absoluta⁹ (ANTUNES, 2013).

A flexibilização do trabalho é entendida como um processo de diminuição dos direitos trabalhistas, podendo chegar ao máximo nível de desproteção ao trabalhador. Esse processo, sob égide das reformas liberais, acontece dentro da legalidade em decorrência do desmonte da organização coletiva dos trabalhadores (ALVES, 2009).

Para analisar a flexibilização do trabalho, é necessário avaliar alguns elementos como as modalidades de contratação, o tempo de contrato, a existência ou não das convenções coletivas firmadas entre trabalhadores e empregadores, bem como seu cumprimento, o estabelecimento de um plano salarial, a jornada de trabalho semanal, o tempo de descanso durante o trabalho.

A flexibilização do trabalho ocasiona a intensificação do trabalho e de modo dialético, a precarização desse. A intensificação do trabalho é definida por Dal Rosso (2008, p.23) como: “Processos de qualquer natureza que resultam no maior dispêndio de capacidades físicas, cognitivas e emotivas do trabalhador com o objetivo de elevar quantitativamente ou melhorar qualitativamente os resultados”.

A intensificação do trabalho se processa por meio de alguns instrumentos como o alongamento da jornada de trabalho, o aumento do ritmo e velocidade do trabalho, estando o trabalhador com seu tempo de trabalho sobre controle de outrem, polivalência e flexibilidade, e, por fim, a gestão por resultados (DAL ROSSO, 2008).

Essa reconfiguração do mundo do trabalho resulta no processo de precarização do trabalho. A precarização para Bourdieu (1998):

⁸ Entendida como a produção excedente que o empregador se apropria e que advém diretamente da introdução da maquinaria, da automação da produção ou dos avanços tecnológicos que aumentam a produtividade.

⁹ Entendida como a produção excedente que o empregador se apropria, mas que se origina da extensão da jornada de trabalho até o limite físico do trabalhador.

É um regime político [...] inscrita num modo de dominação de tipo novo, fundado na instituição de uma situação generalizada e permanente de insegurança, visando obrigar os trabalhadores à submissão, à aceitação da exploração. (BOURDIEU, 1988, p. 122).

A precarização das condições de trabalho para a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2004 apud KALLEBERG, 2009), está diretamente ligada à insegurança do trabalhador inserido no contexto da flexibilização do trabalho, à insegurança que sente em relação ao mercado de trabalho (falta de oportunidade de emprego), ao trabalho (proteção inadequada contra a perda de emprego ou despedida arbitrária), ao emprego (inabilidade em uma ocupação devido à rotatividade de função), à segurança e à saúde (relativas à segurança e a saúde no trabalho), à reprodução de experiência (falta de acesso ao treinamento e educação básica), à renda (renda inadequada, sem garantias de recebimento), e à representação (diminuição do poder de negociação).

Portanto, para caracterizar as condições de trabalho, torna-se necessário analisar a influência da precarização do trabalho segundo os elementos que referem à flexibilização do trabalho (insegurança no emprego, de representação, de remuneração, de jornada de trabalho), à terceirização do trabalho, e, por fim, à intensificação do trabalho.

2.3 CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA EM TEMPOS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

O fenômeno da precarização do trabalho no Brasil atingiu todos os setores da economia, desde o setor de transformação ligado às indústrias quanto ao setor de serviços. A área da saúde, concentrada no setor de serviços, incorpora essas modificações, e nela a flexibilização do trabalho atingiu as formas de contratação dos serviços no SUS, implantando a gestão do trabalho a partir da cobrança da eficiência e não garantiu os direitos dos trabalhadores da saúde.

É necessário contextualizar que o processo de flexibilização aconteceu em um momento no qual o Estado estava redefinindo quais áreas seriam de exploração privada, de responsabilidade do Estado ou atividades chamadas de mistas, de responsabilidade do Estado, mas abertas à iniciativa privada. A área da saúde passa a ser de responsabilidade do Estado, mas livre à exploração da iniciativa privada e, com isso, processa-se a mercadorização da saúde (BATISTA JÚNIOR, 2011).

Nesse contexto de precarização das relações de trabalho, os trabalhadores vivem em situação de insegurança que pode estar relacionada com seu contrato de trabalho, do tempo

que passará no serviço ou dos salários, o que desencadeia um adoecimento nesse trabalhador. Portanto, pode-se afirmar que a precarização das condições de trabalho atinge diretamente a saúde do trabalhador, o seu modo de vida e o seu desempenho no trabalho (BERNARDO, NOGUEIRA e BÜLL, 2011).

Assunção, Machado e Araújo (2012) citam estudos de Kaur et al (2009), Wada et al(2009) e Wallace et al(2009) que afirmam que houve um aumento da proporção de trabalhadores em saúde insatisfeitos com as condições de trabalho a eles oferecidas. A diminuição da autonomia, o aumento da pressão tanto da organização quanto dos usuários de saúde, o excesso de tarefas burocráticas e os baixos salários são os aspectos que mais produzem a insatisfação nesses trabalhadores.

A flexibilização das contratações por meio de vínculos instáveis regidos por contratos que obedecem a CLT é aceita pelos trabalhadores, segundo Verde, Bernardo e Büll (2013) por falta de opção. As prefeituras, governos estaduais e governo federal não realizam concursos públicos que possibilitam maior segurança ao trabalhador, tornando-o servidor público, e esses são obrigados a aceitar vínculos precários, visto que a opção é o desemprego. Segundo os autores, é preponderante nessa escolha o desejo de exercer a profissão e trabalhar na saúde (VERDE, BERNARDO e BÜLL, 2013).

Os trabalhadores, diante dessa instabilidade, sentem-se descontentes com o trabalho, pois a qualquer momento podem ser despedidos gerando uma sensação de serem desrespeitados (VERDE, BERNARDO e BÜLL, 2013). A insegurança no trabalho gera uma constante insatisfação nos trabalhadores da saúde e pode prejudicar a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

As trabalhadoras da enfermagem estão inseridas nesse contexto, e, desconsiderando a divisão social do trabalho nesse campo profissional, os estudos na área, voltados para todas as trabalhadoras do campo da enfermagem (enfermeiras, técnicas em enfermagem e auxiliares em enfermagem), não analisam as condições de trabalho específicas das enfermeiras, salvo estudos sobre condições de trabalho das enfermeiras em unidades específicas de produção de serviço (UTI, centro cirúrgico, etc.).

Ezaias et al. (2010) afirmam que em um hospital universitário as trabalhadoras da enfermagem são aquelas que apresentaram maiores índices de exaustão emocional, despersonalização e baixo nível de realização profissional. São aquelas mais expostas ao risco de adoecimento por transtornos psíquicos, como a Síndrome de Burnout.

Gonçalves et al. (2013) apresentam dados que revelam aumento da carga de trabalho da década de 1990 até meados de 2011, ocasionando sobrecarga de trabalho para a equipe da

enfermagem desproporcional ao aumento salarial. Isso corroboracom a análise de Mauro et al. (2010) de que as trabalhadoras da enfermagem cumprem, em sua maioria, cargas horárias de trabalho semanais iguais ou maiores que 60 horas, pois acumulam dois vínculos empregatícios para aumentar a sua renda mensal.

Considerando que a maioria das trabalhadoras no campo da enfermagem é composta por mulheres e que essas acumulam ainda uma terceira jornada de trabalho, do trabalho doméstico, o total de horas trabalhadas dessas mulheres é exaustivo (SILVA, ROTENBERG e FISCHER, 2011).

Em estudo sobre as jornadas de trabalho das trabalhadoras em enfermagem, Silva, Rotenberg e FISCHER (2011) demonstram que longas jornadas de trabalho estão associadas ao maior risco de acidentes de trabalho. Sendo assim, o aumento da carga horária total de trabalho pode provocar acidentes, vitimando tanto as profissionais quanto o usuário assistido por elas.

O ritmo frenético do trabalho em enfermagem no ambiente hospitalar ocasiona um desgaste psíquico, interferindo diretamente no seu trabalho e no seu processo saúde-doença. Aponta-se ainda que esse ritmo de trabalho é determinado pela intensificação do trabalho e pelo acúmulo de funções que as trabalhadoras enfermeiras são obrigadas a aceitar diante do quantitativo de profissional insuficiente para as demandas do serviço (MAURO et al., 2010; GONÇALVES et al., 2013).

Os riscos ergonômicos, quando associados à intensidade do trabalho em enfermagem, podem ocasionar agravos como as Lesões por Esforço Repetitivo (LER)/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Portanto, assim como estão expostas ao adoecimento psíquico, exemplificado pela Síndrome de Burnout, as trabalhadoras da enfermagem ainda estão expostas a outras formas de adoecimento oriundas do desgaste provocado pelo trabalho (GONÇALVES et al., 2013).

Souza et al. (2010), em estudo com enfermeiras, apresentam dados que comprovam o sofrimento psíquico que essas vivem em ambientes laborais que não possuem condições de realização do trabalho e precisam improvisar para superar as deficiências materiais do serviço. Os autores analisam esse fato como um evento dialético, no qual, ao mesmo tempo em que as enfermeiras sentem-se recompensadas por prestar assistência ao usuário, sofrem por estarem inseridas em um ambiente onde não possuem condições materiais para o trabalho.

Diante do exposto, pode-se afirmar que as trabalhadoras da enfermagem estão inseridas em um contexto de precarização no qual estão expostas ao adoecimento pelo trabalho. No setor saúde, além das trabalhadoras serem atingidas diretamente pelos fatores da

precarização do trabalho, os usuários dos serviços também são atingidos pela deterioração da qualidade da assistência prestada devido às condições impróprias de trabalho.

Os trabalhadores, de um modo geral, têm tentado superar as más condições de trabalho impostas pelos empregadores, desenvolvendo estratégias criativas para não prejudicar a assistência ao usuário do serviço, adaptando-se à precarização do trabalho (SILVA eMUNIZ, 2011). Essas são ações pontuais e paliativas que não resolvem o problema da desestruturação das condições de trabalho diante da lógica neoliberal.

Nota-se que estudos sobre as condições de trabalho das enfermeiras apresentam-se diluídos em meio às pesquisas sobre condições de trabalho de todas as trabalhadoras em enfermagem e dos trabalhadores em saúde. Portanto, é necessário caracterizar as condições de trabalho dessas mulheres que, além de trabalharem na produção da assistência, também são aquelas que atuam como gerentes intermediárias, coordenando o processo de trabalho em enfermagem e direcionando o processo de trabalho em saúde.

3 METODOLOGIA

Este estudo é derivado de um projeto de pesquisa matriz intitulado “Análise do processo de trabalho em enfermagem no SUS/Bahia”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). O estudo é descritivo, exploratório tendo como campo de pesquisa a rede de serviços do SUS no estado da Bahia. Caracteriza-se como uma pesquisa social, que tem como elementos a interpretação de um fenômeno social específico, sem a pretensão de fornecer todas as respostas para explicá-lo, mas promovendo a reflexão sobre o mesmo e propondo novos caminhos a serem estudados (MINAYO, 1999).

A pesquisa social é conceituada por Minayo (1999) como:

[...] uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. (MINAYO, 1999, p.23).

Nesse modelo, a pesquisa se configura como “intrínseca e extrinsecamente” (MINAYO, 1999 p.21) ideológica, pois a ideologia do pesquisador está impressa na pesquisa desde o recorte do objeto às sínteses produzidas a partir dos resultados obtidos. Nesse sentido, fica evidente que a pesquisa social mantém um comprometimento com a ideologia do pesquisador, até porque este é um ator social e mantém relação com seu objeto de estudo (MINAYO, 1999).

Este estudo adota conceitos a partir da concepção filosófica do materialismo histórico dialético, compreendendo que as condições de trabalho das enfermeiras são influenciadas por um contexto sócio, político e econômico e essas, por sua vez, influenciam a relação social do trabalho da enfermeira com a sociedade (ALVES, 2010). Entendendo que essas condições de trabalho se modificaram durante o decorrer do tempo histórico e que essas mudanças são contraditórias, promovendo condições ideais ou não para o desenvolvimento do trabalho, pretende-se caracterizar as condições de trabalho das enfermeiras que atuam nos hospitais da rede pública de saúde do estado da Bahia.

Os estudos que tomam o materialismo histórico dialético como um paradigma para a apreensão do objeto de pesquisa buscam abarcar a totalidade das determinações sociais que impactam sobre tal objeto, considerando que existe uma aparência, e que essa esconde em sua essência relações sociais, econômicas, políticas e históricas advindas da luta de classes.

3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa (LIMA-COSTA e BARRETO, 2003; ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003; PEREIRA, 2006), que permitiu a observação e descrição do objeto, fornecendo uma análise que poderá ser generalizada para outros contextos.

Segundo Rouquayrol e Barreto (2003, p.83), “os estudos descritivos têm contribuído para a assimilação de conteúdo conceitual que envolve uma enorme quantidade de variáveis, e que antes apenas havia sido explorado empiricamente”. No caso deste estudo, como até o momento, não há na literatura outro que descrevesse e analisasse as condições de trabalho das enfermeiras independente do seu local de trabalho, este se conforma como um estudo de aproximação inicial que necessita apreender uma diversidade de variáveis e a ele cabe ser descritivo.

O estudo descritivo com abordagem quantitativa também permite analisar a frequência dos fenômenos e da sua distribuição, auxiliando na descrição do evento a ser estudado, apresentando-o em sua aparência (QUIVY e CAMPENHOUDT, 2013). As variáveis adotadas no estudo com abordagem quantitativa permitem objetividade sobre o fenômeno estudado, entretanto não consideram às especificidades dos grupos estudados ou do fenômeno social (MINAYO, 1999; SERAPIONI, 2000).

3.2 LÓCUS DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no estado da Bahia, que é o quinto maior estado da Federação em extensão territorial, e o quarto em número de população. Como um recorte do projeto matriz, este estudo tem por lócus a rede hospitalar do SUS estadual que engloba hospitais e maternidades de referência da SESAB. A escolha por maternidades e hospitais se dá por nesses locais existir a maior concentração de trabalhadores da rede e por seus processos de trabalho assemelharem-se. Para este estudo, maternidades e hospitais serão tratados como unidades hospitalares com o intuito de uniformizar o uso do termo.

A rede hospitalar da Sesab compreende 39 unidades hospitalares, sendo 23 com gestão própria e 18 com gestão terceirizada. Foram consideradas para a pesquisa, 22 unidades

hospitalares de gestão direta, já que um desses hospitais foi integrado à pesquisa durante a fase de coleta de dados.

Após obtenção do consentimento da Sesab para a operacionalização da pesquisa, foram contactados todas as unidades hospitalares da rede para que fornecessem informações preliminares sobre quantitativo de enfermeiras em atuação nos mesmos. Ao todo 15 unidades hospitalares sob administração direta e 7 sob administração indireta responderam à solicitação e forneceram os dados para a realização do cálculo amostral. Durante a coleta, duas unidades hospitalares de administração indireta desistiram de participar da pesquisa.

Portanto, o lócus deste estudo são 15 unidades hospitalares sob administração direta e 5 unidades sob administração indireta, totalizando 20 organizações de saúde. As unidades hospitalares que participaram do estudo totalizam 55,3% da rede estadual hospitalar e congregam os grandes hospitais da rede.

É importante salientar que a porcentagem de participação na pesquisa das unidades hospitalares sob administração direta foi mais que o dobro da porcentagem de participação das unidades hospitalares sob administração indireta.

Configura-se, como critério de exclusão da unidade hospitalar no estudo, o não fornecimento prévio do quantitativo de enfermeiras que nessa trabalhavam. Esse critério foi necessário para que não houvesse viés de seleção no cálculo da população do estudo. Foi também adotado como critério de exclusão a desativação da unidade hospitalar no período da coleta de dados ou inclusão na rede no mesmo período. Dessa forma, três organizações hospitalares foram excluídas da coleta, duas por terem sido desativadas no período e uma por ter sido integrada à rede quando a coleta já estava em andamento.

Quadro 1 – Caracterização dos hospitais sob administração indireta que compuseram o estudo.

Hospital	Nº de leitos	Localização	Tipo de estabelecimento
Hospital Estadual da Criança	122	Feira de Santana	Hospital Especializado
Hospital Eládio Lassérre	140	Salvador	Hospital Geral
Hospital Professor Carvalho Luz	84	Salvador	Hospital Geral
Hospital Regional Dantas Bião	102	Alagoinhas	Hospital Geral
Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto	243	Salvador	Hospital Especializado

Fonte: BRASIL, abril de 2016.

Quadro 2–Caracterização dos hospitais sob administração direta que compuseram o estudo.

Hospital	Nº de leitos	Localização	Tipo de estabelecimento
Hospital Geral de Camaçari	126	Camaçari	Hospital Geral
Hospital Geral Clériston Andrade	260	Feira de Santana	Hospital Geral
Hospital Geral Luiz Viana Filho	106	Ilhéus	Hospital Geral
Hospital Geral de Ipiaú	51	Ipiaú	Hospital Geral
Hospital Geral Prado Valadares	160	Jequié	Hospital Geral
Maternidade Albert Sabin	62	Salvador	Hospital Especializado
Hospital Geral Roberto Santos	546	Salvador	Hospital Geral
Hospital Especializado Octávio Mangabeira	188	Salvador	Hospital Especializado
Hospital Geral Ernesto Simões Filho	109	Salvador	Hospital Geral
Hospital Geral João Batista Caribé	44	Salvador	Hospital Geral
Hospital Geral do Estado	266	Salvador	Hospital Geral
Hospital Juliano Moreira	178	Salvador	Hospital Especializado
Maternidade Tsylla Balbino	76	Salvador	Hospital Especializado
Instituto de Perinatologia da Bahia	86	Salvador	Hospital Especializado
Hospital Especializado Afranio Peixoto	30	Vitória da Conquista	Hospital Especializado

Fonte: BRASIL, abril de 2016.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população alvo deste estudo engloba as enfermeiras que atuam na rede hospitalar pertencente à Sesab. A população deste estudo foi composta por enfermeiras que trabalham nas 20 unidades de saúde que se disponibilizaram a participar da pesquisa e correspondem a um total de 1942 trabalhadoras.

A amostra foi calculada tomando como base as 1942 trabalhadoras da população do estudo, correspondendo a 253 enfermeiras distribuídas proporcionalmente nas diversas unidades hospitalares. Vale salientar que os estratos referentes ao tipo de administração em que trabalham as enfermeiras foram mantidos e correspondem a 196 trabalhando em organizações sob administração direta, e 57 trabalhando sob administração indireta. A

estratificação é necessária porque a forma de administração influencia o cotidiano do trabalho, além de estabelecer relações de trabalho diferenciadas. O erro amostral admitido neste estudo foi de um máximo de 3% ($d=0,03$).

Foram excluídas da pesquisa as enfermeiras que se encontravam afastadas das unidades de trabalho durante a coleta de dados por motivo de férias ou licença, enfermeiras com menos de 6 meses de trabalho na unidade hospitalar ou enfermeiras que integraram o grupo operacional desta pesquisa.

3.4 CÁLCULO AMOSTRAL

Para calcular a amostra da pesquisa, todas as 59 organizações de saúde foram contactadas sendo solicitado às mesmas o quantitativo de trabalhadoras de enfermagem que atuavam em cada uma delas.

Responderam à solicitação referente ao quantitativo de trabalhadoras 31 das 59 organizações de saúde. A partir da compilação dos dados chegou-se a uma população total de 2115 enfermeiras, 3703 técnicas de enfermagem e 2821 auxiliares de enfermagem. A amostra foi estratificada em dois estratos a partir do tipo de administração que a organização possuía, se direta ou indireta. E, alocada proporcionalmente ao quantitativo original de trabalhadores de cada organização de saúde, considerando as categorias de trabalho.

No contexto deste estudo, as organizações de saúde serão as unidades amostrais e as enfermeiras a unidade elementar (ou respondente). Foram utilizadas planilhas excel com os dados cadastrais dos elegíveis e o software STATA v. 12.0 para o cálculo da amostra e sorteio.

A prevalência dos fenômenos sob estudo foi desconhecida ($p=0,50$), admitiu-se um erro amostral de 3% ($d=0,03$), sob o nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$), o total de elementos em cada estrato correspondeu ao total de profissionais registrados na gestão direta ($n=7.140$) e na indireta ($n=1.681$). O n encontrado foi alocado proporcionalmente ao total de profissionais nos respectivos estratos ($n=952$). Ao valor encontrado, acrescentaram-se 20% para perdas eventuais ($n=190$). A sistemática de seleção adotada foi a abordagem direta do profissional após autorização do responsável pelo setor na organização nos respectivos setores. Utilizou-se a seguinte fórmula para o dimensionamento da amostra (SIQUEIRA et al., 2001):

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h^H [N_h^2 * P_h * (1 - P_h) / w_h] / [N^2 * d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 \sum_h^H N_h * P_h * (1 - P_h)] \text{ onde,}$$

Quadro 3– Descrição dos parâmetros utilizados para o cálculo da amostra.

Parâmetro	Descrição
H	total de estratos (H=2)
N=8.821	número total de profissionais
N_h	total de profissionais no estrato h
w_h	N_h/N – fração de observações alocadas no estrato h
P_h	proporção de profissionais no estrato h, assumiu-se prevalência desconhecida ($P_h = 0,5$).
n	tamanho da amostra
n_h	tamanho da sub-mostra no estrato h
$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$	percentil da distribuição gaussiana que corresponde o nível de confiança 95% ($\alpha=0,05$), para hipótese bilateral.
d	erro amostral (d=0,03)

Fonte: Pesquisa Análise do processo de trabalho em enfermagem no SUS/ Bahia.

Após o cálculo amostral chegou-se aos seguintes quantitativos para a amostra: 280 enfermeiras;490 técnicas de enfermagem; e 379 auxiliares de enfermagem (Quadro 4).

Quadro 4 – Distribuição dos profissionais na amostra por tipo de Gestão com alocação proporcional.

