



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIA NAVEGANTES DA SILVA

PROCESSO DE TRABALHO DE TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM
EM HOSPITAIS PÚBLICOS

SALVADOR

2019

MARIA NAVEGANTES DA SILVA

**PROCESSO DE TRABALHO DE TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM
EM HOSPITAIS PÚBLICOS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde e linha de pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo

Co-orientadora: Profa. Dra. Tatiane Araújo dos Santos

SALVADOR

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SILVA, MARIA NAVEGANTES DA
PROCESSO DE TRABALHO DE TÉCNICAS E AUXILIARES EM
ENFERMAGEM EM HOSPITAIS PÚBLICOS / MARIA NAVEGANTES DA
SILVA. -- SALVADOR, 2018.
101 f.

Orientadora: CRISTINA MARIA MEIRA MELO.
Coorientadora: TATIANE ARAÚJO DOS SANTOS.
Dissertação (Mestrado - MESTRADO EM ENFERMAGEM) --
Universidade Federal da Bahia, ESCOLA DE ENFERMAGEM,
2018.

1. PROCESSO DE TRABALHO. 2. TÉCNICA EM ENFERMAGEM.
3. AUXILIAR DE ENFERMAGEM. 4. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.
I. MELO, CRISTINA MARIA MEIRA. II. SANTOS, TATIANE
ARAÚJO DOS. III. Título.

MARIA NAVEGANTES DA SILVA

**PROCESSO DE TRABALHO DE TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM
EM HOSPITAIS PÚBLICOS**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde e linha de pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 30 de Novembro de 2018.

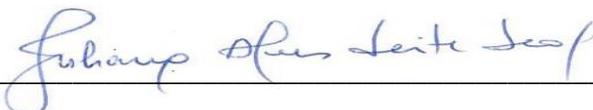
BANCA EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo



Doutora em Saúde Pública Pela Universidade de São Paulo, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Juliana Alves Leite Leal



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Professora da Escola de Enfermagem Universidade Estadual de Feira de Santana.

Claudia Geovana da Silva Pires



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira

Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

DEDICATÓRIA

À Bento que na inocência nada cobrou pela minha ausência, apenas sorria ao me ver, sempre.

Às mulheres fortes que encontrei no trabalho e na vida que me inspiram pelo exemplo.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste relatório de pesquisa esta para além do encerramento de um ciclo acadêmico, mas sim uma chance que a vida me deu de superar limites físicos, emocionais e intelectuais (se é que os tinha). O sentimento mais latente que há em mim é a gratidão, não há outra forma de expressão aos que me apoiaram neste grande desafio, senão agradecendo:

A divindade que há em mim e aos encantados que me protegem, dão força e inspiração em tudo que faço e a todo momento.

A meu filho, que trouxe consigo tanta luz e energia, me enchendo de mais amor, gratidão, fortaleza e lucidez.

A minha família, pais, irmãs, sobrinhas (os), tias e primos e a nova família que construí, por entenderem a minha ausência em tantos momentos e apoiarem minhas escolhas ainda que nem sempre compreendessem a importância delas.

As minhas amigas queridas, pelo companheirismo, compreensão e incentivo.

A minha querida psicanalista e amiga Rosangela Matos, nossos encontros são como lastro de lucidez em minha vida, reverberam em cada momento de minha existência.

A Cristina Melo, pelo importante apoio nas atividades do mestrado durante minha gravidez e pela partilha da sua expertise de forma inspiradora, me ajudando a sair do lugar comum e ressignificando meu trabalho.

A Tatiane Araujo, pela co-orientação desde sempre, sua escuta atenta e disponibilidade de todas as horas, é um exemplo para seguir.

Ao grupo “Orientandos de CM”, pela acolhida sem mimimi, amizade sincera e despachada, e as melhores risadas que alguém pode dar.

Ao grupo de pesquisa Gerir, cujos encontros são enriquecedores, cheios de aprendizados.

A amiga de vários momentos, Tatiane Florentino, que foi incentivadora desde início do mestrado e é até hoje, pelas ricas trocas e boas parcerias feitas e as que estão por vir.

As companheiras de trabalho da extinta IB, pela ajuda no manejo das escalas e trocas de plantão para ajustar com minhas aulas, atividades acadêmicas e reuniões.

A minha companheira de descobertas no mestrado, Angélica, começamos o mestrado e a gestação juntas, dividimos lanche, dias de enjôo, atividades, angustias e anseios.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFBA, docentes, discentes e funcionárias que me ajudaram no período de afastamento da licença maternidade e até hoje.

As professoras da banca de qualificação que contribuíram com a melhoria deste estudo.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) pelo financiamento que viabilizou a execução deste e tantos outros projetos.

EPÍGRAFE

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstância.”

(Paulo Freire)

RESUMO

SILVA, Maria Navegantes da. **Processo de trabalho de técnicas e auxiliares em enfermagem em hospitais públicos**. 2018. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

O objetivo geral é verificar diferenças entre o processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem em hospitais públicos. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. O recorte para este estudo foi 15 hospitais gerais e especializados da rede estadual do Sistema Único de Saúde. A amostra é composta por 338 técnicas e 319 auxiliares em enfermagem, entrevistadas entre março de 2015 até fevereiro de 2016. As variáveis foram reorganizadas para caracterizar os elementos que compõem o processo de trabalho: agentes, objeto, instrumento e atividade/ finalidade. Calcularam-se frequências simples e absoluta, os testes utilizados foram Exato de Fisher e Qui-quadrado de Tendência Linear, com significância estatística de 5%. O processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem se revelou semelhante, dado que os resultados descritos em cada elemento que o compõem evidenciaram proporções equivalentes. Conclui-se que as trabalhadoras são em sua maior parte mulheres pretas; mais qualificadas do que é exigido para sua formação; se evidencia sem diferenças entre seus processos de trabalho. Este resultado permite afirmar que a divisão social e técnica do trabalho, que gera a existência das duas categorias de trabalhadoras, se justifica para o barateamento da força de trabalho em enfermagem. As proporções com diferença estatisticamente significativa sugerem uma relação com fatores geracionais entre as categorias de trabalhadoras, o que deve ser aprofundado em novas pesquisas.

Palavras-Chaves: Processo de Trabalho; Técnica em Enfermagem; Auxiliar em Enfermagem; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SILVA, Maria Navegantes da. **Work process of technicians and assistants in nursing in public hospitals.** 2018. 101p. Thesis (Master in Nursing) – Nursing School of Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

The general aim is to verify differences between the work process of technicians and assistants in nursing in public hospitals. This is a descriptive study, with a quantitative approach. The cutout for this study were 15 general and specialized hospitals from the State Unified Health System. The sample is consisted of 338 technicians and 319 assistants in nursing, interviewed between March 2015 and February 2016. The variables were reorganized to characterize the elements that compose the work process: agents, object, instrument and activity/purpose. Simple and absolute frequencies were calculated, and the Fisher's Exact and Linear Trend Chi-square tests were used, with a statistical significance of 5%. The work process of technicians and assistants in nursing was similar, since the results described in each element that compose it evidenced similar proportions. It is concluded that the workers are mostly black women; more qualified than is required for their formation; it is evidenced no differences between their work processes. This result allows to state that the social and technical division of work that generates two categories of workers, is justified for the cheapening of the workforce. The proportions with a statistically significant difference suggest a relationship with the generational factors among the categories of workers, which should be deepened in new researches.

Keywords: Work Process; Nursing Technician; Nursing Assistant; Unified Health System.

RESUMEN

SILVA, Maria Navegantes da. **Proceso de trabajo de técnicas y auxiliares en enfermería en los hospitales públicos.** 2018. 101 hojas. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahia, Salvador, 2018.

El objetivo general es verificar diferencias entre el proceso de trabajo de las técnicas y auxiliares en enfermería en los hospitales públicos. Estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo. La muestra está compuesta por 338 técnicas y 319 auxiliares en enfermería, entrevistadas entre marzo de 2015 a febrero de 2016. Las variables fueron reorganizadas para caracterizar los elementos que componen el proceso de trabajo: agentes, objeto, instrumento y actividad / finalidad. Se calcularon frecuencias simples y absoluta, las pruebas utilizadas fueron Exacto de Fisher y Qui-cuadrado de Tendencia Lineal, con significancia estadística del 5%. El proceso de trabajo de las técnicas y auxiliares en enfermería se reveló semejante, dado que los resultados descritos en cada elemento que lo componen evidenciaron proporciones equivalentes. Se concluye que las trabajadoras son en su mayor parte mujeres negras; más calificadas de lo que se requiere para su formación; se evidencia sin diferencias entre sus procesos de trabajo. Este resultado permite afirmar que la división social y técnica del trabajo, que genera la existencia de las dos categorías de trabajadoras, se justifica por el menor costo de la fuerza de trabajo en enfermería. Las proporciones con diferencia estadísticamente significativa sugieren una relación con factores generacionales entre las categorías de trabajadoras, lo que debe ser profundizado en nuevas investigaciones.