Profissional	Gestão Direta		Gestão indireta		Total	%
		%		%		
Enfermeiras	223	23,98	57	25,91	280,014	24,35
Técnicas	338	36,37	152	69,09	490,241	42,63
Auxiliares	369	39,65	11	5,00	379,745	33,02
Total	930	100,00	220	100,00	1150	100,00

Fonte: Dados obtidos da amostra do projeto Análise do processo de trabalho em enfermagem no SUS/Bahia.

Como os quantitativos foram alocados proporcionalmente nos tipos de unidades de saúde, é possível separar os quantitativos da população alvo deste estudo (enfermeiras que trabalham em hospitais e maternidades da Sesab) sem prejuízos estatísticos e mantendo a representatividade da amostra para a população alvo deste estudo, totalizando 253 enfermeiras.

3.5 COLETA DE DADOS

- **Instrumento**

A técnica utilizada para a coleta de dados foi o inquérito, tendo como instrumento o questionário, contendo uma série de perguntas relativas às variáveis definidas para o estudo. O inquérito por questionário é apontado por Medronho (2009) como uma das estratégias mais antigas e experimentadas nas ciências sociais para a realização de estudos transversais.

Thiollent (1987) afirma que o inquérito por questionário é uma das primeiras técnicas de coleta de dados relacionadas às questões operárias junto à observação e a análise documental. O mesmo autor cita o exemplo do questionário utilizado por Karl Marx em 1880 para conhecer as condições de trabalho dos operários franceses em uma das primeiras aplicações de técnicas quantitativas na pesquisa social e nos estudos descritivos. Essa técnica é chamada por ele de enquete operária, pois expressa a visão dos trabalhadores como central ao estudo.

O inquérito por questionário foi escolhido como a técnica de coleta de dados, pois permite conhecer características das condições de trabalho das enfermeiras a partir da sua experiência material. Para a construção do questionário de coleta da pesquisa (ANEXO 02), foram realizadas discussões em grupo com enfermeiras que não constavam na população da pesquisa e profissionais que tinham expertise com pesquisas quantitativas e com a temática do trabalho no campo da enfermagem.

Instrumentos de outras pesquisas foram utilizados para ajudar no desenvolvimento do questionário final da pesquisa. Esses instrumentos fizeram parte das seguintes pesquisas: Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2015); Estudo da Saúde dos Enfermeiros, realizado nos hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro em 2011 (GRIEP, 2011); e Distúrbios Músculo-esqueléticos em Trabalhadoras de Enfermagem, realizado em hospital público da cidade de Salvador, Bahia (FONSECA, 2009).

O instrumento foi dividido em sete blocos. O primeiro bloco refere-se à caracterização sociodemográfica das enfermeiras; o segundo contém informações sobre outros vínculos de trabalho, caso existente; o terceiro e o quarto abrangem as informações na unidade de produção de serviço da organização hospitalar, incluindo informações sobre o processo de trabalho; o quinto bloco é específico sobre condições de trabalho e, por fim, os dois últimos blocos abrangem questões ligadas ao trabalho doméstico e a informações salariais.

O questionário teste foi aplicado em um hospital universitário de grande porte no período de janeiro a março de 2015, em que existiam enfermeiras com vínculos de trabalho tanto sob administração direta quanto sob administração indireta, ou seja, aproximavam-se do perfil da população do estudo. Por solicitação do hospital, foram aplicados cerca de 300

questionários pilotos, sendo essa quantidade representativa para o total de trabalhadoras da enfermagem daquele local. O teste piloto possibilitou identificar fragilidades no instrumento de pesquisa e corrigi-lo antes da aplicação final, assim como teve importância para a eliminação das dúvidas e inseguranças quando do trabalho de campo por parte dos coletadores e verificar o tempo médio de aplicação do instrumento.

- **Operacionalização da Coleta**

O grupo de pessoas que atuou como coletadores dos dados da pesquisa foi composto por uma doutora, quatro doutorandas, três mestrandas, e 15 estudantes componentes do grupo de pesquisa GERIR. As coletadoras passaram por um treinamento que consistiu em: 1) importância do coletador para o sucesso da pesquisa; 2) como se comportar enquanto coletador de dados em ambiente hospitalar; 3) apresentação do questionário da pesquisa com espaço para que as dúvidas fossem eliminadas; 4) aplicação do questionário entre os próprios coletadores; 5) socialização das impressões sobre a aplicação do questionário e eliminação das dúvidas.

Durante o processo da coleta de dados, foram realizadas reuniões para discutir as dificuldades encontradas nos campos de pesquisa, bem como colher as impressões que a pesquisa por ventura causava às trabalhadoras e aos próprios participantes da coleta de dados. O treinamento e o diálogo com as coletadoras foi fundamental para que tivessem poucas perdas.

A aproximação com os locais de coleta se fez com os responsáveis pelo fornecimento dos dados iniciais para o cálculo da amostra, mas também com as coordenações e diretorias de enfermagem dos hospitais. Para a aplicação do questionário, era agendado o período da coleta, sendo previamente divulgado entre as trabalhadoras do hospital via coordenação de enfermagem e setor de pessoal.

As coletadoras abordavam aleatoriamente trabalhadoras da equipe de enfermagem que estivessem trabalhando naquele dia, prezando pela diversidade de setores. A abordagem em diversos setores garantiu a representatividade de unidades dentro da pesquisa, desse modo foi possível captar processos de trabalho que possuem peculiaridades como unidade de tratamento intensivo (UTI), enfermarias, centrais de materiais esterelizados, ambulatórios, centro cirúrgicos e obstétricos etc. O período de coleta de dados foi entre o mês de março de 2015 a dezembro do mesmo ano.

Concomitantemente com a coleta, os questionários já respondidos passaram por revisão que avaliou a qualidade do preenchimento, sendo descartados aqueles que tivessem campos

em branco ou rasuras. Os dados dos questionários foram inseridos em uma entrada de dados no programa Microsoft Access 2010. Após a digitação, foi realizada uma revisão buscando identificar os erros desse processo. A partir disso, foi montado um banco de dados no programa STATA v. 12.0, usado para esta pesquisa.

Durante a operacionalização da coleta, dificuldades foram identificadas. A mudança de gestão de alguns hospitais prejudicou o prazo da coleta, ocasionando algumas vezes, como já citado, a exclusão da unidade hospitalar da participação na pesquisa. Outra dificuldade foi a sobrecarga de trabalho enfrentada pelas trabalhadoras entrevistadas, que muitas vezes queriam participar da pesquisa, mas, em decorrência da sobrecarga de trabalho, não conseguiam. Para contornar essa situação, agendamentos de entrevistas foram feitos possibilitando que essas participassem.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis para a realização desta pesquisa foram definidas com base nos conceitos de condições de trabalho apresentados, considerando elementos que influenciem diretamente as condições de trabalho e que revelem essas.

Assim, as variáveis foram agrupadas em 3 blocos: sociodemográficas, relacionadas ao ambiente físico, baseadas nas normas regulamentadoras e na ergonomia, e, por fim, relacionadas à precarização do trabalho. As variáveis encontram-se descritas no quadro a seguir de forma esquemática (Quadro 5). Vale salientar que, algumas vezes, dentro do instrumento de pesquisa, havia mais de uma questão para uma única variável, segue entre parentêses ao lado das variáveis a numeração das questões correspondentes dentro do instrumento de coleta.

Quadro 5 – Variáveis do estudo

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	Nº DA(S) QUESTÃO(ÕES) NO FORMULÁRIO
Sociodemográficas		
Sexo	Sexo biológico	3
Idade	Grupo etário Idade média	1
Cor da pele	Cor da pele autopercebida, segundo classificação do IBGE	8
Situação conjugal	Convive com companheiro(a)	5
Escolaridade	Maior nível de escolaridade	4
Dependentes financeiros	Quantidade de pessoas que dependem da renda do entrevistado	7
Tempo de trabalho como enfermeira	Quantidade de anos que trabalha na profissão	9
Normas regulamentadoras e ergonomia		
Equipamentos e materiais	Disponibilidade e qualidade de materiais de consumo e equipamentos para a realização da atividade	30, 31, 32
Equipamentos de proteção individual (EPI)	Disponibilidade de EPI para realização da atividade	74
Ergonomia dos mobiliários	Adequação ergonômica do mobiliário do local de trabalho	75
Condições ambientais no trabalho	Fatores físicos que são sentidos pelo trabalhador	47
Local para descanso	Existência ou não do local de descanso e a adequação do mesmo	49, 50
Exposição aos riscos no local de trabalho	Informação sobre os riscos aos quais está exposta durante a atividade	73
Normas de produção	Existência de normas que determinem a forma de execução do trabalho e a flexibilidade destas	29, 42
Modo operatório	Características da realização do trabalho	23, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 46.1
Precarização do trabalho (Flexibilização do trabalho, intensificação do trabalho, precarização do trabalho)		
Flexibilização		
Modalidades de contratação	Quantidade de vínculos trabalhistas; tipo de vínculo trabalhista	10, 11, 22,
Tempo de contrato	Quantidade de anos que trabalha na organização	13
Plano Salarial	Existência de plano de cargos carreiras e vencimentos; gozo de benefícios do plano existente	59, 60

Continua

Jornada de trabalho	Jornada de trabalho semanal vinculada à Sesab; turno de trabalho; distribuição da carga horária diária; rotatividade do turno de trabalho; jornada de trabalho total por semana em horas	12, 16, 17, 18, 19, 93
Tempo de descanso	Existência de descanso durante o trabalho e duração de descanso noturno	46.4, 48
Intensificação		
Alongamento da jornada de trabalho	Existência de horas extras trabalhadas e dobras; tipo de compensação das horas extras trabalhadas; solicitação do serviço para cumprimento de trabalho fora da escala de serviço	20, 21, 40, 41
Tempo livre	Uso do tempo livre para o trabalho	90
Exigência de tempo	Controle do tempo para a realização das atividades	46.3
Intensidade	Ritmo de trabalho; sobrecarga de trabalho	24, 34, 46.2
Polivalência	Acúmulo de atividades e funções, necessidade de adaptações para executar seu trabalho	33, 80
Gestão por resultados	Existência de metas e as condições para alcançá-la	69, 70, 81
Precarização		
Insegurança do trabalhador	Setor em que executa o trabalho ou a não fixação a um setor	14
Perda do emprego	Estabilidade de permanência no emprego, segurança para planejar seu futuro profissional	61, 89
Insegurança no emprego	Inabilidade em uma ocupação devido a rotatividade de função	78, 79, 80
Falta de reprodução de experiência	Existência de educação permanente oferecida pela organização	87
Direitos trabalhistas	Respeito aos direitos trabalhistas	76
Representação das trabalhadoras	Filiação à entidade de trabalhadores	65
Segurança e saúde no trabalho	Ocorrência de afastamentos no último ano por razão de saúde; Ocorrência de acidentes de trabalho nos últimos 6 meses	67, 68 66
Determinação do conteúdo do tempo	Controle do que deve ser realizado durante a jornada de trabalho	71, 82
Renda	Satisfação com o salário; quantidade de salários mínimos recebidos; suficiência do salário; outras formas de assalariamento	58, 94, 95, 20
Satisfação no trabalho	Aceitação do trabalho; existência de constrangimento no trabalho; discordância com as ações que realiza; interesse pelo bem estar do trabalhador (colegas e chefia),	64, 83, 84, 85, 86,
Satisfação com a profissão	Recomendação da profissão; quantidade de vezes que pensou em abandonar a profissão; reconhecimento social pelo trabalho desenvolvido	62, 63, 88

Fonte: Produção da autora

3.7 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Sendo esta uma pesquisa de abordagem quantitativa, mas que pretende não se restringir somente à ilustração da realidade a partir dos números, o plano de análise terá dois momentos. No primeiro momento, serão realizadas as inferências estatísticas e, no segundo momento, esses resultados serão analisados à luz da revisão de literatura realizada e do materialismo histórico dialético.

- 1º Momento de análise:

Análise descritiva: inicialmente foram utilizadas ferramentas da estatística descritiva para o cálculo da distribuição de frequências, distribuição de médias, medianas e desvio padrão de acordo com o tipo de variável. Para verificar as diferenças de proporções entre os grupos comparados, foram usados os testes: Qui-quadrado de Pearson, Qui-quadrado de Fishere Qui-quadrado de Tendência Linear. Todos os testes estatísticos adotaram o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

- 2º Momento de análise:

A análise dos dados apresentados não se constitui apenas como uma descrição numérica dos achados da pesquisa, mas busca uma reflexão sobre esses dados à luz dos conceitos explicitados no referencial teórico construído durante o processo da pesquisa, e colocando o materialismo histórico dialético como guia para essas análises.

3.8 ÉTICA NA PESQUISA

Como recorte do projeto “Análise do processo de trabalho em enfermagem no SUS/Bahia”, este estudo adotou a mesma metodologia e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia com numeração de protocolo: (CAAE) nº 17813413.0.0000.5531 (ANEXO4).

No cumprimento dos procedimentos éticos durante a operacionalização da pesquisa, manteve-se o respeito aos sujeitos da pesquisa e a preservação da sua autonomia, inclusive para desistir de participar da pesquisa em qualquer momento antes da conclusão da mesma. Voluntarizar-se para participar da pesquisa foi uma escolha das enfermeiras, sendo que foram esclarecidas quanto aos objetivos, sua finalidade, malefícios e benefícios da sua participação, bem como garantia do sigilo e da preservação da sua identidade no anonimato.

Durante a coleta de dados, cuidou-se para executar a aplicação do questionário em locais reservados.

A pesquisadora comprometeu-se a dar um retorno às enfermeiras sobre os resultados da pesquisa através de um seminário itinerante no estado, que será realizado pelo Grupo de Pesquisa GERIR, divulgando os resultados da pesquisa Análise do processo de trabalho em enfermagem no SUS Bahia. Os resultados também serão enviados aos sindicatos dos trabalhadores da saúde tanto do âmbito público quanto privado, ao Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia, a Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Bahia, ao Conselho Regional de Enfermagem da Bahia e aos gestores da Sesab.

4 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados seguindo a aglomeração de variáveis demonstradas no Quadro 5. Será traçado o perfil sociodemográfico da população estudada, depois serão descritos os aspectos de condições de trabalho relacionadas à legislação e à ergonomia. E, por fim, serão apresentados os resultados referentes às características de precarização que englobam variáveis de flexibilização e intensificação do trabalho.

A construção para análise dos dados deu-se comparando os resultados referentes às enfermeiras dos hospitais sob administração direta e indireta. Desse modo, os dados, em sua maioria, são apresentados dicotomizados quando as diferenças proporcionais são estatisticamente significantes ($p\text{-valor} < 0,05$) e conjuntos quando apresentam $p\text{-valor}$ maior que 0,05. Com a escolha de trabalhar a escala Linkert com cinco elementos para a apresentação dos dados, foi considerada a frequência mais alta expressa em porcentagem para cada nível da escala de cinco pontos, no entanto as tabelas apresentam todas as frequências. Essa escolha foi feita priorizando a comparação das respostas proporcionais aos grupos comparados.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A amostra foi composta por 256 enfermeiras que trabalhavam nas unidades hospitalares da SESAB, 206 (80,5%) trabalhavam sob administração direta e 50 (19,5%) sob administração indireta. A categoria das enfermeiras é composta majoritariamente por mulheres sendo mais de 90,0% dessa força de trabalho.

Na administração direta, pôde-se observar que a média da idade era de 39 anos de idade ($dp=9,2$). Nos hospitais sob administração indireta, as enfermeiras tinham idade média de 33 anos ($dp=6,0$). Os grupos apresentam diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto à idade e ao tipo de administração em que trabalha, com predomínio de enfermeiras mais velhas nas unidades hospitalares sob administração direta.

Sobre a cor da pele/raça 56,6% das enfermeiras consideravam-se pardas, 60,1% declaravam-se casadas, sendo que 65,2% apresentavam um ou mais dependentes financeiros. 74,6 % das enfermeiras eram especialistas *lato sensu* e 12,5% somente com curso de graduação, demonstrando um elevado grau de qualificação dessa força de trabalho. Foram registrados em menor proporção especializações *stricto sensu* (Tabela 1). As características apresentadas não possuem diferenças proporcionais significantes entre os grupos.

Tabela 1 –Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características sociodemográficas(n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,126^a
Masculino	18	7,0	12	5,8	6	12,0	
Feminino	238	93,0	194	94,2	44	88,0	
Grupo Etário (em anos)							0,000^c
< 30	51	19,92	34	16,5	17	34,0	
31 a 35	78	30,47	60	29,1	19	38,0	
36 ^a a 40	47	18,36	40	19,4	8	16,0	
41 a 45	27	10,55	23	11,2	3	6,0	
46 a 50	21	8,20	18	8,7	2	4,0	
51 e mais	32	12,50	31	15,0	1	2,0	
Idade média (± desvio padrão)			39,0 (± 9,2)		33,9 (± 6,0)		
Cor da Pele							
Branca	41	16,0	35	17,0	6	12,0	
Preta	64	25,0	47	22,8	17	34,0	
Parda	145	56,6	118	57,3	27	54,0	
Amarela/Indígena	3	1,2	3	1,5	0	0,0	
Não sabe	3	1,2	3	1,5	0	0,0	
Situação conjugal							0,779^a
Casada	154	60,1	126	61,2	28	56,0	
Solteira	77	30,1	60	29,1	17	34,0	
Separada ou divorciada/Viúva	25	9,8	20	9,7	5	10,0	
Escolaridade							0,506^c
Superior completo	32	12,5	27	13,1	5	10,0	
Especialização	191	74,6	149	72,3	42	84,0	
Residência	17	6,64	16	7,8	1	2,0	
Mestrado	15	5,9	13	6,3	2	4,0	
Doutorado	1	0,4	1	0,5	0	0,0	
Número de dependentes							0,519^c
Nenhum	88	34,4	69	33,5	19	38,0	
1	70	27,3	56	27,2	14	28,0	
2	64	25,0	54	26,2	10	20,0	
3	23	9,0	17	8,3	6	12,0	
4 e mais	10	3,9	9	4,4	1	2,0	
Não respondeu	1	0,4	1	0,5	0	0,0	
Anos de trabalho na profissão							0,000^a
< 5 anos	31	12,1	15	7,3	16	32,0	
5 a 10	105	41,0	81	39,3	24	48,0	
11 a 15	48	18,8	40	19,4	8	16,0	
16 a 20	26	10,1	26	12,6	0	0,0	
21 a 25	16	6,2	15	7,3	1	2,0	
26 e mais	30	11,7	29	14,1	1	2,0	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

Com relação ao tempo de trabalho na profissão, 58,7% das enfermeiras dos hospitais sob administração direta e 64,0% das enfermeiras dos hospitais sob administração indireta

contavam tempo de trabalho entre 5 a 15 anos. No entanto, é importante registrar que 32,0% das enfermeiras que trabalham sob administração indireta têm menos de 5 anos de trabalho, e 21,4% das enfermeiras que trabalham sob administração direta têm mais de 20 anos de trabalho. Registraram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos quando relacionado o tempo de trabalho na profissão e o tipo de administração, predominando enfermeiras com menos anos de trabalho na área nas unidades sob administração indireta.

4.2 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À LEGISLAÇÃO E À ERGONOMIA

Tomando como parâmetro a NR17, que versa sobre as condições de trabalho e ergonomia, os resultados são apresentados a partir de quatro grandes grupos, são eles: equipamentos e materiais, ambiente físico, normas de produção e modo operatório.

- Variáveis relacionadas aos equipamentos e materiais

Sobre a disponibilidade de equipamentos adequados para a execução das atividades, nos hospitais sob administração direta, 44,9% das enfermeiras afirmaram que algumas vezes esses estão disponíveis. Nos hospitais sob administração indireta, 36,0% afirmavam que sempre tinham disponibilidade de equipamentos adequados. Os dados referentes à disponibilidade de materiais apresentam diferença estatisticamente significativa de proporção entre os grupos, sendo que nos hospitais sob administração indireta as enfermeiras possuíam maior disponibilidade de equipamentos adequados (Tabela 2).

Em relação à disponibilidade de materiais de consumo, como materiais para realização de curativo e para administração de medicamentos, 49,5% das enfermeiras dos hospitais sob administração direta afirmavam que frequentemente esses materiais de consumo estavam disponíveis, existindo uma porcentagem similar para o mesmo quesito na administração indireta, 48,0%.

No entanto, ao teste estatístico Qui-quadrado de Tendência Linear, são verificadas diferenças proporcionais significantes, conforme demonstrado na Tabela 2. Isso se deve a distribuição de frequência entre outros quesitos como, por exemplo, na administração direta, somando-se os conjuntos 'nunca, raramente e às vezes' obtemos um total de 41,7%, enquanto que na administração indireta essa mesma soma tem um valor de somente 20,0%.

Pode-se observar que grande parte das entrevistadas enunciou uma avaliação positiva acerca da disponibilidade de materiais de consumo. Ao perguntar sobre a adequação do

material disponível, 50,0% das enfermeiras nos hospitais sob da administração direta afirmavam que algumas vezes sim. Nos hospitais sob administração indireta, 42,0% das enfermeiras afirmavam que frequentemente os materiais eram adequados. Foram encontradas diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p=0,000$).

Outro elemento para entender as condições de trabalho é a adequação dessas condições ao perfil do usuário atendido. Pode-se observar que somente 1,9% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta afirmaram que essas condições eram sempre adequadas ao perfil do usuário. Já nos hospitais sob administração indireta esse percentual sobe para 20,0%. O que chama atenção é que na maioria das vezes, para as enfermeiras trabalhando em um ou outro modelo de administração, as condições de trabalho não eram adequadas ao perfil do usuário, mas as diferenças proporcionais entre os grupos sugere que essa inadequação ocorra com maior frequência em hospitais sob administração direta ($p\text{-valor}=0,000^C$).

Outro quesito para avaliação de equipamentos e materiais é a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI). Sobre isso, 40,3% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta afirmavam que EPIs sempre estavam disponíveis. Nos hospitais sob administração indireta os percentuais foram de 66,0%, indicando que sempre havia disponibilidade. Dito o mesmo sob outra perspectiva, os dados indicam que 60% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta e 36% nos hospitais sob administração indireta afirmavam que, em alguma medida, faltavam equipamentos de proteção individual (Tabela 2). Os grupos apresentam diferenças nas proporções estatisticamente significantes, o que pode acusar uma maior falta de EPI nas unidades sob administração direta, visto que essa apresenta as menores proporções para a existência dos mesmos.

A ergonomia dos mobiliários do local de trabalho foi avaliada por 43,0% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta como rara. Já nos hospitais sob administração indireta 34,0% das enfermeiras afirmaram que algumas vezes os mobiliários eram ergonômicos. As proporções referentes à ergonomia dos mobiliários apresentam diferenças estatísticas significantes, sendo na administração direta a maior proporção de inadequação ergonômica do mobiliário.

Tabela 2 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características relacionadas aos equipamentos, mobiliários e materiais de consumo disponíveis (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^c
	n	%	n	%	n	%	
Disponibilidade de equipamentos adequados							0,000
Nunca	9	3,5	9	4,4	0	0,0	
Raramente	33	12,9	30	14,6	3	6,0	
Algumas vezes	104	40,6	92	44,9	12	24,0	
Frequentemente	84	32,8	67	32,7	17	34,0	
Sempre	25	9,8	7	3,4	18	36,0	
Disponibilidade de materiais de consumo							0,000
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Raramente	12	4,7	12	5,8	0	0,0	
Algumas vezes	84	32,8	74	35,9	10	20,0	
Frequentemente	126	49,2	102	49,5	24	48,0	
Sempre	34	13,3	18	8,8	16	32,0	
Adequação dos materiais de consumo							0,000
Nunca	2	0,8	2	1,0	0	0,0	
Raramente	27	10,5	24	11,6	3	6,0	
Algumas vezes	116	45,3	103	50,0	13	26,0	
Frequentemente	86	33,6	65	31,6	21	42,0	
Sempre	25	9,8	12	5,8	13	26,0	
Adequação das condições de trabalho ao perfil do paciente							0,000
Nunca	22	8,6	21	10,2	1	2,0	
Raramente	62	24,2	57	27,7	5	10,0	
Algumas vezes	108	42,2	85	41,3	23	46,0	
Frequentemente	50	19,5	39	18,9	11	22,0	
Sempre	14	5,5	4	1,9	10	20,0	
Disponibilidade de EPI							0,000
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Raramente	5	2,0	5	2,4	0	0,0	
Às vezes	44	17,2	41	19,9	3	6,0	
Frequentemente	91	35,5	77	37,4	14	28,0	
Sempre	116	45,3	83	40,3	33	66,0	
Ergonomia dos mobiliários							0,000
Nunca	59	23,1	57	27,7	2	4,0	
Raramente	101	39,4	89	43,2	12	24,0	
Às vezes	63	24,6	46	22,3	17	34,0	
Frequentemente	23	9,0	11	5,3	12	24,0	
Sempre	10	3,9	3	1,5	7	14,0	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

- Variáveis relacionadas com o ambiente físico

As condições físicas do ambiente foram avaliadas a partir de aspectos físicos e ergonômicos. Quando perguntadas sobre sensações como frio, calor, umidade, poeira, odor desagradável, ruído, outro ou nenhuma, não se verificou significância estatística nas proporções dos diferentes estratos, exceto quanto a sensação de frio no ambiente de trabalho,

com 33,5% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta e 52,0% das enfermeiras nos hospitais sob administração indireta afirmando sentirem frio (p -valor=0,015^A).

Em relação ao calor, 39,4% do total de enfermeiras afirmavam vivenciar sensação térmica alta, 30,5% das enfermeiras afirmavam que no seu ambiente de trabalho existia odor desagradável, 45,7% delas afirmavam que existia ruído (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do ambiente de trabalho (n= 256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Frio							0,015^a
Sim	95	37,1	69	33,5	26	52,0	
Não	161	62,9	137	66,5	24	48,0	
Calor							0,930 ^a
Sim	101	39,4	81	39,3	20	40,0	
Não	155	60,4	125	60,7	30	60,0	
Umidade							0,584 ^b
Sim	22	8,6	19	9,2	3	6,0	
Não	234	91,4	187	90,8	47	94,0	
Poeira							0,058 ^a
Sim	37	14,4	34	16,5	3	6,0	
Não	219	85,6	172	83,5	47	94,0	
Odor desagradável							0,268 ^a
Sim	78	30,5	66	32,0	12	24,0	
Não	178	69,5	140	68,0	38	76,0	
Ruído							0,788 ^a
Sim	117	45,7	95	46,1	22	44,0	
Não	139	54,3	111	53,9	28	66,0	
Nenhum	5	2,0	2	1,0	3	6,0	0,053 ^b
Outro	6	2,3	6	2,9	0	0,0	0,601 ^b

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

Em relação à existência de local exclusivo para descanso, 83,6% do total de enfermeiras afirma que esse existe, enquanto 14,8% dizem que não existe. Quando perguntadas sobre a adequação do local em que descansavam, para 46,6% das enfermeiras dos hospitais sob administração direta, o local de descanso era inadequado e, para 60,0 % das enfermeiras nos hospitais sob administração indireta, esse local era adequado. Para a adequação do local de descanso, verificou-se significância estatísticas entre os estratos com p -valor=0,023^A, indicando que as enfermeiras nos hospitais sob administração direta têm uma maior probabilidade de ter local de descanso inadequado.

A NR 17 (BRASIL, 1978b) preconiza que os trabalhadores tenham informações sobre os riscos que correm no ambiente de trabalho. Sobre isso, 18,5% das enfermeiras nos hospitais

sob administração direta informavam sempre estar informadas sobre esses riscos e, para as enfermeiras nos hospitais sob administração direta, esse percentual foi 32,0%. Para o qui-quadrado de tendência linear, a comparação dos estratos apresenta significância, p-valor=0,007^c, sendo possível afirmar que as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta apresentam maior proporção em relação ao acesso à informação sobre os riscos no seu ambiente de trabalho.

Tabela 4 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do ambiente físico dos locais de trabalho, (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Existência do local para descanso							0,397 ^b
Sim	214	83,6	174	84,5	40	80,0	
Não	38	14,8	28	13,6	10	20,0	
NR	4	1,6	4	1,9	0	0,0	
Adequação do local de descanso							0,023 ^a
Adequado	106	41,4	76	36,9	30	60,0	
Inadequado	112	43,8	96	46,60	16	32,0	
Muito inadequado	26	10,2	24	11,7	2	4,0	
NR	12	4,6	10	4,9	2	4,0	
Informação sobre riscos							0,007 ^c
Nunca	27	10,6	25	12,1	2	4,0	
Raramente	47	18,3	41	19,9	6	12,0	
Algumas Vezes	64	25,0	52	25,2	12	24,0	
Frequentemente	64	25,0	50	24,3	14	28,0	
Sempre	54	21,1	38	18,5	16	32,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

- Variáveis relacionadas às normas de produção e ao modo operatório do trabalho

Para esse bloco, existiam duas variáveis: uso de protocolos operacionais padrão¹⁰ (POP) e flexibilidade das regras. Registrou-se que, nos hospitais sob administração direta, 24,7% das enfermeiras informavam usar frequentemente os protocolos, enquanto, nos hospitais sob administração indireta, 38,0% das enfermeiras afirmavam que sempre usavam protocolos. Comparando as proporções dos estratos, nota-se diferenças significantes que apontam para o maior uso de POP nas unidades de administração indireta (Tabela 5).

Dado o caráter do trabalho em saúde, interrelacional, muitas vezes as regras não dão conta da complexidade da rotina de trabalho. Por esse motivo, avaliou-se a flexibilidade das regras não sendo registradas diferenças proporcionais entre os estratos, 43,8% do total das enfermeiras afirmaram que algumas vezes existia flexibilidade das regras.

¹⁰ Os protocolos operacionais padrão apresentam procedimentos de ação para a rotina de trabalho.

Tabela 5 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características das normas de produções às quais as trabalhadoras estão submetidas, Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Uso de protocolos operacionais							0,000^c
Nunca	40	15,6	38	18,4	2	4,0	
Raramente	48	18,8	44	21,4	4	8,0	
Algumas Vezes	50	19,5	43	20,9	7	14,0	
Frequentemente	69	27,0	51	24,7	18	36,0	
Sempre	49	19,1	30	14,6	19	38,0	
Flexibilidade das regras							0,086^c
Nunca	19	7,4	14	6,8	5	10,0	
Raramente	76	29,7	58	28,2	18	36,0	
Algumas Vezes	112	43,8	91	44,2	21	42,0	
Frequentemente	35	13,7	31	15,0	4	8,0	
Sempre	14	5,5	12	5,8	2	4,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas:^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

Uma das características do modo de executar o trabalho é o tempo que a trabalhadora possui para interagir com o usuário dos serviços de saúde. Do total das enfermeiras, 40,2% afirmavam que algumas vezes dispunham de tempo para interagir com o usuário, 29,7% afirmam que frequentemente dispunham desse tempo e, 13,3% das enfermeiras afirmavam que raramente ou nunca possuem tempo para interagir com o usuário. Para essa característica, os grupos se assemelhavam, não apresentando diferenças proporcionais significantes (Tabela 6).

Sobre o domínio da finalidade do seu trabalho, que é considerado neste estudo como a capacidade da trabalhadora saber o resultado da assistência prestada ao usuário que tenha estado sob sua responsabilidade, 34,8% das enfermeiras afirmaram que algumas vezes tinham esse domínio, sendo que não houve diferenças proporcionais estatisticamente significante entre os estratos (Tabela 6).

Em relação à interrupção das atividades durante a execução dessas, 14,5% das enfermeiras de ambos os estratos afirmaram não ser interrompidas. Quanto à execução de gestos repetitivos, em uma escala de 0 a 5, em que 0 significa a inexistência de gestos repetitivos e 5 gestos repetitivos muito frequentes 36,7% do total de enfermeiras avaliaram que esses eram muito frequentes no seu cotidiano de trabalho, para essas duas características os grupos comparados se apresentavam similares.

Em relação ao trabalho em equipe, avaliou-se a tomada de decisão e a execução do trabalho. Para a primeira variável, 35,9% das enfermeiras, nos hospitais sob administração

direta, informaram que algumas vezes as decisões eram tomadas coletivamente. Nos hospitais sob administração indireta, 34,0% das enfermeiras afirmaram que frequentemente a tomada de decisão era em equipe. Registraram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos, sendo que a proporção de tomada de decisão em equipe é maior em unidades de administração indireta (p -valor=0,018^C).

Para a variável execução do trabalho em equipe, não houve diferenças proporcionais estatisticamente significantes, sendo que 59,8% das enfermeiras afirmaram que o trabalho sempre era executado em equipe, característica inerente ao trabalho em saúde. Quando perguntadas se existiam reuniões para a organização do trabalho, 34,0% das enfermeiras, nos hospitais sob administração direta, afirmaram que raramente existiam, e 26,2% afirmaram que algumas vezes existiam. Já nos hospitais sob administração indireta 40,0% das enfermeiras responderam que algumas vezes existiam reuniões para planejar o trabalho, enquanto 22,0% responderam que essas sempre existiam. Estatisticamente, é maior a probabilidade de que enfermeiras, nos hospitais sob administração direta, participem de reuniões para organização do trabalho do que enfermeiras nos hospitais sob administração indireta.

O modo como a escala de serviço é construída revela a relação entre as chefias e as trabalhadoras. Sobre a construção da escala, na administração direta, 37,9% das enfermeiras nunca participavam da construção da sua escala mensal, enquanto que, na administração indireta, esse percentual é de 64,0%. Testado estatisticamente, verificou-se diferenças proporcionais entre os grupos para a participação na construção da escala, evidenciando uma menor participação das enfermeiras na construção da escala em unidades hospitalares de administração indireta ($p=0,009$) (Tabela 6).

Ainda sobre a escala de trabalho, 55,9% das enfermeiras afirmaram que nunca existia modificações na sua escala sem sua prévia concordância, sendo que os grupos não apresentam diferenças proporcionais estatisticamente significantes (Tabela 6).

Em relação à existência de reuniões para a organização do trabalho, que se alinha com o trabalho em equipe, a construção das escalas, as enfermeiras que trabalham em hospitais sob administração indireta disseram que raramente isso acontece, enquanto que, na administração direta, 40,0% delas afirmaram que algumas vezes isso acontece. Testando estatisticamente essas proporções, verificou-se diferenças significantes entre elas, o que leva a crer que nas unidades hospitalares de administração indireta a frequência de reuniões para organização do trabalho é maior em relação às unidades sob administração direta.

Tabela 6 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do modo operatório do trabalho, (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características do modo operatório	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Tempo para interação com o paciente							0,083 ^c
Nunca	4	1,6	3	1,5	1	2,0	
Raramente	30	11,7	22	10,7	8	16,0	
Algumas Vezes	103	40,2	80	38,8	23	46,0	
Frequentemente	76	29,7	64	31,1	12	24,0	
Sempre	45	17,6	37	17,9	6	12,0	
Tomada de decisão em equipe							0,018 ^c
Nunca	8	3,1	8	3,9	0	0,0	
Raramente	40	15,6	34	16,5	6	12,0	
Algumas Vezes	88	34,4	74	35,9	14	28,0	
Frequentemente	77	30,1	60	29,1	17	34,0	
Sempre	43	16,8	30	14,6	13	26,0	
Execução do trabalho em equipe							0,157 ^c
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Raramente	4	1,6	4	1,9	0	0,0	
Algumas Vezes	17	6,6	17	8,3	0	0,0	
Frequentemente	82	32,0	65	31,5	17	34,0	
Sempre	153	59,8	120	58,3	33	66,0	
Domínio do fim do trabalho							0,079 ^c
Nunca	12	4,7	12	5,83	0	0,0	
Raramente	45	17,6	38	18,5	7	14,0	
Algumas Vezes	89	34,8	71	34,5	18	36,0	
Frequentemente	74	28,9	59	28,6	15	30,0	
Sempre	36	14,1	26	12,6	10	20,0	
Existência de reuniões para organização do trabalho							0,000 ^c
Nunca	33	12,9	31	15,0	2	4,0	
Raramente	78	30,5	70	34,0	8	16,0	
Algumas Vezes	74	28,9	54	26,2	20	40,0	
Frequentemente	39	15,2	30	14,6	9	18,0	
Sempre	32	12,5	21	10,2	11	22,0	
Escala modificada sem concordância prévia							0,137 ^c
Nunca	143	55,9	119	57,8	24	48,0	
Raramente	62	24,2	49	23,8	13	26,0	
Algumas Vezes	34	13,3	27	13,1	7	14,0	
Frequentemente	9	3,5	7	3,4	2	4,0	
Sempre	7	2,7	4	1,9	3	6,0	
NR	1	0,4	0	0,0	1	2,0	
Construção participativa da escala							0,009 ^c
Nunca	110	42,2	78	37,9	32	64,0	
Raramente	51	19,3	46	22,3	5	10,0	
Algumas Vezes	38	14,8	33	16,0	5	10,0	
Frequentemente	32	12,5	30	14,6	2	4,0	
Sempre	25	9,8	19	9,2	6	12,0	

Tabela 6 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do modo operatório do trabalho, (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características do modo operatório	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Interrupção de tarefas							0,811 ^c
Nunca	37	14,4	30	14,6	7	14,0	
Raramente	67	26,2	53	25,7	14	28,0	
Algumas Vezes	89	34,8	71	34,5	18	36,0	
Frequentemente	46	18,0	39	18,9	7	14,0	
Sempre	17	6,6	13	6,3	4	8,0	
Existência de gestos repetitivos							0,441 ^c
0	4	1,6	3	1,5	1	2,0	
1	7	2,7	5	2,4	2	4,0	
2	28	10,9	21	10,2	7	14,0	
3	61	23,8	47	22,8	14	28,0	
4	62	24,2	55	26,7	7	14,0	
5	94	36,7	75	36,4	19	38,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

4.3 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

- Variáveis relacionadas à flexibilização do trabalho

Enquanto um mecanismo desenvolvido para driblar os baixos salários, os multiempregos são uma realidade vivenciada por 58,6% das enfermeiras entrevistadas, elas tinham outro vínculo de emprego além do vínculo com a Sesab. Dessas, 90,7% possuíam apenas um outro vínculo e 9,3% possuíam dois ou mais. Por não haver diferenças proporcionais estatisticamente significantes, pode-se pensar que há homogeneidade nos grupos, ou seja, tanto na administração direta quanto na indireta as enfermeiras possuem outro emprego além do vínculo junto à Sesab.

Em relação ao tempo de trabalho na organização hospitalar, registrou-se que 61,7% das enfermeiras entrevistadas tinham de 1 a 5 anos de trabalho, seguindo de 21,9% na faixa de 6 a 10 anos de trabalho para os dois estratos (hospitais sob administração direta e indireta). É importante salientar que nos hospitais sob administração direta, na faixa de 21 anos ou mais de trabalho, existiam 16,6% de enfermeiras nessa condição, enquanto que, nos hospitais sob administração indireta, 2,0% das enfermeiras situavam-se dentro desse estrato. Não foram constatadas diferenças proporcionais estatísticas significantes.

Sobre o tipo de vínculo com a organização hospitalar sob administração direta, 80,1% das enfermeiras são estatutárias enquanto, nos hospitais sob administração indireta, 96,0% das enfermeiras são regidas pela CLT e somente 4,0% delas são estatutárias. Aplicado o Qui-

quadrado de Fisher, registrou-se diferenças estatisticamente significantes entre os estratos ($p=0,000$), e nota-se que, na administração direta, há maiores proporções de enfermeiras estatutárias em relação à administração indireta.

Quando perguntadas em relação ao plano de cargo, carreira e vencimentos (PCCV), 46,6% das enfermeiras, nos hospitais sob administração direta, diziam que ele existia, mas 40,8% do mesmo estrato diziam que não existia. Nos hospitais sob administração indireta, 14,0% afirmaram que o PCCV existia, enquanto 78,0% afirmaram que não. Os estratos apresentam diferenças proporcionais estatisticamente significantes, sendo que há maior probabilidade de uma enfermeira da administração indireta relatar a inexistência do PCCV.

É interessante registrar que somente 26,2% das enfermeiras, nos hospitais sob administração direta, já foram alguma vez beneficiadas com o PCCV. Na administração indireta, esse valor é de 14,3%. Os estratos apresentam homogeneidade para o quesito.

Tabela 7 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da flexibilização do trabalho, (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Possui outro vínculo de trabalho							0,678 ^a
Sim	150	58,6	122	59,2	28	56,0	
Não	106	41,4	84	10,7	22	44,0	
Quantidade de outros vínculos trabalhistas (n=150)							0,469 ^b
1	136	90,7	109	89,3	27	96,4	
2 a 3	14	9,3	13	10,7	1	3,6	
Tempo de trabalho na organização de saúde							0,169 ^c
< 1 ano	2	0,8	2	1,0	0	0,0	
1 a 5 anos	158	61,7	120	58,5	38	76,0	
6 a 10 anos	56	21,9	45	21,9	11	22,0	
11 a 15 anos	4	1,6	4	2,0	0	0,0	
21 anos e mais	35	13,7	34	16,6	1	2,0	
Tipo de vínculo							0,000 ^b
Estatutário	167	65,2	165	80,1	2	4,00	
REDA	2	0,8	2	1,0	0	0,0	
FESF	23	9,0	23	11,1	0	0,0	
CLT	64	25,0	16	7,8	48	96,0	
Existência de plano de cargo, carreiras e vencimentos							0,000 ^b
Sim	103	40,2	96	46,6	7	14,0	
Não	123	48,0	84	40,8	39	78,0	
Não sabe	29	11,3	25	12,1	4	8,0	
Não respondeu	1	0,4	1	0,5	0	0,0	
Já foi beneficiado por este plano (n=136)							0,219 ^b
Sim	34	25,0	32	26,2	2	14,3	
Não	81	59,6	72	59,0	9	64,3	
Não sabe	9	6,6	9	7,4	0	0,0	
Não respondeu	12	8,8	9	7,4	3	21,4	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

- Variáveis relacionadas ao tempo de trabalho e descanso

Em relação à carga horária semanal de trabalho, nos hospitais sob administração direta, 56,3% das enfermeiras cumpriam carga horária de 30 horas. Para os hospitais sob administração indireta, 72,0% das enfermeiras cumpriam uma carga horária de 36 horas. Os testes estatísticos indicam que proporcionalmente as enfermeiras da administração indireta possuem carga horária maior em relação às enfermeiras que trabalham em unidades de administração indireta (p -valor=0,000) (Tabela 8).

Em relação ao turno de trabalho em que é cumprida a maior parte das horas de trabalho, nos hospitais sob administração direta, 59,7% das enfermeiras trabalhavam em o turno fixo, enquanto, nos hospitais sob administração indireta, esse percentual era de 40,0% das enfermeiras. Observa-se que as enfermeiras, nos hospitais sob administração indireta, estão mais expostas à rotatividade do turno de trabalho (p -valor=0,015^B) (Tabela 8).

Ainda sobre os turnos de trabalho, 40,8% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta trabalhavam em turnos mistos (serviço diurno+noturno). Nos hospitais sob administração indireta, 70,0% delas trabalhavam em turnos mistos. Quando testados estatisticamente, as proporções apresentam diferenças significantes, p -valor=0,015^B, permitindo afirmar que enfermeiras, no hospital sob administração indireta, têm maior probabilidade de trabalharem em turnos mistos quando comparadas às enfermeiras que trabalham em unidades de administração direta (Tabela 8). A carga horária de trabalho diária é predominantemente de 12 horas, com 75,0% das enfermeiras nesse estrato, seguidas de 11,7% que trabalhavam em regime de 24 horas.

Quando questionadas sobre pausa para descanso durante a jornada de trabalho, em uma escala de 0 a 5, em que 0 corresponde a *nunca* e 5 a *sempre*, que precisa, tomando a avaliação de 0-2 como negativa e de 3-5 como positiva, observa-se que 52,4% avaliaram negativamente a quantidade de vezes que podiam descansar durante a jornada de trabalho, sendo que os estratos mantiveram-se homogêneos para o quesito.