Palabras Claves: Proceso de Trabajo; Técnica en Enfermería; Auxiliar en Enfermería; Sistema Único de Salud.

LISTA DE TABELA

| | | |
|--------------------|--|----|
| Tabela 1 - | Distribuição das trabalhadoras por tipo de administração com alocação proporcional. Bahia - Brasil, 2015. | 43 |
| Tabela 2 - | Distribuição das trabalhadoras na amostra por tipo de administração com alocação proporcional. Bahia – Brasil, 2015. | 44 |
| Tabela 3 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às características sociodemográficas (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 51 |
| Tabela 4 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às características funcionais (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 55 |
| Tabela 5 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à satisfação com o salário e a profissão (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 61 |
| Tabela 6 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa ao PCCV (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 64 |
| Tabela 7 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à discriminação (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 66 |
| Tabela 8 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à relação com o usuário (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 67 |
| Tabela 9 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa a violência no trabalho (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 70 |
| Tabela 10 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa ao conflito no trabalho (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 71 |
| Tabela 11 - | Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa aos instrumentos utilizados no processo de trabalho (N=657). Bahia – Brasil, 2016. | 73 |

Tabela 12 - Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos 78
hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às
atividades executadas (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

Tabela 13 - Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos 81
hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às
principais atividades executadas (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-------------------|--|----|
| Quadro 1 - | Hospitais com administração direta da Sesab onde foi realizada a coleta de dados. | 39 |
| Quadro 2 - | Característica dos hospitais com administração direta da Sesab onde foi realizada a coleta de dados. | 40 |
| Quadro 3 - | Descrição dos parâmetros utilizados para o cálculo da amostra. | 43 |
| Quadro 4 - | Cálculo amostral, amostragem estratificada com alocação proporcional. | 43 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM | 21 |
| 2.1 PROCESSO DE TRABALHO DE TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM | 28 |
| 2.2 TRABALHO NO HOSPITAL E MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO..... | 32 |
| 3 METODOLOGIA | 38 |
| 3.1 LOCAL DO ESTUDO..... | 38 |
| 3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO..... | 41 |
| 3.2.1 Dimensionamento da amostra | 42 |
| 3.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO..... | 45 |
| 3.4 VARIÁVEIS..... | 46 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS..... | 48 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | 48 |
| 4 DISCUSSÃO E RESULTADOS | 50 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DO PROCESSO DE TRABALHO: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS..... | 50 |
| 4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DO PROCESSO DE TRABALHO: VARIÁVEIS FUNCIONAIS..... | 54 |
| 4.3 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DO PROCESSO DE TRABALHO: RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS..... | 67 |
| 4.4 INSTRUMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DAS TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM..... | 72 |
| 4.5 CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES EXECUTADAS E FINALIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO DAS TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM | 77 |
| 5 CONCLUSÕES | 84 |
| REFERÊNCIAS | 84 |
| APÊNDICE A – Distribuição da amostra por hospital e tipo de vínculo..... | 91 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 92 |
| APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados..... | 94 |

1 INTRODUÇÃO

O campo de trabalho em enfermagem é composto por enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem. Estas trabalhadoras têm diferentes formações e integram um campo marcado por particularidades resultantes da divisão social e técnica do trabalho. Portanto, o processo de trabalho em enfermagem se organiza de modo distinto para as três categorias de trabalhadoras e, conseqüentemente, as características dos elementos que o compõem também são distintos, a depender da unidade de produção de serviço onde se insere a trabalhadora e a depender do modelo de organização do processo de trabalho em saúde num dado contexto social e político.

No Brasil, durante o século XX, consolida-se o campo de trabalho em enfermagem para operacionalização das políticas de saúde com baixo custo e dirigidas a grupos mais pobres dos cidadãos e se dissemina e aprofunda a divisão técnica do trabalho com uma configuração vertical (MELO; SANTOS; LEAL, 2015).