Considerando a jornada de trabalho noturna, equivalente a 12 horas, 149 enfermeiras declararam trabalhar à noite. 79,3% das enfermeiras que trabalhavam sob administração direta declararam possuir um tempo de descanso de 101-199 minutos, para a administração indireta, esse mesmo tempo de descanso é aplicado a 79,0% das enfermeiras. Quando testadas estatisticamente as diferenças de proporções, verifica-se que há diferenças significantes ($p=0,001$), isso pode ser justificado pela distribuição de frequência em outras categorias: registra-se uma inversão em relação as faixas de 60-100 minutos e de 200 ou mais minutos, quando, nos hospitais sob administração direta, o percentual para a primeira faixa é de 3,6%,

enquanto nos hospitais sob administração indireta esse valor é de 18,0%. Para a segunda faixa, 17,1% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta e 2,6% nos hospitais sob administração indireta.

Considerando que 150 enfermeiras possuem outro vínculo, dessas 56,7% registravam jornada de trabalho maior que 30 horas no outro vínculo, sendo que os grupos apresentam similaridades nessa característica, não registrando diferenças significantes estatisticamente.

Em relação à média de tempo em horas gasto com o trabalho doméstico, as enfermeiras nos hospitais sob administração direta registraram 18,8 horas semanais e as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta 15,4 horas de trabalho semanal. Isso significa que cada estrato, em sua maioria, trabalhava mais de 50 horas mensais além das horas trabalhadas no vínculo de trabalho com a Sesab.

Tabela 8 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do tempo de trabalho e descanso (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Carga horária semanal							0,000^c
30h	117	45,7	116	56,3	1	2,0	
36h	65	25,4	29	14,1	36	72,0	
40h	50	19,5	46	22,3	4	8,0	
44h	16	6,3	8	3,9	8	16,0	
Outra	8	3,1	7	3,4	1	2,0	
Turno de trabalho							0,015^b
Matutino	12	4,7	11	5,3	1	2,0	
Vespertino	3	1,2	3	1,5	0	0,0	
Diurno	87	34,0	77	37,4	10	20,0	
Noturno	34	13,3	30	14,5	4	8,0	
Misto	119	46,5	84	40,8	35	70,0	
Não respondeu	1	0,4	1	0,5	0	0,0	
Carga horaria diária							0,078 ^c
6h	23	9,0	22	10,7	1	2,0	
8h	11	4,3	5	2,4	6	12,0	
12h	192	75,0	149	72,3	43	86,0	
24h	30	11,7	30	14,6	0	0,0	
Turno							0,024^b
Fixo	143	55,9	123	59,7	20	40,0	
Rotativo	112	43,8	82	39,8	30	60,0	
Não respondeu	1	0,4	1	0,5	0	0,0	
Pausa para descanso							0,085 ^c
0	24	9,4	18	8,7	6	12,0	
1	51	19,9	36	17,5	15	30,0	
2	59	23,0	50	24,3	9	18,0	
3	74	28,9	61	29,6	13	26,0	
4	30	11,7	26	12,6	4	8,0	
5	18	7,0	15	7,3	3	6,0	

Tabela 8 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do tempo de trabalho e descanso (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Tempo de descanso noturno (min) (n=149)							0,001^c
Entre 60 e 100	11	7,4	4	3,6	7	18,4	
Entre 101 e 199	118	79,2	88	79,3	30	79,0	
200 ou mais	20	13,4	19	17,1	1	2,6	
Jornada de trabalho nos outros vínculos							0,181 ^a
Até 30h	65	43,3	56	45,9	9	32,1	
Mais de 30h	85	56,7	66	54,1	19	67,9	
Média de horas dedicadas ao trabalho doméstico			18,8 (16,3)		15,5 (14,0)		

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

- Variáveis relacionadas ao alongamento da jornada de trabalho

Em relação à frequência com que se registravam dobras no serviço¹¹, 43,8% das enfermeiras afirmaram que raramente acontecia a dobra. 42,6% das enfermeiras afirmaram que é comum serem chamadas para assumir o serviço em dias fora da sua escala por necessidade da organização hospitalar. 48,4% das enfermeiras afirmaram que em algum grau usavam o seu tempo de folga para executar atividades relacionadas ao trabalho. Os grupos apresentaram-se homogêneos para esses quesitos.

Em relação às horas extras trabalhadas, 37,4% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta afirmaram nunca cumprirem horas extras. Nos hospitais sob administração indireta, 34,0% das enfermeiras afirmaram algumas vezes cumprirem horas extras. É importante salientar que há diferença estatisticamente significativa entre os estratos (p-valor=0,016^C), permitindo afirmar que, entre as enfermeiras estudadas, as que trabalhavam sob administração indireta faziam mais horas extras.

Das enfermeiras entrevistadas, 168 disseram fazer hora extras em alguma medida, mas, quando perguntadas se eram recompensadas por hora extra de trabalho, 204 enfermeiras informaram que eram recompensadas de três formas: dinheiro; banco de horas; e dinheiro e banco de horas. Dessas 204, 163 eram da administração direta e 41 da administração indireta. Das 161 enfermeiras da administração direta que dizem receber recompensa pela hora extra trabalhada, 99,4% recebiam em acúmulo de horas em banco (banco de horas), na administração direta, 68,3% recebiam também através do banco de horas. É importante

¹¹ Dobras no serviço é quando a trabalhadora que já estava finalizando seu turno de trabalho necessita trabalhar o próximo período por uma necessidade da organização, sem aviso prévio.

salientar que, para esse quesito, registrou-se diferenças proporcionais significantes que podem ser explicadas pela distribuição de frequência em outras opções (Tabela 9).

Quando questionadas se era possível parar e se alimentar com tranquilidade durante o turno de trabalho, 34,7% das enfermeiras afirmavam que algumas vezes isso era possível e 25,4% que raramente isso acontecia, os dois grupos apresentaram homogeneidade nas respostas, não existindo diferenças proporcionais estatisticamente significantes.

Tabela 9 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características do alongamento da jornada de trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Existência de dobras							0,313 ^c
Nunca	61	23,8	50	24,3	11	22,0	
Raramente	112	43,8	93	45,2	19	38,0	
Algumas vezes	70	27,3	53	25,7	17	34,0	
Frequentemente	10	3,9	8	3,9	2	4,0	
Sempre	3	1,2	2	1,0	1	2,0	
Existência de hora extra							0,016 ^c
Nunca	88	34,4	77	37,4	11	22,0	
Raramente	74	28,9	62	30,1	12	24,0	
Algumas vezes	51	22,3	34	16,5	17	34,0	
Frequentemente	25	9,8	18	8,7	7	14,0	
Sempre	18	7,0	15	7,3	3	6,0	
Recompensada por hora extra (n=204)							0,000 ^b
Dinheiro	10	4,9	1	0,6	9	21,9	
Banco de horas	190	93,1	162	99,4	28	68,3	
Dinheiro e banco de horas	4	2,0	0	0,0	4	9,8	
Cobre o serviço fora da escala							0,681 ^a
Sim	109	42,6	89	43,2	20	40,0	
Não	147	57,4	117	56,8	30	60,0	
Tempo de folga usado para o trabalho							0,624 ^c
Nunca	132	51,6	107	51,9	25	50,0	
Raramente	82	32,0	68	33,0	14	28,0	
Algumas vezes	27	10,5	18	8,7	9	18,0	
Frequentemente	8	3,1	6	2,9	2	4,0	
Sempre	7	2,7	7	3,4	0	0,0	
É possível parar e se alimentar com tranquilidade							0,360 ^c
Nunca	26	10,2	19	9,2	7	14,0	
Raramente	64	25,0	51	24,8	14	28,0	
Algumas vezes	89	34,8	73	35,4	16	32,0	
Frequentemente	57	22,3	49	23,8	8	16,0	
Sempre	18	7,0	14	6,8	4	8,0	
Não respondeu	1	0,4	0	0,0	1	2,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bTeste Exato de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

- Variáveis Relacionadas à Intensificação do Trabalho

Sobre o ritmo de trabalho, em uma escala de 0 (lento) a 5 (muito acelerado), 41,8% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta afirmaram que o trabalho era muito acelerado. Para os hospitais sob administração indireta, 60,0% das enfermeiras afirmaram que o ritmo de trabalho era muito acelerado. Observa-se que, nos dois casos, o trabalho era executado em ritmo acelerado, e, de acordo com os testes estatísticos, há diferenças proporcionais entre os estratos significantes (p -valor=0,003), sendo que as enfermeiras que trabalham em unidades sob administração indireta possuem maior tendência a trabalhar em um ritmo mais acelerado.

Quanto a pressão do tempo sobre a execução do trabalho, essa foi avaliada com a escala em que 0 significa inexistência de pressão e 5 uma pressão insuportável. Tomando essa escala como referência, 37,9% das enfermeiras escolheram a opção 3, que é um nível intermediário mais próximo a uma pressão insuportável. Não foram registradas diferenças estatísticas significantes entre os estratos, portanto a pressão do tempo nos hospitais assemelha-se independente do tipo de administração.

Sobre a sobrecarga de trabalho expressa pela quantidade de usuários a serem assistidos, 29,3% do total das enfermeiras afirmaram que isso sempre acontece. Sobre sobrecarga de trabalho, agora demonstrada pelo excesso de trabalhadoras sob a sua supervisão, 35,2% das enfermeiras afirmaram que raramente isso acontecia, e 24,6% que nunca acontecia. Observa-se que não há diferenças, estatisticamente significantes, entre os estratos, demonstrando assim, que, tanto na administração direta quanto na indireta, as enfermeiras sofrem com a sobrecarga de trabalho expressa de diversas formas.

Em relação às adaptações e aos imprevistos, 37,4% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta afirmaram que algumas vezes isso ocorria, seguidas de 37,3% das enfermeiras que diziam que adaptações e imprevistos aconteciam frequentemente. Nos hospitais sob administração indireta, 40,0% das enfermeiras afirmaram que algumas vezes era necessário fazer improvisações e 28,0% que raramente isso era necessário. Segundo o teste estatístico aplicado (p -valor=0,000^C), existem diferenças proporcionais estatisticamente significantes, demonstrando que a frequência de adaptações e imprevistos apresenta-se maior em hospitais sob administração direta.

O acúmulo de múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal acontecia nos dois tipos de administração, sem apresentar diferenças proporcionais estatisticamente relevantes, 33,6% das enfermeiras afirmavam que frequentemente isso acontecia. 36,3% das enfermeiras afirmavam que algumas vezes o trabalho exigia mais do que elas podiam fazer, e 27,7% das enfermeiras afirmaram que frequentemente seu trabalho exigia mais do que elas podiam

executar, sendo que os grupos apresentavam respostas homogêneas sem diferenças proporcionais significantes estatisticamente.

Em relação ao cumprimento de metas, foi perguntado se as enfermeiras se sentiam tranquilas em relação ao alcançado das metas e se existia pressão para o cumprimento dessas. Para o primeiro quesito, 43,4% das enfermeiras diziam que algumas vezes e 27,7% delas afirmavam raramente sofrer pressão para cumprir as metas. Não foram encontradas diferenças proporcionais estatisticamente significantes.

Tabela 10 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características relacionadas à intensificação (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^c
	n	%	n	%	n	%	
Ritmo de trabalho							0,003
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
2	4	1,6	4	1,9	0	0,0	
3	43	16,8	41	19,9	2	4,0	
4	93	36,3	75	36,4	18	36,0	
5	116	45,3	86	41,8	30	60,0	
Pressão de tempo							0,571
0	4	1,6	4	1,9	0	0,0	
1	6	2,3	5	2,4	1	2,0	
2	25	9,8	19	9,2	6	12,0	
3	97	37,9	80	38,8	17	34,0	
4	80	31,2	64	31,1	16	32,0	
5	44	17,2	34	16,5	10	20,0	
Excesso de pacientes para assistir							0,34
Nunca	26	10,2	20	9,7	6	12,0	
Raramente	27	10,5	20	9,7	7	14,0	
Algumas Vezes	55	21,5	45	21,8	10	20,0	
Frequentemente	70	27,3	55	26,7	15	30,0	
Sempre	75	29,3	65	31,6	10	20,0	
NR	3	1,2	1	0,5	2	4,0	
Supervisão de mais trabalhadores do que é capaz							0,21 [!]
Nunca	63	24,6	46	22,3	17	34,0	
Raramente	90	35,2	74	35,9	16	32,0	
Algumas Vezes	32	12,5	28	13,6	4	8,0	
Frequentemente	42	16,4	35	17,0	7	14,0	
Sempre	28	10,9	23	11,2	5	10,0	
NR	1	0,4	0	0,0	1	2,0	
Adaptações e improvisos							0,000^c
Nunca	8	3,1	3	1,4	5	10,0	
Raramente	30	11,7	16	7,8	14	28,0	
Algumas vezes	97	37,9	77	37,4	20	40,0	
Frequentemente	86	33,6	77	37,3	9	18,0	
Sempre	35	13,7	33	16,0	2	4,0	

Tabela 10 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características relacionadas à intensificação (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^c
	n	%	n	%	n	%	
Múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal							0,079 ^c
Nunca	18	7,0	11	5,3	7	14,0	
Raramente	39	15,2	30	14,6	9	18,0	
Algumas vezes	60	23,4	51	24,8	9	18,0	
Frequentemente	86	33,6	67	32,5	19	38,0	
Sempre	53	20,7	47	22,8	6	12,0	
Trabalho exige mais do que pode fazer							0,529 ^c
Nunca	23	9,0	20	9,7	3	6,0	
Raramente	37	14,4	29	14,1	8	16,0	
Algumas Vezes	93	36,3	76	36,9	17	34,0	
Frequentemente	71	27,7	56	27,2	15	30,0	
Sempre	32	12,5	25	12,1	7	14,0	
NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Trabalho permite o desenvolvimento de suas atividades e alcance das metas de modo tranquilo							0,670 ^c
Nunca	20	7,8	15	7,3	5	10,0	
Raramente	75	29,3	61	29,6	14	28,0	
Algumas Vezes	111	43,4	94	45,6	17	34,0	
Frequentemente	38	14,8	25	12,2	13	26,0	
Sempre	12	47,3	11	5,3	1	2,0	
Pressão no cumprimento de metas							0,108
Nunca	67	26,2	57	27,7	10	20,0	
Raramente	71	27,7	60	29,1	11	22,0	
Algumas Vezes	70	27,3	52	25,2	18	36,0	
Frequentemente	31	12,1	24	11,7	7	14,0	
Sempre	17	6,6	13	6,3	4	8,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bTeste Exato de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

- Variáveis relacionadas à insegurança no emprego e no trabalho

A insegurança no emprego e no trabalho está relacionada à instabilidade que a trabalhadora vivencia quer seja com a rotatividade de setor que exige uma polivalência e adaptação às atividades e rotinas diferenciadas, assim como a insegurança no emprego ocasionada pela instabilidade trabalhista –risco de demissão, desrespeito aos direitos trabalhistas – que pode vir a prejudicar o planejamento profissional da trabalhadora.

Em relação à fixação no setor de trabalho, 78,5% das enfermeiras relatavam que trabalhavam em um setor fixo. Já para realização de atividades fora da sua atribuição, que reflete insegurança no emprego, 32,4% das enfermeiras afirmavam que algumas vezes realizavam e 26,6% que frequentemente realizavam. Os grupos assemelharam-se nas respostas, não apresentando diferenças proporcionais estatisticamente significantes.

Quando questionadas sobre a execução de atividades para as quais não foram qualificadas, 28,6% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta afirmavam que algumas vezes isso acontecia, para os hospitais sob administração indireta, 42,0% das enfermeiras informaram que isso nunca acontecia. Foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes para os grupos, sendo que as enfermeiras que atuam em unidades sob administração direta possuem as maiores frequências na realização de atividades para as quais não foram qualificadas.

Em relação à possibilidade de participar de atividades de educação permanente no trabalho, 37,4% das enfermeiras das unidades sob administração direta informavam que algumas vezes era possível participar. Para os hospitais sob administração indireta, 44,0% afirmavam que frequentemente tinham possibilidade de participar de atividades de educação permanente. Registram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes nesse caso, sendo que as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta relatavam mais oportunidades para participar de atividades de educação permanente no trabalho.

Em relação ao respeito aos direitos trabalhistas por parte dos empregadores, para as enfermeiras nos hospitais sob administração direta, somente 15,1% afirmaram que seus direitos trabalhistas eram sempre respeitados, e 84,4% que em algum grau seus direitos trabalhistas eram desrespeitados. Nos hospitais sob administração indireta, somente 22,0% das enfermeiras afirmaram que seus direitos trabalhistas eram sempre respeitados e 78,0% afirmaram que seus direitos trabalhistas eram desrespeitados em algum grau. Sem diferenças proporcionais estatisticamente significantes, pode-se observar que independente do tipo de administração, 96,5% das enfermeiras relatavam algum grau de desrespeito aos seus direitos trabalhistas.

Ainda avaliando a estabilidade trabalhista, nos hospitais sob administração direta, 39,8% das enfermeiras não se sentem protegidas contra demissão injusta, e esse percentual, nos hospitais sob administração indireta, é de 80,0%. Esses dados são estatisticamente significantes, e revelam que as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta se sentiam menos seguras no emprego. Às entrevistadas, foi perguntado se se sentiam seguras para planejar o seu futuro profissional, do total de enfermeiras, 31,3% afirmaram que algumas vezes. Para esse quesito, não houve diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 11– Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da precarização relacionadas à insegurança das trabalhadoras no emprego e no trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Setor							0,629 ^a
Fixo	201	78,5	163	79,1	38	76,0	
Rotativo	55	21,5	43	20,9	12	24,0	
Proteção contra demissão injusta							0,000^b
Sim	129	50,4	120	58,3	9	18,0	
Não	122	47,6	82	39,8	40	80,0	
NR	5	2,0	4	1,9	1	2,0	
Segurança para planejar o futuro profissional							0,127 ^c
Nunca	28	10,9	23	11,2	5	10,0	
Raramente	51	19,9	37	18,0	14	28,0	
Algumas vezes	80	31,2	62	30,1	18	36,0	
Frequentemente	59	23,0	52	25,5	7	14,0	
Sempre	38	14,8	32	15,5	6	12,0	
Atividades fora da atribuição							0,113 ^c
Nunca	21	8,2	16	7,8	5	10,0	
Raramente	41	16,0	33	16,0	8	16,0	
Algumas vezes	83	32,4	61	29,6	22	44,0	
Frequentemente	68	26,6	59	28,7	9	18,0	
Sempre	43	16,8	37	18,0	6	12,0	
Atividades para as quais não foi qualificada							0,024^c
Nunca	80	31,2	59	28,6	21	42,0	
Raramente	71	27,7	59	28,6	12	24,0	
Algumas vezes	64	25,1	54	26,2	10	20,0	
Frequentemente	27	10,5	23	11,2	4	8,0	
Sempre	14	5,5	11	5,4	3	6,0	
Educação permanente							0,000^c
Nunca	21	8,2	17	8,3	4	8,0	
Raramente	70	27,3	66	32,0	4	8,0	
Algumas vezes	89	34,8	77	37,4	12	24,0	
Frequentemente	57	22,3	35	17,0	22	44,0	
Sempre	19	7,4	11	5,3	8	16,0	
Desrespeito aos direitos trabalhistas							0,116 ^c
Nunca	9	3,5	9	4,4	0	0,0	
Raramente	32	12,5	24	11,7	8	16,0	
Algumas vezes	81	31,6	71	34,5	10	20,0	
Frequentemente	91	35,5	70	34,00	21	42,0	
Sempre	42	16,4	31	15,1	11	22,0	
NR	1	0,4	1	0,5	0	0,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

Em relação à filiação às entidades de trabalhadores, observa-se que 52,7% do total de enfermeiras entrevistadas não eram filiadas a nenhuma entidade de organização de trabalhadores, sendo que, na administração direta, mais de 50,0% das enfermeiras não eram

filiadas e, na administração indireta, 52,0% eram filiadas a algum sindicato ligado à categoria (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, filiadas à entidade de trabalhador (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Variáveis	Total		Direta		Indireta	
	n	%	n	%	n	%
Filiação a entidade de trabalhador						
Sindicato	85	33,2	59	28,6	26	52,0
Associação	16	6,2	11	5,3	5	10,0
Associação e sindicato	4	1,6	4	1,9	0	0,0
Não filiado	135	52,7	122	59,5	13	26,0
Não sabe	13	5,1	8	3,9	5	10,0
Não respondeu	2	0,8	1	0,5	1	2,0

Fonte: Elaboração própria.

- Outras variáveis relacionadas à precarização do trabalho

Em relação à ocorrência de acidente de trabalho nos últimos seis meses de trabalho anteriores à pesquisa, 92,2% das enfermeiras afirmaram não ter sofrido acidente. Quanto ao afastamento do trabalho por razão de saúde, 35,2% das enfermeiras revelaram ter se afastado do trabalho no último ano por questões de saúde. Os testes não apontam significância estatística para as divergências de proporções dos estratos.

Considerando o total de enfermeiras, 37,1% afirmavam que frequentemente era exigida intensa concentração durante o seu trabalho. Em relação à liberdade para executarem suas atividades, 36,3% das enfermeiras afirmaram que raramente tinham essa liberdade.

Tabela 13 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da precarização do trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sofreu acidente nos últimos 6 meses							0,240 ^b
Sim	20	7,8	14	6,8	6	12,0	
Não	236	92,2	192	93,2	44	88,0	
Afastamento do trabalho por questão de saúde							0,398 ^b
Sim	90	35,2	76	36,9	14	28,0	
Não	165	64,4	129	62,6	36	72,0	
NR	1	0,4	1	0,5	0	0,0	
Exigência de intensa concentração							0,874 ^c
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Raramente	20	7,8	16	7,8	4	8,0	
Algumas Vezes	60	23,4	48	23,3	12	24,0	
Frequentemente	95	37,1	78	37,8	17	34,0	
Sempre	81	31,6	64	31,1	17	34,0	

Tabela 13 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da precarização do trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Liberdade para executar atividades							0,211 ^c
Nunca	61	23,8	52	25,2	9	18,0	
Raramente	93	36,3	76	36,9	17	34,0	
Algumas Vezes	64	25,0	48	23,3	16	32,0	
Frequentemente	26	10,2	20	9,7	6	12,0	
Sempre	12	4,7	10	4,9	2	4,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

- Variáveis relacionadas à remuneração do trabalho vinculado à Secretaria da Saúde do Estado

Entre o total de enfermeiras, 37,9% afirmaram ganhar acima de três salários mínimos (SM), mas não mais que 4 SM, 30,5% delas afirmaram ganhar acima de 4 SM, mas não mais que 5 SM.

Ao serem questionadas se estavam satisfeitas com seus salários, 34,0% das enfermeiras, nos hospitais sob administração direta, afirmaram que estavam muito insatisfeitas. Nos hospitais sob administração indireta, 38,0% afirmaram que estavam pouco satisfeitas. Verificou-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes, demonstrando que há uma tendência de enfermeiras que trabalham em hospitais sob administração indireta estarem mais insatisfeitas com os seus salários em relação às enfermeiras que trabalham em hospitais sob administração direta.

Ressalte-se que, quando perguntadas sobre a suficiência do salário para suas necessidades pessoais e familiares, 93,7% das enfermeiras, nos hospitais sob administração direta, e 82,0% das enfermeiras, nos hospitais sob administração indireta, afirmaram que o salário não era suficiente. Verificou-se diferenças estatisticamente significantes nas proporções, indicando mais insuficiência de salário para as necessidades básicas nas enfermeiras que atuam nos hospitais sob administração direta.

Tabela 14 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo as características da remuneração do trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Renda líquida (R\$)¹							0,762 ^c
1SM a 2SM	3	1,2	3	1,5	0	0,0	
Acima de 2SM	34	13,3	32	15,5	2	4,0	
Acima de 3SM	97	37,9	72	35,0	25	50,0	
Acima de 4SM	78	30,5	61	29,6	17	34,0	
Acima de 5SM	41	16,0	36	17,5	5	10,0	
Recusou-se a responder	3	1,2	2	1,0	1	2,0	
Suficiência do salário							0,020^b
Sim	22	8,6	13	6,3	9	18,0	
Não	234	91,4	193	93,7	41	82,0	
Satisfação com o salário							0,000^c
Muito satisfeito	3	1,7	2	1,0	1	2,0	
Satisfeito	26	10,2	12	5,8	14	28,0	
Pouco satisfeito	79	30,8	60	29,1	19	38,0	
Insatisfeito	70	27,3	62	30,1	8	16,0	
Muito insatisfeito	78	30,5	70	34,0	8	16,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear. 1- Salário mínimo (SM) à época, 788,00 reais.

- Variáveis relacionadas à satisfação com o trabalho e com a profissão

Para as características apresentadas nesse tópico, não houve diferenças proporcionais estatisticamente significantes, portanto, em todas as características que subseguem os estratos, apresenta-se homogeneidade nas respostas, indicando que tanto um quanto o outro grupo vivenciam as mesmas coisas, ainda que sob diferentes formas de administração.

Perguntadas se já foram constrangidas no ambiente de trabalho, 37,9% das enfermeiras afirmaram que nunca foram constrangidas, sendo que 63,1% já passaram por algum tipo de constrangimento no local de trabalho. Em relação a executar atividades com as quais discordam, 39,8% das enfermeiras responderam que às vezes isso acontece.

Avaliando a relação com os colegas, foi perguntado se esses se interessavam pelo bem-estar delas e 33,6% das enfermeiras afirmam que existia interesse dos colegas algumas vezes. Sobre a relação com a (o) chefe imediata(o), foi perguntado se essa(e)s interessavam-se pelo bem estar dos subordinados, 34,8% das enfermeiras afirmaram que algumas vezes.

Em relação ao reconhecimento social do seu trabalho, 87,5% das enfermeiras afirmaram que seu trabalho em alguma frequência não era reconhecido socialmente. Em

relação à recomendação da profissão para uma pessoa amiga, 59,4% das enfermeiras responderam que não recomendariam.

Considerando o ano anterior à pesquisa, 46,5% das enfermeiras afirmaram não ter pensado em abandonar a profissão. E, do total de enfermeiras, 69,1% delas disseram que aceitariam o atual trabalho novamente.

Tabela 15 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo a satisfação com o trabalho e a profissão (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	N	%	n	%	
Aceitaria o trabalho novamente							0,078 ^a
Sim	177	69,1	137	66,5	40	80,0	
Não	49	19,1	45	21,8	4	8,0	
Não sabe	30	11,7	24	11,7	6	12,0	
Já foi constrangido							0,448 ^c
Nunca	97	37,9	81	39,3	16	32,0	
Raramente	88	34,4	69	33,5	19	38,0	
Algumas vezes	58	22,6	45	21,8	13	26,0	
Frequentemente	7	2,7	6	2,9	1	2,0	
Sempre	6	2,3	5	2,4	1	2,0	
Faz coisas que não concorda							0,783 ^c
Nunca	31	12,1	23	11,2	8	16,0	
Raramente	82	32,0	70	34,0	12	24,0	
Algumas vezes	102	39,8	81	39,3	21	42,0	
Frequentemente	30	11,7	22	10,7	8	16,0	
Sempre	11	4,3	10	4,9	1	2,0	
Os colegas interessam-se pelo seu bem estar							0,203 ^c
Nunca	14	5,5	9	4,4	5	10,0	
Raramente	55	21,5	44	21,4	11	22,0	
Algumas vezes	86	33,6	70	33,9	16	32,0	
Frequentemente	78	30,5	61	29,6	17	34,0	
Sempre	23	8,9	22	10,7	1	2,0	
Seu chefe imediato preocupa-se com o bem estar dos seus subordinados							0,409 ^c
Nunca	12	4,7	10	4,9	2	4,0	
Raramente	41	16,0	31	15,1	10	20,0	
Algumas vezes	89	34,8	70	34,0	19	38,0	
Frequentemente	78	30,5	66	32,0	12	24,0	
Sempre	36	14,1	29	14,0	7	14,0	
Recomendação da profissão							0,070 ^a
Sim	93	36,3	74	35,9	19	38,0	
Não	152	59,4	126	61,2	26	52,0	
Não sabe	11	4,3	6	2,9	5	10,0	
Pensamento de abandono da profissão no último ano							0,198 ^c
Nunca	119	46,5	100	48,5	19	38,0	
Algumas vezes por ano	72	28,1	58	28,2	14	28,0	
Algumas vezes por mês	28	10,9	18	8,7	10	20,0	
Algumas vezes por semana	13	5,1	8	3,9	5	10,0	
Todos os dias	24	9,4	22	10,7	2	4,0	

Tabela 15 – Distribuição das enfermeiras por tipo de administração do hospital, segundo a satisfação com o trabalho e a profissão (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	N	%	n	%	
Reconhecimento social							0,606 ^c
Nunca	23	9,0	18	8,7	5	10,0	
Raramente	50	19,5	39	18,9	11	22,0	
Algumas vezes	76	29,7	61	29,6	15	30,0	
Frequentemente	75	29,3	63	30,6	12	24,0	
Sempre	31	12,1	24	11,7	7	14,0	
Não respondeu	1	0,4	1	0,5	0	0,0	

Fonte: Elaboração própria.

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fisher; ^cQui-quadrado de Tendência Linear.

5 DISCUSSÃO

Este capítulo apresentará ao leitor a discussão dos resultados, entendendo que a precarização é categoria central quando se analisa as condições de trabalho da enfermeira. Para tanto, entende-se que a precarização das condições de produção é um reflexo das mudanças estruturais no mundo do trabalho nas últimas décadas (ALVES, 2009; MARCONSIN e CAETANO, 2010) e, ao mesmo tempo, um processo político de dominação do trabalhador (BOURDIER, 1998).

Este capítulo será dividido em dois subcapítulos, o primeiro terá como objetivo discutir os dados quantitativos, demonstrando como a precarização das condições de trabalho é expressa no cotidiano de trabalho da enfermeira.

O segundo subcapítulo terá como objetivo discutir a precarização das condições de trabalho das enfermeiras nos hospitais públicos segundo o tipo de administração. Com isso, espera-se que sejam evidenciadas diferenças nas condições de trabalho analisadas que guardem relação direta com o tipo de administração adotada no hospital em que a enfermeira trabalha.

5.1 PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA

É necessário salientar que, imbricadas à precarização das condições de trabalho, está a flexibilização do trabalho em seus diversos aspectos e a intensificação desse. Thébaud-Mony e Druck (2012, p. 37) sinalizam que esses são processos “indissolavelmente ligados”, não podendo ser dissociados por se situarem no âmbito da organização social do trabalho na atualidade.

5.1.1 Profissão de mulheres, a precarização tem sexo

O trabalho no campo da enfermagem é marcado pela divisão sexual do trabalho na sociedade (PASSOS, 2012). Às mulheres, desde a sedentarização da humanidade e desenvolvimento da agricultura, foi delegado o trabalho de ‘cuidar’. Elas cuidavam da agricultura e da alimentação, buscando a manutenção da vida, acompanhavam as outras mulheres no processo de parto e nos cuidados posteriores, eram responsáveis pelos cuidados aos enfermos e no processo da morte. Dessa forma, a categoria profissional, enfermeira, foi se constituindo como uma profissão feminina (COLLIÉRE, 1999);

Na revolução industrial, a mulher foi inserida no mundo do trabalho para maior extração de mais-valia e ainda hoje continua ocupando profissões tidas como femininas, de maior vulnerabilidade, menor remuneração financeira e reconhecimento social (NOGUEIRA, 2004; KÜCHEMANN, 2008).

Diferente de muitas profissões que passaram por um processo de feminização, a profissão de enfermeira já nasce majoritariamente feminina e carrega consigo características de um trabalho desenvolvido no âmbito doméstico e caritativo, portanto de menor valorização social e financeira (PASSOS, 2012).

Esse processo de introdução da mulher no ambiente público do trabalho é colocado por Nogueira (2004) como contraditório. Ao mesmo tempo em que favorece a saída do ambiente doméstico e a sua emancipação, possibilita uma maior exploração da mulher trabalhadora. Küchemann (2008) enfatiza que, no século XXI, as mulheres continuam ainda se inserindo em espaços de menor valorização dentro da produção, é o que ela chama de redutos femininos e entre eles está a profissão de enfermeira.

Este estudo demonstra que essa profissão continua tendo um perfil feminino já que 93,0% das entrevistadas eram mulheres, todas estavam em idade economicamente produtiva, sendo que 60,1% declararam conviver com um(a) cônjuge.

Küchemann (2008) considera que, ao saírem para o trabalho fora de casa, as mulheres não deixaram de realizá-lo, acumulando mais uma jornada de trabalho e dividindo as responsabilidades financeiras do ambiente familiar. O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (BRASIL, 2015) demonstra que em média a mulher trabalha 35,1 horas no trabalho principal e acumula 20,8 horas de trabalho doméstico. É o que se observa no caso do estudo, as enfermeiras realizavam semanalmente 17,5 horas de trabalho doméstico, em média, aliadas ainda a uma carga horária de trabalho semanal nunca inferior a 30 horas de trabalho, chegando, em alguns casos, a uma carga horária de trabalho semana de 77,5 horas (trabalho doméstico, vínculo Sesab, outro vínculo).

Observa-se que 65,2% das enfermeiras precisavam garantir, além do seu sustento, o sustento financeiro de uma ou mais pessoas. Dessa forma, o trabalho no ambiente público cumpre um papel fundamental, mas, ao mesmo tempo, como não estão liberadas dos afazeres domésticos acumulou outra carga de trabalho, reafirmando a discussão de Nogueira (2004).

Assim, devido à divisão sexual do trabalho na sociedade e ao sistema do patriarcado¹², que coloca a mulher em um lugar de servidão, a mulher está mais vulnerável à condição de

¹² Patriarcado aqui aparece baseado no conceito de Heleieth Safiotti (2004), representando uma estrutura de poder que envolve ideologia e violência, materializada em relações de dominação do homem sobre a mulher e

precarização, “a precarização também tem sexo” (NOGUEIRA 2010, p.226). Resgatando a introdução da mulher pelo capital no trabalho em ambiente público como forma de baratear a força de trabalho, entende-se o porquê de ainda hoje as profissões femininas, ou os redutos femininos estejam mais vulneráveis à precarização do trabalho e a superexploração. Dessa forma, pode-se concluir que, por ser uma categoria profissional majoritariamente feminina, a precarização do trabalho atinge as condições de trabalho da enfermeira.

5.1.2 A flexibilização como estratégia da precarização

A sociedade contemporânea vivencia um período de acumulação flexível do capital que tem como característica trabalho polivalente, multifuncional, qualificado e uma estrutura produtiva mais flexível, com novas técnicas de gestão de trabalhadores, envolvimento participativo ou, como denomina Antunes (2013), “manipulatório” (ANTUNES, 2013).

Essas características da nova estrutura produtiva do capital provocaram repercussões na estruturação do mundo do trabalho. Pode-se observar a desregulamentação dos direitos trabalhistas e das normas reguladoras do trabalho, flexibilização do emprego e a flexibilização do trabalho.

- **Flexibilização no emprego**

Pode-se observar, nos dados desta pesquisa, que há, dentro da administração pública, flexibilização em relação aos tipos de vínculos: existiam quatro formas de empregos nos hospitais estudados. A primeira forma era através de concurso público, vínculo estatutário, as outras três eram através de vínculos instáveis, regidos por contratos regulamentados a partir da CLT.

Verifica-se que 61,7% das enfermeiras entrevistadas eram jovens nas instituições, com até cinco anos de trabalho. Em relação ao tempo de trabalho na administração direta, observou-se que uma parte das enfermeiras trabalhava há mais de 21 anos nas organizações, enquanto que essa condição, para administração indireta, é somente de 2,0%. Nesse caso, observa-se que, na administração pública, há uma maior probabilidade de manter-se no emprego por mais anos, isso se deve a estabilidade no emprego garantida pelo Regime Jurídico Único que as enfermeiras estatutárias gozam (CORREIA, 2011, MARCONSIN e CAETANO, 2010).

que extrapolam o ambiente doméstico, estabelecendo uma hierarquia na qual a mulher é desvalorizada e violentada em diversos aspectos.

O ganho salarial líquido predominante entre as enfermeiras estudadas é maior que três salários mínimos, mas inferior a quatro salários mínimos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011),¹³ o ganho salarial médio das mulheres com mais de 11 anos de estudo também fica entre a faixa salarial de 3 a 4 salários mínimos. É importante destacar que para homens, com a mesma quantidade de anos de estudo, essa faixa fica entre 4 a 5 salários mínimos. Observa-se novamente o gênero como determinante para uma precarização do trabalho, agora atingindo a média salarial das mulheres em geral.

Apesar de estarem entre a faixa salarial considerada pelo IBGE como a média no país, as enfermeiras declaram pouca satisfação com os salários, no caso das enfermeiras de administração indireta, e muita insatisfação no caso das enfermeiras de administração direta.

Dados da pesquisa apontam que, nos dois estratos estudados, 91,4% das enfermeiras dizem que os salários que recebem não são suficientes para as suas necessidades pessoais e familiares. Considerando que o salário, enquanto valor de troca pela força de trabalho da enfermeira que deveria suprir as suas necessidades de produção e reprodução, não é suficiente para isso, os salários são considerados baixos.

A insatisfação com o ganho salarial, demonstrada por 88,0% das enfermeiras entrevistadas, pode estar relacionada ao não suprimento das necessidades pessoais e familiares. Corroborando esse dado, para o ano de 2015, de acordo com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, o salário mínimo necessário equivaleria a quatro salários mínimos nominais, ou seja, maior que a média de salário que ganham a maioria das enfermeiras.

Como um mecanismo compensatório aos considerados baixos salários pagos às enfermeiras, Medeiros e Rocha (2004) afirmam que essas recorrem aos multiempregos. Ou seja, para aumentar a sua renda, a trabalhadora passa a ter mais um vínculo de trabalho além daquele principal. No caso estudado, as enfermeiras que possuem outro vínculo de trabalho correspondem a 58,6% do total de entrevistadas.

No estudo não foi testada a relação entre os baixos salários e os multiempregos, no entanto, a ponderação que Medeiros e Rocha (2004) trazem é pertinente quando observamos todos esses fatores: baixos salários, insuficiência e insatisfação salarial e multiempregos. Esses quatro elementos revelam a precarização do trabalho e as formas individuais que a trabalhadora busca para minimizar as suas perdas financeiras.

¹³ Último relatório sobre as diferenças salariais entre homens e mulheres na população ocupada no Brasil.

No vínculo secundário, 56,7% das enfermeiras trabalham mais de 30 horas semanais, Mauro et al. (2010) já apontava que, em sua maioria, as trabalhadoras do campo da enfermagem acumulavam mais de 60 horas semanais devido aos outros vínculos. Somando-se a carga horária mínima que as enfermeiras trabalham semanalmente na Sesab, 30 horas, mais o mínimo que trabalham em outro vínculo, 30 horas, comprava-se o que Mauro et al. (2010) afirmam. Acrescenta-se ainda que as enfermeiras acumulam, em média, mais 18 horas de trabalho doméstico, totalizando, em média, 78 horas trabalhadas e três diferentes jornadas de trabalho. Assim, além dessas mais de 60 horas acumuladas no ambiente público de trabalho, chama-se a atenção para essa outra carga horária que a enfermeira não deixa de ter ao realizar o trabalho doméstico.

Em relação aos planos salariais, na administração direta, houve uma dicotomia dos dados: 46,6% delas afirmavam que existia um plano de cargos, carreiras e vencimentos; já 40,8% diziam que esse plano não existia; e 12,1% não sabiam se ele existia ou não. Em verdade, esse plano existe, sendo sancionado como Lei nº 11.373, de 05 de fevereiro de 2009.

Das enfermeiras que afirmavam existir o PCCV, somente 26,2% delas já foram beneficiadas por ele. O desconhecimento evidenciado pode ocasionar em perda de benefícios. Para tanto, buscou-se as estratégias de divulgação do PCCV, verificou-se que existe uma cartilha elaborada pela Sesab que contém uma apresentação do plano com perguntas e respostas sobre o mesmo; na edição consultada a tiragem é de 1000 exemplares. Diante do quantitativo de profissionais existentes na rede Sesab, imagina-se que a divulgação do PCCV tenha sido insuficiente a ponto das trabalhadoras, maiores interessadas, não saberem da sua existência.

Na administração indireta, 12,0% informaram que existia PCCV, dessas somente 14,3% disseram que em algum momento já foram beneficiadas por ele.

Em relação ao cumprimento dos direitos trabalhistas, nota-se que há um desrespeito aos direitos trabalhistas da categoria independente do local que trabalhe.

- Flexibilização do trabalho

A Tabela 8 evidencia que existe uma flexibilidade no cumprimento da jornada de trabalho das enfermeiras em turnos rotativos de trabalho, sendo que esses turnos, em sua maioria, são noturnos ou diurnos sem uma fixação. A flexibilidade da jornada de trabalho está a serviço do empregador e impacta diretamente na organização da vida deste (FREITAS,2010).

A polivalência exige uma condição de flexibilidade para exercer diversas funções, inclusive funções para as quais não foram qualificados. Das entrevistadas, 69,8% afirmam que realizam atividades fora da sua atribuição e em menor grau para as quais não foram qualificadas (Tabela 11). Essa lógica de polivalência que as trabalhadoras reproduzem, em sua aparência, demonstra uma qualificação para o trabalho que provoca sobrecarga de trabalho. Elas estão aptas a desenvolver aquilo que a organização necessita e empregam a sua força de trabalho na execução de tarefas que são pertinentes às suas atribuições profissionais salvaguardadas pelo envolvimento com o funcionamento do serviço, um envolvimento manipulatório que não evidencia o déficit de trabalhadores da organização e a superexploração do trabalho (ANTUNES, 2002).

5.1.3 A intensificação como estratégia da precarização

A intensificação do trabalho é explicada através de uma maior produtividade no trabalho no mesmo período de tempo. Dal Rosso (2008) afirma que são instrumentos de intensificação: alongamento de jornada de trabalho; ritmo e velocidade do trabalho; acúmulo de atividades; polivalência, versatilidade e flexibilidade; gestão por resultados.

O alongamento da jornada de trabalho das enfermeiras estudadas acontece de três formas: dobrar no serviço, horas extras¹⁴ e cobertura de plantão fora da sua escala de serviço por solicitação da chefia. O alongamento da jornada de trabalho é uma das formas de superexplorar o trabalhador, com ela obtém-se uma maior extração de mais-valia absoluta (MARX, 2013).

A recompensa por esse alongamento da jornada de trabalho das enfermeiras na maioria das vezes é realizada através de banco de horas, e, em menor quantidade, em adicional financeiro referente à hora extra (dinheiro). Freitas (2010), afirma que o banco de horas foi uma estratégia de flexibilizar a jornada de trabalho semanal, aumentando o seu limite de horas, já que a compensação delas com o banco de horas passou a ser anual e sem necessidade do adicional financeiro exigido na compensação de horas extras.

Mesmo sendo legalizado, o banco de horas dificulta a redução da jornada de trabalho, uma luta histórica da classe trabalhadora (FREITAS, 2010). Para as enfermeiras que lutam pela fixação da jornada de trabalho em 30 horas semanais, o banco de horas pode ser dificultador para que essa jornada de trabalho venha a ser regulamentada.

¹⁴ Aqui entendidas como horas de trabalho que não configuram um plantão completo como é o caso das dobrar e da cobertura de plantão fora da escala.

Em relação ao ritmo e a velocidade de trabalho, as enfermeiras em sua maioria vivenciam um cotidiano de trabalho acelerado e uma pressão de tempo na realização das suas atividades. O ritmo de trabalho nos hospitais tem aumentado nas últimas décadas e provocado o adoecimento psíquico das trabalhadoras no campo da enfermagem (MAURO et al. 2010; GONÇALVES et al., 2013).