As autoras referidas contextualizam historicamente a existência de duas ou mais categorias de trabalhadoras no campo da enfermagem: a partir dos anos 1926 com a visitadora sanitária, educadora sanitária e enfermeira; entre os anos 1940 e anos 1970 com a parteira, obstetriz, técnica, auxiliar em enfermagem e enfermeira; entre os anos 1970 e 1980 com a enfermeira, auxiliar, técnica em enfermagem e atendente de enfermagem, esta última como maior contingente desta força de trabalho. Hoje, este campo de trabalho é formalmente composto por enfermeiras, auxiliares e técnicas em enfermagem, além das remanescentes obstetrizes. No entanto trabalham neste campo os agentes comunitários de saúde e cuidadores, ainda que estes não sejam formalmente reconhecidos como trabalhadores em enfermagem.

Conforme Agudelo (1995), a divisão técnica do trabalho aponta dois sentidos: o sentido horizontal, como ocorre na profissão médica, na perspectiva da especialização, e o sentido vertical, como no campo da enfermagem, com a redistribuição hierárquica das tarefas entre trabalhadoras de diferentes graus de qualificação: enfermeiras, técnicas, auxiliares e as então atendentes. No Brasil, com as exigências da Lei nº 7.498/86 para a qualificação dos atendentes de enfermagem, esta categoria deixou de existir após a metade da década de 1990.

A existência de múltiplos agentes no campo de trabalho em enfermagem permite compreender como se confunde o processo de trabalho realizado por diferentes categorias de trabalhadoras, sendo que a cada uma (enfermeira, técnica e auxiliar em enfermagem) corresponde um processo de trabalho próprio, que pressupõe um conjunto distinto de atividades (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002). A fragmentação do trabalho determina atribuições

para cada uma dessas trabalhadoras, fato que revela forte influência da organização do trabalho no modelo taylorista-fordista para atender ao modo de produção capitalista.

A divisão social do trabalho em enfermagem foi usada como forma de adaptação da estrutura ocupacional ao modo de produção dominante, não sendo apenas uma divisão entre tarefas manuais e intelectuais e entre trabalhadoras de classes sociais diferentes. Esta divisão, marcada pela hierarquização das trabalhadoras é a legitimação das diferentes formas de propriedade e da desigualdade social, o que reflete na organização do processo de trabalho no campo (MELO, 1986).

Como consequência desta divisão do trabalho, servindo para sua consolidação, a Lei do Exercício Profissional em Enfermagem descreve as atividades específicas para cada trabalhadora. Dado que o estudo analisa o processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem, destaca-se o que se refere a estas trabalhadoras. Segundo a Lei nº 7.498/86, a técnica(o) em enfermagem exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho em enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhes especialmente:

- Participar da programação da assistência de enfermagem;
- Executar ações assistenciais de enfermagem exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta Lei;
- Participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- Participar da equipe de saúde.

Quanto à auxiliar em enfermagem, esta exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- Executar ações de tratamento simples;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- Participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986).

As determinações na Lei, para cada trabalhadora, retrata a fragmentação no processo de trabalho em enfermagem, o que reforça no cotidiano de trabalho a divisão entre trabalho manual e intelectual. Nesta organização do trabalho com base na divisão do trabalho, a enfermeira está na posição de coordenadora do processo de trabalho em enfermagem, responsável pelo planejamento, organização, supervisão, avaliação do cuidado prestado e

execução de procedimentos ditos mais complexos, enquanto as técnicas e auxiliares são direcionadas para o desenvolvimento de tarefas e atividades assistenciais com menor complexidade técnica (PEDUZZI; ANSELMÍ; 2002).

Contudo, por interesse econômico das organizações públicas e privadas da saúde, as técnicas e auxiliares em enfermagem executam suas tarefas sem distinção de atribuições, o que reforça a dicotomia entre o contexto do trabalho no cotidiano e o que está estabelecido na legislação.

As pesquisas sobre as trabalhadoras em enfermagem no Brasil revelam que estas ocupam lugares distintos no processo de trabalho, executam práticas distintas, recebem remuneração distinta e exercem um trabalho que tem significado, valores e regulação também distintos. Porém, as ações executadas por técnicas e auxiliares em enfermagem são similares (PEDUZZI; ANSELMÍ; 2002; BRASIL, 2003), o que indica que a divisão técnica do trabalho em enfermagem, nos moldes atuais, se justifica para o barateamento da força de trabalho.