O aumento do ritmo não é algo novo na organização do trabalho, desde o taylorismo esse foi um método utilizado para viabilizar a maior produtividade durante a jornada de trabalho, na atualidade, potencializa a superexploração da trabalhadora (DAL ROSSO, 2008).

Discutindo o ritmo de trabalho para diversas categorias, Dal Rosso (2008) faz uma observação em relação ao segmento da educação. Esse segmento apresenta especificidades que o aumento do ritmo de trabalho prejudica a sua finalidade. Assim como a educação, o aumento de ritmo do trabalho da enfermeira dificulta a execução do seu trabalho assistencial quando tem seu tempo de interação com o usuário de saúde diminuído.

O trabalho em saúde, segundo as enfermeiras entrevistadas, exige uma grande concentração durante sua realização. Essa concentração pode ser exigida não só por esse ser um trabalho peculiar que lida com o risco de vida eminente, mas a concentração excessiva pode ser encarada como um mecanismo implementado pelo Toyotismo, que é a apreensão da subjetividade do trabalhador em favor da organização (ANTUNES, 2002).

O acúmulo de atividades, já tratado junto à flexibilização do trabalho, está ligado diretamente à sobrecarga de trabalho. A concentração de atividades que demandem um maior esforço do trabalhador do que usualmente é necessário configura uma sobrecarga de trabalho. Ao serem questionadas sobre o excesso de usuários assistidos as enfermeiras informam que isso é frequente. Em relação ao processo gerencial e de supervisão de outros trabalhadores, essa sobrecarga raramente acontece.

Dal Rosso (2008) aponta que, desde a década de 1990, o processo de acúmulo de atividades no setor público pode ser explicado pela redução de concursos públicos para reposição dos quadros e suprimimento da expansão dos serviços.

A gestão por resultados no trabalho das enfermeiras é real. Existem metas a serem cumpridas: 43,4% avaliam que algumas vezes conseguem cumprir as metas de forma tranquila e que raramente ou nunca se sentem pressionadas para alcançá-las. O cumprimento de metas é um processo subjetivo da intensificação do trabalho que pode existir a partir de pressões interiores ou exteriores para o seu cumprimento. No caso, foi avaliada a pressão exterior (Dal Rosso, 2008).

Em relação ao tempo de descanso durante a jornada de trabalho (Tabela 8), as enfermeiras avaliaram negativamente a disponibilidade do tempo de descanso, sendo que não possuem tranquilidade para fazer uma refeição durante o período diário de trabalho, geralmente de 12 horas. Mais uma evidência do ritmo acelerado de trabalho que enfrentam nos hospitais públicos.

5.1.4 Síndrome objetiva de insegurança de classe

A síndrome objetiva de insegurança de classe está ligada diretamente ao sentimento de instabilidade que o trabalhador passa a ter no seu emprego e trabalho decorrente dos processos de flexibilização e de intensificação do trabalho (ALVES, 2009). São elementos ligados a instabilidade: contratos frágeis de trabalho; incerteza de garantias trabalhistas; flexibilização de salários; reprodução de experiência ligada a processos de educação permanente; segurança e saúde no trabalho; e, por fim, ausência de representação sindical.

Como já visto antes, parte das enfermeiras que atuam nos hospitais públicos não são trabalhadoras efetivas dos mesmos, possuem o seu emprego regulado através de contratos de trabalho que estão ligados diretamente aos hospitais através de: contratos de regime especial de direito administrativo (REDA); contratos mediados pela Fundação Estadual de Saúde da Família; contratos mediados por outras empresas terceirizadas que prestam serviço à Sesab.

São contratos de trabalho frágeis que, diante da situação econômica e financeira do empregador, podem ser desfeitos. Esses tipos de contratos são regidos pela CLT e não garantem estabilidade no emprego, tal qual um servidor estatutário (CORREIA, 2011).

Pode-se observar no Relatório de Gestão da Sesab para o biênio 2012-2014 que havia concurso público planejado para ser realizado, o mesmo não aconteceu. Verde, Bernardo e Büll (2013) trazem que os governos não realizam concurso público, e as trabalhadoras são obrigadas a aceitar os empregos precários sob o risco de ficarem desempregadas. Na prática, todas essas formas de contratações de enfermeiras as colocam em uma condição de terceirizadas dentro do hospital com vínculos de trabalho mais precarizados em relação às estatutárias.

Ainda sobre garantias trabalhistas, fica evidente nos dados que comumente há um desrespeito aos direitos trabalhistas das enfermeiras. A insegurança de ser demitida sem justa causa acompanha as enfermeiras tanto de administração direta quanto indireta. Esse processo de insegurança decorre da desproteção ao trabalhador nas últimas décadas e a perda de estabilidade no emprego, discutida anteriormente (ALVES, 2009).

A insegurança em relação ao salário dar-se pelas formas alternativas de assalariamento como o pagamento de horas extras, abonos e gratificações. No último concurso realizado pela SESAB, em 2008, o vencimento base para enfermeiras era de pouco mais que dois salários mínimos¹⁵. Lembrando que a média salarial líquida das enfermeiras pesquisadas foi de três a quatro salários mínimos, podemos observar que quase 50% da remuneração das enfermeiras é através de formas alternativas de assalariamento. Essas formas alternativas de assalariamento promovem a insegurança da trabalhadora à medida que essas gratificações não são incorporadas ao salário base podendo ser retiradas.

Em relação à educação permanente, as enfermeiras tinham acesso a algum tipo de atividade, sendo que as enfermeiras de administração indireta tinham maior acesso à essa qualificação pelo trabalho que garante uma maior adaptação do trabalhador ao processo de trabalho.

Nota-se uma insatisfação com o trabalho e com a profissão em que algumas vezes não encontram apoio nos colegas de trabalho e na chefia. Ezaias et al. (2010), em seu estudo, apontam que, pelo nível de insatisfação com a profissão, pelo reconhecimento social e pelas condições de trabalho, as enfermeiras estão mais expostas ao adoecimento psíquico, argumento corroborado por Souza et al. (2010).

Nesse sentido as enfermeiras entrevistadas registram afastamentos do trabalho por questões de saúde e acidentes no trabalho. Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) apontam que a precarização social e do trabalho podem provocar o adoecimento dos trabalhadores com registros de esgotamento, transtornos de estresse pós-traumático, depressão e dependência química. O ambiente torna-se inseguro ao trabalhador, ele vive em clima de tensão e alerta permanentes o que leva a desencadear os problemas de saúde já citados.

Silva, Rotenberg e Fischer (2011) verificam que alguns aspectos da precarização do trabalho da enfermeira, como o alongamento da jornada de trabalho e aumento ritmo de trabalho, podem prejudicar a saúde e interferem diretamente na assistência prestada aos usuários.

A crise de representação sindical expressa na baixa filiação das enfermeiras às entidades de classe é um marcador da precarização (Tabela 12). Sem uma organização das trabalhadoras, a precarização tende a aumentar já que não existem mecanismos de resistências. O fortalecimento das entidades sindicais através da organização dos

¹⁵ Salário mínimo à época: R\$ 415,00.

trabalhadores por local de trabalho pode ser um ponto de maior segurança para as enfermeiras.

5.2 PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMEIRA POR TIPO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A reforma administrativa do Estado brasileiro realizada na década de noventa legalizou a flexibilização da administração pública. A partir de então, acontece um fenômeno de desestatização¹⁶ de alguns serviços públicos como o serviço de saúde (AMORIM, 2009).

Os hospitais em que foi realizada esta pesquisa não se mantiveram distantes desse processo sendo que estavam sob formas de administração pública diferentes. Vinte desses hospitais estavam sob administração pública direta, ou seja, eram ligados à gestão da Sesab; e cinco deles estavam sob administração pública indireta, geridos por empresas/organizações sociais prestadoras de serviço à Sesab via contrato de gestão.

Ao analisar as condições de trabalho das enfermeiras na rede da Sesab, surgiu a necessidade de identificar a existência de diferenças significativas nas condições de trabalho dessas mulheres que fossem condicionadas pelo tipo de administração adotada na organização. Segue a discussão dos dados que tiveram significância estatística entre os estratos ou caracterizem esses hospitais.

5.2.1 Aspectos relacionados à organização

Nos dados apresentados na Tabela 2, observa-se que em todos os quesitos a avaliação de disponibilidade, adequação de materiais e equipamentos é melhor nos hospitais sob administração indireta.

Em ambos os tipos de organização, há uma queda de 6% na qualidade do material de consumo em relação à sua disponibilidade. A disponibilidade de equipamento de proteção individual demonstra ser maior nos hospitais sob administração indireta. Sendo que, nos dois tipos de administração, com determinada frequência, esses materiais ficam em falta.

O Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2013), em relatório sobre a situação dos hospitais no Brasil, levanta que em sua maioria das vezes há falta ou insuficiência de insumos

¹⁶ Desestatização: 1) alienação à iniciativa privada de ações de empresas estatais; 2) alienação de direitos sobre bens móveis ou imóveis; 3) transferência para a iniciativa privada da execução de serviços públicos explorados pela união (AMORIM, 2009).

por falhas nos processos de licitação e de centralização dos processos de compra nas Secretarias de Saúde. A disponibilidade de materiais e equipamentos é essencial para evitar a improvisação e adaptações de materiais, ações apontadas como motivadoras do sofrimento psíquico (SOUZA et al., 2010).

Em relação ao local de descanso, a probabilidade dele ser adequado é maior na administração indireta, podendo ser um reflexo da estrutura física do local.

A administração direta, com essa avaliação negativa em relação a materiais, insumos e equipamentos, corrobora outro achado do estudo: a não adequação das condições de trabalho nos hospitais ao perfil de gravidade do usuário sendo mais significativa para a administração direta.

Essa avaliação relacionada a materiais básicos para o funcionamento dos hospitais demonstra uma precarização maior dos hospitais sob administração direta. Essa precarização pode fazer parte do *modus operandi* de sucateamento dos serviços públicos para uma posterior terceirização, ou desestatização dos hospitais como salienta Batista Júnior (2011).

A ergonomia dos mobiliários e os equipamentos do local de trabalho foram avaliados negativamente em ambos os tipos de administração, mas ainda a administração direta apresentou os piores índices. A não adequação ergonômica dos mobiliários e equipamentos poderá expor as enfermeiras a riscos ergonômicos. Pelo seu caráter mediador entre o capital e o trabalho, o Estado estabelece normas regulamentadoras a fim de exigir a adequação ergonômica do ambiente de trabalho na tentativa de preservar a força de trabalho.

Nos dois casos, tanto a administração direta quanto a indireta, não seguiam as regras da ergonomia, segundo a avaliação das entrevistadas. O Estado que deveria fiscalizar se essas normas são cumpridas permite que elas sejam transgredidas dentro do seu âmbito.

Foi verificada a existência de calor, frio, ruído e odor degradável que são, respectivamente, riscos físicos e químicos. O frio foi a única característica que apresentou significância estatística entre os estratos para as condições ambientais, mas não se encontrou algo que justificasse essa significância. As condições físicas do ambiente de trabalho que foram reveladas na pesquisa ratificam a insalubridade existente nos hospitais, não só pelos riscos biológicos inerentes a especificidade do serviço, mas também por diversos tipos de riscos. As enfermeiras que atuam em administração indireta são mais informadas sobre os riscos no seu local de trabalho do que as enfermeiras que atuam na administração direta.

Almeida, Torres e Santos (2012), através de uma revisão de literatura sobre os riscos ocupacionais na atenção básica, também encontram uma multiplicidade de riscos ergonômicos ligados ao serviço de saúde. Para tanto, registram que, quando os trabalhadores

estão cientes dos riscos no ambiente do trabalho, tendem a ser mais cautelosos, favorecendo a segurança no trabalho.

Mas, mesmo que o trabalhador tenha uma atitude de autocuidado e prevenção de acidentes de trabalho, é de responsabilidade dos empregadores, no caso a Sesab e as empresas contratadas, a segurança do trabalhador.

O uso de POP, sendo maior na administração indireta, demonstra que essa mantém características da organização de trabalho influenciada pelo taylorismo que busca a normatização do trabalho e a prescrição das atividades a serem realizadas. Concomitante, na administração indireta, a trabalhadora sinaliza ter mais liberdade no seu trabalho, característica que pode ser ligada a organização toyotista do trabalho que implica em uma sensação de envolvimento com esse, participação em equipe, e tomada de decisão pelo trabalhador, quando na realidade a sua subjetividade está sendo apreendida (RIBEIRO, 2015).

Na tabela 6, fica evidente a pouca participação das enfermeiras na construção das suas escalas de serviço, no entanto revela-se como significativa a diferença entre os estratos, apontando para menor probabilidade de participação das enfermeiras em instituições sob administração indireta. A não participação na construção da escala de trabalho, aliada a não fixação dos turnos de trabalho, interfere diretamente na vida dessas mulheres já que não conseguem organizar a sua jornada de trabalho e, como demonstrado por Freitas (2010), na administração indireta, a organização da jornada de trabalho serve aos interesses do empregador.

O trabalho em saúde, como um trabalho coletivo, é desenvolvido através de um conjunto de trabalhadores com objetivos em comum: atender as necessidades humanas básicas dos usuários de saúde (PEDUZZI, 2001). Para tanto, as enfermeiras afirmam que o trabalho é realizado em equipe nos hospitais onde atuam, entretanto, quando avaliada a tomada de decisão em equipe, apesar de acontecerem, as frequências diminuem.

Logo, pode-se pensar que, quando as enfermeiras se referem ao trabalho realizado em equipe, ele, na realidade, é trabalho realizado em grupo, já que as decisões nem sempre são coletivas, revelando um trabalho parcelar do grupo. É importante salientar que, na administração indireta, há maior possibilidade de trabalho em equipe do que na administração direta.

5.2.2 Aspectos relacionados às enfermeiras

As enfermeiras da administração indireta têm uma maior probabilidade de serem mais jovens do que as enfermeiras da administração indireta. A partir desses dados, pode-se levantar a hipótese de que como as enfermeiras da administração direta, em sua maioria, ingressam no serviço público através de concurso. A absorção é maior de trabalhadoras de mais idade do que na administração indireta.

O fato de, nos hospitais sob administração indireta, existir maior probabilidade de contratos de trabalho via CLT afirma uma condição de insegurança no emprego para as enfermeiras que lá trabalham. Outro dado que corrobora esse achado é a proteção contra demissão injusta que aponta para uma maior desproteção das enfermeiras da administração indireta (Tabela 2), ou seja, uma maior condição de insegurança trabalhista.

Verde, Bernardo e Büll (2013) afirmam que a contratação que não é realizada via Regime Jurídico Único provoca instabilidade no trabalhador e sensação de descontentamento com o trabalho o que pode vir prejudicar a realização de suas atividades.

Em relação à instabilidade no emprego, decorrente da contratação via CLT, observa-se que as enfermeiras da administração indireta em sua maioria não alcançavam mais de 21 anos de trabalho nas unidades hospitalares, tempo próximo à aposentadoria, diferente das enfermeiras de administração direta. Esse fato apresenta similaridades com a rotatividade de trabalhadores terceirizados (CHILLIDA e COCCO, 2004).

Em relação à instabilidade no trabalho das enfermeiras sob administração direta, há maior probabilidade dessas realizarem atividades para as quais não foram qualificadas, assim como também há menores oportunidades de realização de atividade de educação permanentes nos hospitais. Portanto, a polivalência indicadora de intensificação do trabalho é exigida das trabalhadoras de administração direta sem que haja uma educação pelo trabalho para que as mesmas venham realizar essas atividades.

As variáveis relacionadas a tempo de trabalho são as que apresentam posições negativas para a administração indireta. É necessário lembrar que é o tempo de trabalho que determina a quantidade de extração de mais valia (Marx, 2013). As enfermeiras da administração indireta trabalhavam mais do que as de administração direta, sendo que a média salarial era equiparada. Dessa forma, entende-se que o preço da hora trabalhada de uma enfermeira, na administração indireta, é menor que o preço da hora trabalhada em administração direta.

Eram as enfermeiras da administração indireta que tinham maior probabilidade de realizar horas extras de trabalho. Isso significa um alongamento da jornada de trabalho que

resulta novamente em uma maior extração de mais valia (Dal Rosso, 2008). O ritmo de trabalho era mais intenso na administração indireta.

Por fim, em contradição com os dados expostos, as enfermeiras da administração indireta estão mais satisfeitas com seus salários, mesmo sendo mais exploradas que as enfermeiras de administração direta.

Observa-se que, na administração indireta, as características do modelo de organização do trabalho toyotista aparecem mais evidentes do que na administração direta, e se materializam através da maior disponibilidade de tecnologia (insumos e materiais), estimulando uma maior produtividade e maior intensificação do trabalho.

Isso posto, pode-se concluir que as enfermeiras que trabalham nos hospitais de administração indireta podem sofrer um processo de alienação do seu trabalho. Em uma condição de maior exploração a enfermeira ainda se sente satisfeita com o trabalho, demonstrando assim, um envolvimento manipulatório. Essa característica é exposta por Antunes (2013) como sendo um processo de constante alienação do trabalhador e apreensão de sua subjetividade pelo Capital em função do aumento dos lucros.

Os modelos de organização do trabalho nos hospitais do sistema único de saúde da Bahia apresentam suas características de forma conjunta. Portanto, como afirma Chiavegato Filho e Navarro (2013), não há um único modelo de organização do trabalho, mas formas híbridas influenciadas principalmente pelos modelos fordistas, taylorista e toyotista.

6 CONCLUSÕES

O neoliberalismo, enquanto política de Estado, precarizou as condições de trabalho e emprego das enfermeiras que foram estudadas nesta pesquisa. Mas, diante do debate teórico, pode-se perceber que essa não é um caso isolado, é algo que acontece com toda a classe trabalhadora, é estruturante para essa forma que o capitalismo toma na atualidade.

Além de concluir que, a precarização das condições de trabalho da enfermeira nos hospitais do sistema único de saúde da Bahia é uma realidade, a pesquisa chega às conclusões abaixo listadas:

- A condição de ser uma profissão tida como feminina torna a enfermeira mais vulnerável à precarização das condições de trabalho em razão da divisão sexual do trabalho na sociedade capitalista;

- O salário pago as enfermeiras é baixo em relação ao alto grau de escolaridade da categoria; é insuficiente para suas necessidades pessoais e familiares provocando insatisfação salarial;

- As empresas e organizações sociais que gerem os hospitais sob administração indireta pagam um preço menor pela hora de trabalho da enfermeira em relação ao governo do estado;

- As enfermeiras acumulam três jornadas de trabalho, sendo que duas são no ambiente privado e uma no ambiente doméstico. Essas jornadas de trabalho semanalmente somam uma média de 78 horas de trabalho;

- A multiplicidade de vínculos encontrada na rede da Sesab demonstra a necessidade de concurso público com a finalidade de substituir os contratos precários e promover a estabilidade das servidoras;

- É evidente o alongamento da jornada de trabalho nos dois tipos de administração e o uso do banco de horas como mecanismo aparentemente compensatório;

- A intensificação do trabalho das enfermeiras fica evidente através do ritmo de trabalho acelerado, intensa concentração e pouco descanso durante a jornada de 12 horas de trabalho;

- As enfermeiras são afetadas pela síndrome da insegurança de classe;

- O PCCV da Sesab é pouco conhecido entre as trabalhadoras, sendo que quase 80,0% delas têm direito a algum tipo de gratificação através dele já que apresentam um pós-graduação;

- As condições de trabalho ligadas ao ambiente físico e ao provimento de equipamentos, de insumos e de materiais são menos precarizadas nos hospitais sob administração pública indireta, permitindo o aumento da produtividade e a maior extração de mais-valia relativa;

- As condições de trabalho principalmente as que provocam diretamente a produção de mais trabalho, como o alongamento da jornada de trabalho, ficam evidentes nos hospitais sob administração pública indireta, já que são combinados mecanismos tanto que extraem mais valia relativa quanto mais-valia absoluta;

- Os hospitais de administração direta vivenciam um déficit de material, equipamentos e insumos muitas vezes não atendendo ao perfil de gravidade dos usuários que lá estão;

- Em relação à organização do trabalho é como se existissem dois modelos de gestão em choque - um toytista e produtivista ligado à administração pública indireta e outro ainda em moldes de aproximação do toytismo, na administração direta;

- As enfermeiras possuem baixo poder de resistência ao processo de precarização das condições de trabalho por não estarem organizadas coletivamente.

Os objetivos deste estudo foram cumpridos no que cabe descrever as condições de trabalho da enfermeira nos hospitais do sistema único de saúde da Bahia; e verificar as diferenças de proporções nas condições de trabalho das enfermeiras nos hospitais sob diferentes tipos de administração pública.

Os resultados demonstrados alertam para a necessidade de políticas de desprecarização do trabalho em saúde que ultrapassem as mesas permanentes de negociação e impactem a realidade dessas trabalhadoras. Entretanto, na luta de classes as conquistas trabalhistas só são alcançadas através da organização coletivos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, Laís. Trabalho decente, informalidade e precarização do trabalho. In: DAL ROSSO, Sadi; FORTES, José Augusto Abreu Sá (orgs.). **Condições de trabalho no limiar do século XXI**. Brasília: Época;2008. p. 37-55.
- ALMEIDA, Leilane Graziela Nascimento; TORRES, Samatha Coelho; SANTOS, Cristiane Magali Freitas dos Santos. Riscos ocupacionais nos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista Enfermagem contemporânea**, Salvador, v.1, n.1, p. 142-54, dez., 2012. Acessado em 11 de dezembro de 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/51>>. Acessado em: 05 de maio 2014.
- ALMEIDA, E. C. de; TESSUTO, M. C.; SARTORI, N. R.; SILVEIRA, C. A.; PAIVA, S. M. A.; SOLER, Z. A. S. G.. **Riscos ocupacionais: impactos na saúde do trabalhador do calor**. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.112.pdf>>. Acessado em: 11 de dezembro de 2015.
- ALVES, Alvaro Marcel. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 9 n. 1, p.1-13. 2010.
- ALVES, Giovanni. Toyotismo. **Estudos do trabalho**. 2001. Disponível em:<<http://www.estudosdotrabalho.org/artigo-giovanni-alves-toyotismo.pdf>>. Acessado em 05 de maio de 2014.
- _____. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal – Precarização do trabalho e redundância salarial. **Rev. Katál, Florianópolis**, v.12, n.2, p.188-97, jul./dez., 2009.
- _____. A disputa pelo intangível: estratégias gerenciais do capital na era da globalização. In: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo;2014. p. 55-72.
- AMORIM, H. S.. **Terceirização no serviço público: à luz da nova hermenêutica constitucional**. São Paulo: LTr; 2009.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-51. maio/ago. 2004.
- ANTUNES, Ricardo. **ADEUS AO TRABALHO?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 15 ed. São Paulo: Cortez; 2008.
- _____. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Cadernos CRH**. v.1, n.37. 2002. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=128>>. Acessado em: 14 de dezembro de 2015.
- _____. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2.ed. São Paulo: Boitempo; 2013.
- _____. **O Continente do Labor**. São Paulo: Boitempo; 2011.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila; MACHADO, Ana Flávia; ARAÚJO Tânia Maria de. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. **R. Bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, v.29, n.1, 2012. p.-147-67.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.**Relatório Anual de Gestão 2014**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/RAG_2014.pdf>. Acessado em: 20 de dezembro de 2015.
- BAHIA. Secretaria da Administração do Estado da Bahia. Superintendência de recursos humanos. **Novo plano de cargo, carreiras e vencimentos**. Lei 11.373/2009. Disponível em:<<http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/cartilhapccv/>>. Acessado em 13 de fevereiro de 2016.

- BATISTA, AnalíaSoria. Condições de trabalho dos agentes penitenciários do Distrito Federal e de Goiás. In: DAL ROSSO, Sadi; FORTES, José Augusto Abreu Sá (org.). **Condições de trabalho no limiar do século XXI**. Brasília: Época; 2008. p.163-72.
- BATISTA JUNIOR, Francisco. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro: ADUFRJ; 2011. p.36-42.
- BERNARDO, Marcia Hespanhol; NOGUEIRA, Francisco Ronald; BÜLL, Sandra. Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro. n. 63. p. 1-104, 2011.
- BERNARDINO, Mônica T. S. M., BENTO, Paulo E. Reestruturação produtiva, condições de trabalho e saúde no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**. v.10, n.1, p. 19-29, 2002.
- BOURDIEU, P.. A Precariedade está hoje por toda parte. IN: BORDIEU, P..**Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 119-127.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n.º 06** Equipamentos de Proteção Individual. Redação dada pela Portaria da Superintendência de Inspeção do trabalho n.º 292 de 08 dez. 2011. Brasília. 1978a.
- _____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n.º 17** Ergonomia. Redação dada pela Portaria da Superintendência de Inspeção do trabalho n.º 13 de 21 jun. 2007. Brasília. 1978b.
- _____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora n.º 32** Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Redação dada pela Portaria GM n.º1748 de 30 ago. 2011. Brasília. 2005.
- _____.Ministério Do Trabalho e Emprego. **Plano Nacional de Trabalho Decente: Gerar Trabalho Decente para Combater a Pobreza e as Desigualdades Sociais**. Brasília. 2010.
- _____. Instituto brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas**. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf>. Acessado em: 20 de janeiro de 2016.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466** de 12 de dezembro de 2012. Versa sobre a ética na pesquisa com seres humanos. Brasília. 2012.
- _____. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Levantamento – FiscSaúde**. 2013.
- _____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório anual socioeconômico da mulher**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf>.Acessado em: 20 de janeiro de 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.Acessado em abril de 2016.
- BRAVO, Maria Inês Souza;MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões.In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravode. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: ADUFRJ; 2011. p.15-28.
- BRECHT, Bertolt. **Poemas de 1913-1956**. São Paulo: Editora 34; 2000.
- CARNEIRO, Taíze Muritiba. **Condições de trabalho em enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.
- CEZAR, Frederico Goncalves. O processo de elaboração da clt: histórico da consolidação das leis trabalhistas brasileiras em 1943. **Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**. v. 3, n. 07., p. 13-20, 2008.
- CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lúcia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In:

- LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; NAVARRO, Vera Lúcia (orgs.). **O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. Outras Expressões; 2013.
- CHILLIDA, Manuela de Santana; COCCO, Maria Inês de Monteiro. Saúde do trabalhador terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. **Ver. Latino-am Enfermagem**. 12. ed. n.2. 2004. p.271-6. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/v12n2a18.pdf>>. Acessado em: 20 de abril de 2015.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel; Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em dados: quantitativo de profissionais ativos**. Coren-Ba. 2014. Disponível em: <<http://www.coren-ba.com.br/>>. Acessado em: 24 de junho de 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em dados: quantitativo de profissionais ativos**. Coren-Ba. 2015. Disponível em: <<http://www.coren-ba.com.br/>>. Acessado em: 11 de novembro de 2015.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? . In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Cadernos de Saúde**. Rio de Janeiro: ADUFRJ; 2011.p.43-49.
- DAL ROSSO, Sadi. **Mais trabalho!**.A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo; 2008.
- DEDECA, Cláudio Salvadori. Flexibilidade e regulação de um mercado de trabalho precário: a experiência brasileira. In: GUIMARAES, Nadya Araújo; HIRATA, Helena; SUGITA Kurumi (orgs.).**Trabalho flexível, empregos precários?: Uma comparação Brasil, França, Japão**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009.p. 123-142.
- DETONI, Dimas José. **Estratégias de avaliação da qualidade de vida no trabalho: Estudos de Caso em Agroindústrias**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.141 p.
- ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo; 2013.
- EZAIAS, Gabriela Machado; GOUVEA, PollyanaBortholazzi; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; VANNUCHI, Marli Terezinha Oliveira; SARDINHA, Denise da Silva Scaneiro. Síndrome de Burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. **Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.524-529, 2010.
- FERREIRA, Daniela Karina da Silva; BONFIM, Cristine; AUGUSTO,Lia Giraldo da Silva. Condições de trabalho e morbidade referida de policiais militares, Recife-Pe, Brasil.**Saúde Sociedade**, São Paulo, v.21, n.4, p. 989-1000, 2012.
- FERRO, Fernanda Fernandes. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: Uma revisão de literatura**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012.92 p.
- FONSECA, Natália da Rosa. **Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem**. Dissertação. (Mestrado em Saúde, Ambiente e trabalho). Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2009. 91 p. Disponível em: <<http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/872009101840.pdf>>. Acessado em: 06 de junho de 2014.
- FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça, SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Ver. Bras. Saúde ocup**. São Paulo, v. 35, n.122. 2010. p. 229-248. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a06v35n122.pdf>>. Acessado em: 05 de março de 2014.

- FREITAS, A. R. **Aflexibilização dos direitos trabalhistas e a tendência de anualização da jornada de trabalho: banco de horas em debate**. 2010. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/Alessandra_Rodrigues_Freitas_A_Flexibilizacao_direitos_trabalhistas_anualizacao_jornada_trabalho.pdf>. Acessado em: 13 de fevereiro de 2016.
- GALVÃO, Andréia. O neoliberalismo na perspectiva marxista. **Crítica Marxista**, São Paulo, v.27, p.149-56, 2008.
- GONÇALVES, Francisco Gleidson de Azevedo; SOUZA, Norma Valéria Datas de Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner; ADAME, Gabriela Fontes Pessanha Leite; NASCIMENTO, Sonia Maria Pereira do. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 24, n.3. p.646-53, 2015.
- GONÇALVES, Francisco Gleidson de Azevedo; SOUZA, Norma Valéria Datas de Oliveira; PIRES, Ariane da Silva; SANTOS, Déborah Machado dos; D'OLIVEIRA, Camila Arantes Ferreira Brecht; RIBEIRO, Liana Viana. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4 p.519-525, 2014.
- GONÇALVES, Francisco Gleidson de Azevedo; LEITE; SOUZA; SANTOS, Déborah Machado dos. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.7, n.11,p.6352-6359, 2013.
- GURGEL, Cláudio; RIBEIRO, Agatha Justen G. Marxismo e Políticas Públicas. **Comunicação & Política**, v. 29, n. 3, 2011.
- HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.258-265, 2009.
- HOBBSAWM, Eric John. **A era do capital: 1848-1875**. ed.10. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
- HOBBSAWM, Eric John. **Como mudar o mundo: Marx e o Marxismo, 1840-2011**. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION – ILO. **Economic security for a better world**. Geneva, Socio-Economic Security Programme, International Labour Office. 2004.
- KANTORSKI, Luciane Prado. As transformações do mundo do trabalho e a questão da saúde – algumas reflexões preliminares. **Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão preto, v.5, n.2. p. 5-15. 1997.
- KAUR, S.; SHARMA, R.; TALWAR, R.; VERMA, A.; SINGH, S.. A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a Tertiary Hospital in Delhi. **Indian.J. Med. Scienc.**, n. 63, p. 4, 2009.
- KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Mulheres no mundo do trabalho: em busca de um modelo de desenvolvimento inclusivo. In: DAL ROSSO, Sadi; FORTES, José Augusto Abreu Sá (Org.). **Condições de trabalho no limiar do século XXI**. Brasília. Época, 2008. p.71-87.
- LAHOZ, Manoela de Assis. **Indicadores de condições de trabalho: percepção dos atores sociais**. 2012. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção). Centro de ciências exatas, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2012. 109 p.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.4, n.12, p 189-201, 2003.
- MACHADO, Maria Helena. **Questionário de pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. FIOCRUZ. COFEN. 2015.
- MARCONSIN, Cleier; CAETANO, Mira L. M. Neoliberalismo, Reestruturação produtiva e exploração do trabalho: uma ofensiva à saúde como direito. In: BRAVO, Maria Inês Souza; D'Acri, Vanda; MARTINS, Janaína Bilate (orgs.). **Movimentos sociais, saúde e trabalho** ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2010.

- MARX, Karl. **O capital**: crítica à economia política. Livro I: O processo de produção do capital. 31 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2013.
- MARX, Karl. **Trabalho Assalariado e Capital**. 4 ed. São Paulo: Global; 1987. Disponível em: <http://www.pcdob.org.br/documento.php?id_documento_arquivo=188>. Acessado em: 15 de julho de 2012.
- MAURO, Yvone Chaves; PAZ, Andréia Fontes da; MAURO, Carla Christina Chaves; PINHEIRO, Michely Alexandrino de Souza; SILVA, Viviane Gomes. Condições de trabalho da equipe de enfermagem em enfermarias de um hospital universitário. **Anna Nery Rev. Enferm.** ed. 14, v.1, p.13-8, 2010.
- MEDEIROS, Soraya Maria de; ROCHA, Semíramis Melani Melo. Condições sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n.2. 2004. p. 399-409. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20394.pdf>>. Acessado em: 20 de janeiro de 2014.
- MEDRONHO, Roberto Andrade. **Epidemiologia**. ed. 2, São Paulo: Atheneu; 2009.
- MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1990.
- MENEZES, Débora Holanda Leite. A política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais. In: MENEZES, Débora Holanda Leite. **Jornada Nacional de Políticas Públicas**, 5. Maranhão. 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1999.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 30 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
- NASCIMENTO, Elvia Lane Araújo do Nascimento; VIEIRA, Sarita Brazão; CUNHA, Tânia Batista da. Riscos ocupacionais: das metodologias tradicionais à análise das situações de trabalho. **Factal: Revista de Psicologia**, v.22, n.1, p.115-126, 2010.
- NEVES, Bruno Miranda, REIS, Marcela Cristina Moraes; PARANHOS, Michelle Pinto; SILVA, Simone Maria. Dimensões históricas do trabalho. **Rev. Rede de Estudos do Trabalho**, Marília, v. 2, n. 3. 2008.
- NOGUEIRA, Claudia Mazzei. **A feminização no mundo do trabalho**: entre a emancipação e a precarização. Autores Associados, 2004.
- PAULO NETTO, José. Apresentação. ENGELS, Friedrich Engels. In: **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo. Boitempo, 2013.
- PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública** [online].v.35, n.1, p. 103-109, 2001.
- PEREIRA, Mauricio Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006, p. 271-2.
- PINHEIRO, Daniel Rodriguez de Carvalho. **O jogo das cadeiras**: notas introdutórias sobre as mudanças nos processos de trabalho e desemprego organizacional. Tese de doutorado (Doutorado em Sociologia) — Curso de Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000. 380 p..
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de investigação em ciências sociais**. ed. 6, Paris: Gradiva, 2013.
- RIBEIRO, Andressa de Freitas. Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 35, 2015.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. ed. 6, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003, ed. 6, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003, p.149-77.

- ROUQUAYROL, Maria Zélia; BARRETO, Maurício. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. ed. 6, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003, p.83-121.
- SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. Fundação Perseu Abramo; 2004.
- SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-92, 2000.
- SILVA, Doris Marli Petry Paulo da; MARZIALE, Maria Helena Paluci. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, p. 166-72, 2006.
- SILVA, Amanda Aparecida; ROTENBERG, Lúcia; FISCHER, Frida Marina. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1117-26, 2011.
- SILVA, Nair Monteiro da; MUNIZ, Helder Pordeus. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. **Estud. Pesqui, Psicol.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2011.
- SILVA, Rosalina Carvalho da. A Falsa Dicotomia Qualitativo - Quantitativo: Paradigmas que Informam nossas Práticas de Pesquisas. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa** - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP / CAPES. Editora Legis-Summa; 1998.p 159-174.
- SIQUEIRA, L.A. et al. **Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos**. Mini-curso 32ª Reunião Regional da ABE - Associação Brasileira de Estatística, 2001.
- SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; SANTOS, Déborah Machado dos; RAMOS, Érica Lima; ANUNCIACÃO, Caroline Tavares da; THIENGO, Priscila Cristina da Silva; FERNANDES, Marcela Costa; Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v.14, n.2,p.236-243, 2010.
- THÉBAUD-MONY, Annie; DRUCK, Graça. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (orgs). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e ´recarização**. São Paulo: Boitempo; 2012. p. 97-118.
- THIOLLENT, Michel J. M.. **Crítica Metodológica, Investigação Social & Enquete Operária**.5 ed. São Paulo: Polis; 1987.
- VERDE, Fábio Frazatto; BERNARDO Márcia Hespanhol; BÜLL, Sandra. Trabalho e precarização na saúde pública. **ECOS**, v.3, n.1, p.18-31, 2013.
- VIANEY, Edilene Lima; BRASILEIRO, Marislei Espíndula. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 56, n. 5, p. 555-557, 2003.
- WADA, K.; ARIMATSU, M.; YOSHIKAWA, T.; ODA, S.; TANIGUCHI, H.; HIGASHI, H.; AIZAWA, Y.; KAWASHIMA, M. Physician job satisfaction and working conditions in Japan. **J. Occup. Health**, n. 51, p. 261-266, 2009.
- WALLACE, J. E.; LEMAIRE, J. B.; GHALI, W. A. Physician wellness: a missing quality indicator. **Lancet**, n. 374, p. 1714-21, 2009.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada(o),

Meu nome é Cristina Maria Meira de Melo, sou enfermeira e professora da Escola de Enfermagem da UFBA. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada Análise do Processo de Trabalho em Enfermagem no SUS/BA. O objetivo geral da pesquisa é analisar o processo de trabalho em enfermagem no SUS/Bahia. Inicialmente agradeço a sua concordância em participar dessa pesquisa. Sua participação é fundamental para alcançar os objetivos e resultados da pesquisa. O material respondido poderá ser devolvido via correio ou e-mail.

Garanto que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução desta pesquisa, com garantia do sigilo das respostas. Você terá acesso às informações caso as solicite. Asseguro que você será informada(o) quanto aos procedimentos e benefícios do estudo, sendo esclarecidas possíveis dúvidas que possam ocorrer. Além disso, você tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo para você. Solicito a sua colaboração para que nos envie o material respondido de volta em um tempo máximo de 30 dias. Para qualquer contato conosco informo-lhe meu nome, telefone, endereço postal e endereço eletrônico:

Cristina Maria Meira de Melo

Escola de Enfermagem da UFBA

Rua Basílio da Gama, S/N

Campus Universitário do Canela, Salvador, Bahia, CEP: 40110-907

Telefone: (71) 32837623

Endereço eletrônico: cmmelo@uol.com.br

Dados do Comitê de Ética ao qual foi submetido o projeto (endereço e telefone)

Coletador de dados

Participante (Cod. Identificação)

Pesquisador responsável

ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE COLETA



PESQUISA: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NO SUS BAHIA
Instrumento de Coleta de Dados

NÃO preencher

Categoria profissional neste trabalho: 1() Enfermeira(o) 2() Técnica(o) 3() Auxiliar Enfermeira coordenadora? 1() Sim 2() Não Nome do Entrevistador: _____	N. do Formulário: _____ Código do Coletador: _____
Local da Pesquisa: _____	Código do Local: _____
Data da Entrevista: ____/____/____	Início: _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Idade: ____ anos	2. Data de Nascimento: 1() ____/____/____ 2() Não respondeu
3. Sexo:	1() Feminino 2() Masculino
4. Qual a sua escolaridade? * Registrar o maior grau	1() Primeiro grau incompleto 6() Especialização 2() Primeiro grau completo 7() Residência 3() Segundo grau completo 8() Mestrado 4() Superior incompleto 9() Doutorado 5() Superior completo
5. Qual a sua situação conjugal?	1() Casada(o) ou possui companheiro(a) 2() Solteira 3() Separada(o) ou Divorciada(o) 4() Viúva
6. Você tem filhos(as)?	1() Não 2() Um 3() Dois 4() Três 5() Quatro ou mais
7. Além de você, quantas pessoas dependem da sua renda?	1() Nenhuma 2() Uma 3() Duas 4() Três 5() Quatro ou mais
8. De que raça/cor você se considera?	1() Branca 2() Preta 3() Parda 4() Amarela (de origem asiática) 5() Indígena 6() recusou-se a responder 7() Não sabe
9. Há quantos anos você trabalha nesta profissão?	_____ anos.

II. INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS VÍNCULOS DE TRABALHO (excluir este vínculo de trabalho)

10. Você possui outro vínculo de trabalho?	1() Sim 2() Não * Se Não, seguir para a questão 13.
11. Quantos vínculos?	_____ vínculos.
12. Qual é a sua jornada de trabalho total no(s) outro(s) vínculo(s)?	_____ horas.

III. INFORMAÇÕES SOBRE ESTE TRABALHO

13. Em que mês e ano você entrou neste local de trabalho?	____/____/____
14. Você trabalha em um setor fixo?	1() Sim 2() Não * Se Não, seguir para a questão 16.
15. Qual setor?	_____
16. Qual o seu turno de trabalho?	1() Matutino 2() Vespertino 3() Diurno 4() Noturno 5() Misto 1() Turno fixo 2() Turno rotativo
17. Como sua jornada de trabalho é cumprida?	_____
18. Qual é sua jornada de trabalho semanal neste estabelecimento?	1() 30h 2() 36h 3() 40h 4() 44h 5() Outra
19. Qual é sua jornada de trabalho diário predominante neste estabelecimento?	1() 6h 2() 8h 3() 12h 4() 24h
20. Como você é remunerada(o) pela hora extra e/ou dobras? * Admitir-se mais de uma resposta	1() Dinheiro 2() Banco de horas 3() Não se aplica

21. É comum ser chamada(o) para cobrir o serviço fora da sua escala?	1() Sim 2() Não
22. Qual o seu vínculo nesta organização?	1() Estatutário 2() REDA 3() FESF 4() CLT 5() Outro: _____ <i>*Quando existir outro tipo, anote-o</i>

IV. INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

Para as afirmativas a seguir, escolha a alternativa que represente melhor sua resposta de acordo com a escala:

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5
23. Neste trabalho, você tem tempo para interação com o paciente. <small>(Interação = relação de proximidade em que, muitas vezes, os trabalhadores possuem um simples conhecimento sobre o paciente, seu contexto familiar e seu processo de saúde/doença)</small>				
1	2	3	4	5
24. Neste trabalho, você é responsável por mais pacientes do que consegue assistir.				
1	2	3	4	5
25. Neste trabalho é sempre possível para você participar da tomada de decisões com outros trabalhadores sobre as atividades que devem ser executadas.				
1	2	3	4	5
26. Você executa seu trabalho em conjunto com outros trabalhadores (médicos, enfermeiras, auxiliares, técnicas, outros).				
1	2	3	4	5
27. As condições de trabalho no serviço onde você atua são adequadas para atender ao perfil de gravidade do paciente.				
1	2	3	4	5
28. Neste trabalho é sempre possível saber o resultado da assistência prestada ao paciente.				
1	2	3	4	5
29. Neste trabalho, você utiliza protocolos operacionais (POP).				
1	2	3	4	5
30. Neste trabalho são disponibilizados equipamentos adequados para executar suas atividades.				
1	2	3	4	5
31. Neste trabalho são disponibilizados materiais de consumo para executar suas atividades.				
1	2	3	4	5
32. Neste trabalho são disponibilizados materiais de consumo adequados para executar suas atividades.				
1	2	3	4	5
33. Suas atividades exigem que você faça adaptações ou improvisos para substituir os recursos não disponíveis.				
1	2	3	4	5
34. Neste trabalho, você tem sob sua responsabilidade a supervisão de mais trabalhadoras(es) do que é capaz. <i>* deve ser aplicada apenas para enfermeiras(os)</i>				
1	2	3	4	5
35. Neste trabalho é possível participar de reuniões para organização das atividades.				
1	2	3	4	5
36. Neste trabalho sua escala mensal é modificada sem sua prévia concordância.				
1	2	3	4	5
37. Neste trabalho você participa das decisões para elaboração da escala mensal.				
1	2	3	4	5
38. Neste trabalho suas tarefas são interrompidas antes que você possa concluí-las.				
1	2	3	4	5
39. Durante sua jornada de trabalho é possível parar e se alimentar com tranquilidade.				
1	2	3	4	5
40. Neste trabalho, você faz dobras no serviço.				
1	2	3	4	5
41. Neste trabalho, você faz hora extra.				
1	2	3	4	5
42. Neste trabalho, você pode quebrar regras do serviço para atender uma necessidade do paciente.				
1	2	3	4	5
43. Neste trabalho, você não sofre retaliação quando quebra regras do serviço para atender uma necessidade do paciente.				
1	2	3	4	5

44. Que tipo de atividade predomina na sua jornada de trabalho? **Admite-se apenas a escolha de uma alternativa.*

1() Assistencial 2() Administrativa 3() Outra _____

45. Liste as cinco (05) principais atividades que você exerce com mais frequência neste trabalho.

V. INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO

46. Sobre o seu ritmo de trabalho dê uma nota entre 0 e 5 de acordo com as seguintes características:

46.1 Gestos repetitivos	Inexistente	0	1	2	3	4	Muito frequente	5
46.2 Ritmo de trabalho	Lento	0	1	2	3	4	Muito Acelerado	5
46.3 Pressão de tempo	Inexistente	0	1	2	3	4	Insuportável	5
46.4 Pausa para descansar	Nunca	0	1	2	3	4	Sempre que precisa	5
47. No seu ambiente físico de trabalho você tem sensação predominante de: <i>*Admíte-se mais de uma resposta.</i>	1() Frio 4() Poeira 6() Ruído 8() Outra: _____	2() Calor 5() Odor desagradável 7() Nenhuma	3() Umidade					
48. No seu turno de trabalho noturno, quanto tempo é possível descansar? <i>* Somente para quem trabalha no turno noturno</i>	1() ____ horas ____ minutos 2() Não se aplica							
49. Neste trabalho existe lugar exclusivo para o seu descanso?	1() Sim 2() Não							
50. Neste trabalho, o local onde você descansa é:	1() Adequado 2() Inadequado 3() Muito Inadequado							
51. Neste trabalho existe conflito entre você e outros trabalhadores? (Conflito = Embate, confronto, tensão, motivos contraditórios, competição consciente, incompatibilidade entre valores)	1() Sim 2() Não <i>*Se Não, seguir para questão 54.</i>							
52. Liste 03(três) categorias de trabalhadores com quem você entra em conflito. <i>* Pode-se aceitar menos que 3 trabalhadores.</i>	_____ _____ _____							
53. Este conflito prejudica a execução das suas atividades?	1() Sim 2() Não							
54. Em seu ambiente de trabalho qual tipo de discriminação você sofre ou já sofreu? <i>*Se a resposta for Nenhuma, seguir para questão 56.</i> <i>*Admíte-se mais de uma resposta</i>	1() Gênero 2() Orientação sexual 3() Cor/Raça 4() Peso 5() Idade 6() Social 7() Pessoa com deficiência 8() Limitação física 9() Tipo de vínculo neste trabalho 10() Tempo de serviço 11() Outro _____ 12() Nenhuma							
55. Por quem?	_____							
56. Em seu ambiente de trabalho qual tipo de violência você sofre ou já sofreu? <i>*Se a resposta for Nenhuma, seguir para questão 58.</i> <i>*Admíte-se mais de uma resposta</i>	1() Física 2() Psicológica 3() Sexual 4() Moral 5() Outro _____ 6() Nenhuma							
57. Por quem? <i>*Admíte-se mais de uma resposta.</i>	1() Paciente 2() Familiar do paciente 3() Chefia imediata 4() Colega da mesma categoria profissional 5() Colega de outra categoria profissional 6() Outro: _____							
58. Você está satisfeita(o) com seu salário?	1() Muito satisfeita(o) 2() Satisfeita(o) 3() Pouco satisfeita(o) 4() Insatisfeita(o) 5() Muito insatisfeita(o)							
59. Neste trabalho existe plano de cargos, carreiras e vencimentos?	1() Sim 2() Não 3() Não sabe <i>*Se Não, seguir para questão 61.</i>							
60. Você já foi beneficiada(o) por este plano?	1() Sim 2() Não 3() Não sabe							
61. Você se considera protegida(o) contra demissão injusta?	1() Sim 2() Não							
62. Você recomendaria sua profissão (não este trabalho) a uma(um) amiga(o)?	1() Sim 2() Não 3() Não sabe							

63. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você pensou em abandonar sua profissão (não este trabalho)?	1() Nunca 2() Algumas vezes por ano 3() Algumas vezes por mês 4() Algumas vezes por semana 5() Todos os dias
64. Você aceitaria este trabalho novamente?	1() Sim 2() Não 3() Não sabe
65. Você é afiliada(o) a qual entidade de trabalhador? <i>*Admite-se mais de uma resposta.</i>	1() Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (SEEB) 2() Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) 3() Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ANATEN) 4() Sindicato dos Trabalhadores e em Saúde/SinSaúde-público 5() Sindicato dos Trabalhadores e em Saúde/SinSaúde-privado 6() Associação profissional por especialidade 7() NDA 8() Não sabe
66. Você sofreu algum acidente de trabalho nos últimos 6 meses?	1() Sim 2() Não
67. No último ano você se afastou deste trabalho por razão de saúde?	1() Sim 2() Não <i>* Se Não, seguir para questão 69.</i>
68. Qual o motivo?	

Para as afirmativas a seguir, escolha a alternativa que represente melhor sua resposta de acordo com a escala:

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	
1	2	3	4	5	
69. Seu trabalho exige mais do que você pode fazer.	1	2	3	4	5
70. Seu trabalho permite o desenvolvimento de suas atividades e o alcance das metas de modo tranquilo.	1	2	3	4	5
71. Seu trabalho exige intensa concentração no desenvolvimento das tarefas por longo período de tempo.	1	2	3	4	5
72. Seu trabalho neste lugar lhe satisfaz.	1	2	3	4	5
73. Neste trabalho, você se sente informada(o) sobre os riscos a que está exposta(o) no desenvolvimento de suas atividades.	1	2	3	4	5
74. Neste trabalho são disponibilizados EPI (luvas, capas, máscaras, óculos, dentre outros).	1	2	3	4	5
75. Neste trabalho os equipamentos e mobiliários são ergonomicamente adequados.	1	2	3	4	5
76. Neste trabalho seus direitos trabalhistas são respeitados.	1	2	3	4	5
77. Neste trabalho as expectativas de promoção estão de acordo com seu desempenho. (Promoção = É tudo aquilo que faz você ascender na carreira neste local de trabalho)	1	2	3	4	5
78. Neste trabalho você faz atividades que não são da sua atribuição.	1	2	3	4	5
79. Neste trabalho você faz atividades para as quais não foi qualificada(o).	1	2	3	4	5
80. Neste trabalho você assume múltiplas atribuições porque é frequente a escassez de pessoal.	1	2	3	4	5
81. Neste trabalho você se sente pressionada pela chefia imediata no cumprimento das tarefas.	1	2	3	4	5
82. Neste trabalho você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas.	1	2	3	4	5
83. Neste trabalho você já foi constrangida(o).	1	2	3	4	5
84. Neste trabalho você faz muitas coisas com as quais não concorda.	1	2	3	4	5
85. Neste trabalho as pessoas com quem você trabalha interessam-se pelo seu bem-estar.	1	2	3	4	5
86. Sua(seu) chefe imediata(o) preocupa-se com o bem-estar dos seus subordinados.	1	2	3	4	5
87. Neste trabalho existe possibilidade de participar de atividades de educação permanente.	1	2	3	4	5
88. Você se sente reconhecida(o) socialmente pelo trabalho que faz.	1	2	3	4	5
89. Você se sente segura(o) para planejar seu futuro profissional.	1	2	3	4	5
90. Você utiliza seu tempo de folga para atender demandas do seu trabalho.	1	2	3	4	5

VI. INFORMAÇÕES SOBRE ATIVIDADES DOMÉSTICAS	
91. Quantas pessoas moram na sua casa contando com você?	_____ pessoas.
92. Em sua casa você utiliza serviço de diarista ou empregada doméstica?	1() Sim 2() Não
93. Nos últimos sete dias, quantas horas aproximadamente você se dedicou ao trabalho doméstico (sem incluir o dia da entrevista)?	_____ horas por semana

VII. INFORMAÇÃO SALARIAL	
94. Considerando seu recebimento líquido neste trabalho, em qual faixa salarial você se inclui, com base no mês passado? (SM = salário mínimo R\$ 788,00)	1() R\$ 788,00 até R\$ 1.576,00 2() Acima de R\$ 1.576,00 até R\$ 2.364,00 3() Acima de R\$ 2.364,00 até R\$ 3.152,00 4() Acima de R\$ 3.152,00 até R\$ 3.940,00 5() Acima de R\$ 3.940,00 até R\$ 7.880,00 6() Acima de R\$ 7.880,00 7() Recusou-se a responder
95. Você considera que o seu salário neste trabalho é suficiente para suas necessidades pessoais e familiares?	1() Sim 2() Não
96. Você gostaria de acrescentar mais alguma informação que considera importante sobre o seu processo de trabalho?	1() Sim 2() Não

Término: _____

AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO 3 – NORMA REGULAMENTADORA Nº17

NR 17 - Ergonomia

17.1. Esta Norma Regulamentadora visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.

17.1.1. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho.

17.1.2. Para avaliar a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho, devendo a mesma abordar, no mínimo, as condições de trabalho, conforme estabelecido nesta Norma Regulamentadora.

17.2. Levantamento, transporte e descarga individual de materiais.

17.2.1. Para efeito desta Norma Regulamentadora:

17.2.1.1. Transporte manual de cargas designa todo transporte no qual o peso da carga é suportado inteiramente por um só trabalhador, compreendendo o levantamento e a deposição da carga.

17.2.1.2. Transporte manual regular de cargas designa toda atividade realizada de maneira contínua ou que inclua, mesmo de forma descontínua, o transporte manual de cargas.

17.2.1.3. Trabalhador jovem designa todo trabalhador com idade inferior a 18 (dezoito) anos e maior de 14 (quatorze) anos.

17.2.2. Não deverá ser exigido nem admitido o transporte manual de cargas, por um trabalhador cujo peso seja suscetível de comprometer sua saúde ou sua segurança.

17.2.3. Todo trabalhador designado para o transporte manual regular de cargas, que não as leves, deve receber treinamento ou instruções satisfatórias quanto aos métodos de trabalho que deverá utilizar, com vistas a salvaguardar sua saúde e prevenir acidentes.

17.2.4. Com vistas a limitar ou facilitar o transporte manual de cargas, deverão ser usados meios técnicos apropriados.

17.2.5. Quando mulheres e trabalhadores jovens forem designados para o transporte manual de cargas, o peso máximo destas cargas deverá ser nitidamente inferior àquele admitido para os homens, para não comprometer a sua saúde ou a sua segurança.

17.2.6. O transporte e a descarga de materiais feitos por impulsão ou tração de vagonetes sobre trilhos, carros de mão ou qualquer outro aparelho mecânico deverão ser executados de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou a sua segurança.

17.2.7. O trabalho de levantamento de material feito com equipamento mecânico de ação manual deverá ser executado de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou a sua segurança.

17.3. Mobiliário dos postos de trabalho.

17.3.1. Sempre que o trabalho puder ser executado na posição sentada, o posto de trabalho deve ser planejado ou adaptado para esta posição.

17.3.2. Para trabalho manual sentado ou que tenha de ser feito em pé, as bancadas, mesas, escrivaninhas e os painéis devem proporcionar ao trabalhador condições de boa postura, visualização e operação e devem atender aos seguintes requisitos mínimos:

- a) ter altura e características da superfície de trabalho compatíveis com o tipo de atividade, com a distância requerida dos olhos ao campo de trabalho e com a altura do assento;
- b) ter área de trabalho de fácil alcance e visualização pelo trabalhador;
- c) ter características dimensionais que possibilitem posicionamento e movimentação adequados dos segmentos corporais.

17.3.2.1. Para trabalho que necessite também da utilização dos pés, além dos requisitos estabelecidos no subitem 17.3.2, os pedais e demais comandos para acionamento pelos pés devem ter posicionamento e dimensões que possibilitem fácil alcance, bem como ângulos adequados entre as diversas partes do corpo do trabalhador, em função das características e peculiaridades do trabalho a ser executado.

17.3.3. Os assentos utilizados nos postos de trabalho devem atender aos seguintes requisitos mínimos de conforto:

- a) altura ajustável à estatura do trabalhador e à natureza da função exercida;
- b) características de pouca ou nenhuma conformação na base do assento;
- c) borda frontal arredondada;
- d) encosto com forma levemente adaptada ao corpo para proteção da região lombar.

17.3.4. Para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados sentados, a partir da análise ergonômica do trabalho, poderá ser exigido suporte para os pés, que se adapte ao comprimento da perna do trabalhador.

17.3.5. Para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados de pé, devem ser colocados assentos para descanso em locais em que possam ser utilizados por todos os trabalhadores durante as pausas.

17.4. Equipamentos dos postos de trabalho.

17.4.1. Todos os equipamentos que compõem um posto de trabalho devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.4.2. Nas atividades que envolvam leitura de documentos para digitação, datilografia ou mecanografia deve:

- a) ser fornecido suporte adequado para documentos que possa ser ajustado proporcionando boa postura, visualização e operação, evitando movimentação frequente do pescoço e fadiga visual;
- b) ser utilizado documento de fácil legibilidade sempre que possível, sendo vedada a utilização do papel brilhante, ou de qualquer outro tipo que provoque ofuscamento.

17.4.3. Os equipamentos utilizados no processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo devem observar o seguinte:

- a) condições de mobilidade suficientes para permitir o ajuste da tela do equipamento à iluminação do ambiente, protegendo-a contra reflexos, e proporcionar corretos ângulos de visibilidade ao trabalhador;
- b) o teclado deve ser independente e ter mobilidade, permitindo ao trabalhador ajustá-lo de acordo com as tarefas a serem executadas;
- c) a tela, o teclado e o suporte para documentos devem ser colocados de maneira que as distâncias olho-tela, olhoteclado e olho-documento sejam aproximadamente iguais;
- d) serem posicionados em superfícies de trabalho com altura ajustável.

17.4.3.1. Quando os equipamentos de processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo forem utilizados eventualmente poderão ser dispensadas as exigências previstas no subitem 17.4.3, observada a natureza das tarefas executadas e levando-se em conta a análise ergonômica do trabalho.

17.5. Condições ambientais de trabalho.

17.5.1. As condições ambientais de trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.5.2. Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constantes, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre outros, são recomendadas as seguintes condições de conforto:

- a) níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO;
- b) índice de temperatura efetiva entre 20°C (vinte) e 23°C (vinte e três graus centígrados);
- c) velocidade do ar não superior a 0,75m/s;
- d) umidade relativa do ar não inferior a 40 (quarenta) por cento.

17.5.2.1. Para as atividades que possuam as características definidas no subitem 17.5.2, mas não apresentam equivalência ou correlação com aquelas relacionadas na NBR 10152, o nível de ruído aceitável para efeito de conforto será de até 65 dB (A) e a curva de avaliação de ruído (NC) de valor não superior a 60 dB.

17.5.2.2. Os parâmetros previstos no subitem 17.5.2 devem ser medidos nos postos de trabalho, sendo os níveis de ruído determinados próximos à zona auditiva e as demais variáveis na altura do tórax do trabalhador.

17.5.3. Em todos os locais de trabalho deve haver iluminação adequada, natural ou artificial, geral ou suplementar, apropriada à natureza da atividade.

17.5.3.1. A iluminação geral deve ser uniformemente distribuída e difusa.

17.5.3.2. A iluminação geral ou suplementar deve ser projetada e instalada de forma a evitar ofuscamento, reflexos incômodos, sombras e contrastes excessivos.

17.5.3.3. Os níveis mínimos de iluminamento a serem observados nos locais de trabalho são os valores de iluminâncias estabelecidos na NBR 5413, norma brasileira registrada no INMETRO.

17.5.3.4. A medição dos níveis de iluminamento previstos no subitem deve ser feita no campo de trabalho onde se realiza a tarefa visual, utilizando-se de luxímetro com fotocélula corrigida para a sensibilidade do olho humano e em função do ângulo de incidência.

17.5.3.5. Quando não puder ser definido o campo de trabalho previsto no subitem, este será um plano horizontal a 0,75m (setenta e cinco centímetros) do piso.

17.6. Organização do trabalho.

17.6.1. A organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.6.2. A organização do trabalho, para efeito desta NR, deve levar em consideração, no mínimo:

- a) as normas de produção;
- b) o modo operatório;
- c) a exigência de tempo;
- d) a determinação do conteúdo de tempo; e) o ritmo de trabalho;
- f) o conteúdo das tarefas.

17.6.3. Nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, e a partir da análise ergonômica do trabalho, deve ser observado o seguinte:

a) todo e qualquer sistema de avaliação de desempenho para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie deve levar em consideração as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores;

b) devem ser incluídas pausas para descanso;

c) quando do retorno do trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigentes na época anterior ao afastamento.

17.6.4. Nas atividades de processamento eletrônico de dados, deve-se, salvo o disposto em convenções e acordos coletivos de trabalho, observar o seguinte:

a) o empregador não deve promover qualquer sistema de avaliação dos trabalhadores envolvidos nas atividades de digitação, baseado no número individual de toques sobre o teclado, inclusive o automatizado, para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie;

b) o número máximo de toques reais exigidos pelo empregador não deve ser superior a 8 (oito) mil por hora trabalhada, sendo considerado toque real, para efeito desta NR, cada movimento de pressão sobre o teclado;

c) o tempo efetivo de trabalho de entrada de dados não deve exceder o limite máximo de 5 (cinco) horas, sendo que, no período de tempo restante da jornada, o trabalhador poderá exercer outras atividades, observado o disposto no art. 468 da Consolidação das Leis do Trabalho, desde que não exijam movimentos repetitivos, nem esforço visual;

d) nas atividades de entrada de dados deve haver, no mínimo, uma pausa de 10 (dez) minutos para cada 50 (cinquenta) minutos trabalhados, não deduzidos da jornada normal de trabalho;

e) quando do retorno ao trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção em relação ao número de toques deverá ser iniciado em níveis inferiores do máximo estabelecido na alínea "b" e ser ampliada progressivamente.

ANEXO 4 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NO SUS/BAHIA

Pesquisador: CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17813413.0.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.772

Data da Relatoria: 04/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa coordenado pela Professora Cristina Melo e está candidato ao PPSUS, envolvendo em sua equipe docentes de cursos de Pós Graduação, e profissionais de saúde. É estudo exploratório que aborda aspectos relacionados à organização. Terá como participantes as 3.329 trabalhadoras de enfermagem do SUS do Estado da Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo geral é analisar o processo de trabalho em enfermagem na rede de serviços do SUS no estado da Bahia.

Objetivo Secundário: Como objetivos específicos delimitam-se: Analisar o estado da arte da produção do conhecimento nacional e internacional sobre o processo de trabalho em enfermagem. Fazer a caracterização sociodemográfica e profissional das trabalhadoras em enfermagem no SUS/Bahia. Caracterizar o processo de trabalho das trabalhadoras em enfermagem. Caracterizar as condições de trabalho em enfermagem. Avaliar o grau de satisfação das trabalhadoras estatutárias com o Plano de Cargos e Vencimentos (PCCV) no SUS/Bahia

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: As autoras inicialmente afirmam que há risco na participação das trabalhadoras(ores)no grupo de discussão ou na resposta ao questionário online. Cada participante do grupo focal será

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

David Fante Passos

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 398.772

única no seu município. O único desconforto possível poderá ser de ordem pessoal/emocional na discussão sobre o processo de trabalho e suas condições, dado que o mundo do trabalho produz sofrimento para os trabalhadores.

Benefícios: As diferentes dimensões do trabalho em enfermagem precisam ser compreendidas e seu sentido aprofundado, para que possam ser reveladas na prática profissional. O trabalho da auxiliar e da técnica de enfermagem é ainda menos estudado que o trabalho da enfermeira, mesmo que este grupo de trabalhadoras seja numericamente o mais expressivo do campo da saúde, com 1.159.285 milhões de profissionais com inscrição no Conselho Federal de Enfermagem em 2010. Na Bahia, as trabalhadoras do campo da enfermagem estão assim distribuídas: 15.401 enfermeiras; 36.234 técnicas de enfermagem e 25.640 auxiliares de enfermagem. As trabalhadoras da enfermagem compõem mais de 60% da força de trabalho no setor saúde no Brasil. No entanto, este campo profissional é invisível no processo de trabalho em saúde, dado aos fatores históricos e econômicos que o mantêm como campo de trabalho com baixo valor social e econômico. O estudo do trabalho em enfermagem pode também contribuir para valorizar estas profissões, dando visibilidade ao serviço prestado à população. Vale destacar que a maior parte das trabalhadoras em enfermagem atua no Sistema Único de Saúde, seu maior empregador no país. A relevância do estudo sobre o maior contingente da força de trabalho na saúde e como o conhecimento produzido pode ser aplicado para o aprimoramento da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS. Para as trabalhadoras(ores) participantes os benefícios serão contribuir para a produção do conhecimento sobre o trabalho na sua profissão. Além disso os resultados da pesquisa serão apresentados aos gestores do SUS estadual e poderão contribuir com a reorganização do trabalho no SUS bem como na formulação e reorientação de políticas na gestão do trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante sobre a atenção à saúde, à estruturação dos serviços de saúde e a gestão do processo de trabalho e contribui com informações sobre causalidade. Pretende avaliar qualitativamente o grau de satisfação das trabalhadoras do SUS no Estado da Bahia em relação ao plano de cargo, carreira e vencimento da secretaria da saúde. Serão participantes: enfermeiras, técnicas(os) e /auxiliares de enfermagem que trabalhem no SUS estadual há pelo menos 1 ano; com diferentes formas de vínculo com a Sesab; residente no município polo da Macrorregião e que aceitem participar do Grupo mediante a assinatura do TCLE. A relevância do estudo se dá sobre o maior contingente da força de trabalho na saúde e a forma como o conhecimento produzido pode

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Quirina Santa Rosa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 398.772

ser aplicado para o aprimoramento da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora apresentou todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer emitido ad referendum pelo Coordenador do CEP devendo ser apreciado na próxima reunião do CEP.

SALVADOR, 18 de Setembro de 2013

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinador por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br