No Brasil, parte dos estudos realizados sobre processo de trabalho em enfermagem centra-se no processo de trabalho da enfermeira, ou até mesmo se referem ao processo de trabalho em enfermagem como único, subsumindo as diferentes trabalhadoras e, conseqüentemente, a divisão do trabalho nesse campo.

Poucos estudos sobre processo de trabalho em enfermagem enfocam a divisão técnica do trabalho, dado que a produção científica acerca do processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem é também escassa (PEDUZZI; ANSELMÍ, 2002; PEDUZZI; ANSELMÍ, 2003; PEDUZZI; ANSELMÍ, 2004; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004; CARDOSO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2016). Além disso, apenas dois estudos diferenciaram as trabalhadoras e seus distintos processos de trabalho (PEDUZZI; ANSELMÍ, 2002; PEDUZZI; ANSELMÍ, 2004).

Outro aspecto que revela uma limitação neste estudo é a ausência de descritores precisos para indexação de títulos sobre a temática nas bases de dados da Bireme e Biblioteca virtual Scielo. Para tanto, usamos termos próximos à área de interesse pesquisada. Os estudos existentes, em sua maioria, são manuais de procedimentos, como constata pesquisa sobre o perfil de ações das técnicas em enfermagem no Brasil (BRASIL, 2003).

Neste estudo entendemos que o trabalho caracteriza-se como um processo de transformação que ocorre concomitante aos processos de mudanças sociais. No caso da saúde, visa atender não só as necessidades de saúde, mas ao próprio portador destas necessidades (MENDES GONÇALVES, 1992).

De acordo com Braverman (1987) no fim do processo de trabalho surge um resultado que já existia idealmente na intenção do trabalhador. Assim, não há transformação apenas no material sobre o qual se opera, mas imprime-se ao material o projeto que se tinha conscientemente em mente, o qual constitui a lei determinante do modo de operar do trabalhador e ao qual ele tem que subordinar sua vontade.

No processo de trabalho em saúde, segundo Peduzzi e Anselmi (2002), os agentes deste trabalho devem ser apreendidos e compreendidos no interior das relações recíprocas entre o objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho.

Conforme as mesmas autoras, o objeto de trabalho é o aspecto específico, recortado da realidade para uma finalidade determinada, sobre o qual se aplica a atividade do trabalho, não existindo enquanto objeto de intervenção por si só; os instrumentos de trabalho são construídos historicamente pelo sujeito que estende sua possibilidade de intervenção sobre o objeto. No trabalho em saúde e em enfermagem os instrumentos de trabalho são tanto materiais quanto intelectuais, tais como os saberes técnicos, que informam e fundamentam imediatamente a ação realizada. Esses elementos articulados, numa relação recíproca, configuram um processo de trabalho específico.

Reconhece-se como objeto de trabalho em saúde o corpo socialmente referenciado, situado no modo de produção econômico capitalista e no modelo assistencial hegemônico denominado modelo biomédico (SANTOS, 2012). Este modelo de atenção à saúde é hegemônico nas organizações, na assistência prestada aos usuários que acessam serviços de saúde e no próprio senso comum. Também é campo de hegemonia da medicina, que dentro da lógica capitalista no campo da saúde produz demanda e consumo, portanto atua exercendo controle sobre a divisão do trabalho e sobre as práticas das outras profissões da saúde.

Assim, com o intuito de compreender o processo de trabalho em enfermagem, o objeto de pesquisa desta dissertação é o processo de trabalho de técnicas e auxiliares em enfermagem, explorando os elementos que o compõem.

Segundo Melo e colaboradores (2016) o quantitativo destas trabalhadoras no Brasil representa 80% da força de trabalho em saúde. Em hospitais, estima-se que sejam 60% da força de trabalho total. Na Bahia (2019), dados revelam que estão inscritas e ativas no Conselho Regional de Enfermagem 75.217 técnicas em enfermagem e 14.020 auxiliares em enfermagem, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o maior mercado de trabalho atualmente.

Segundo Macedo (2017), a maior parte das organizações públicas hospitalares na Bahia estão na esfera administrativa estadual das quais 40% com gestão terceirizada, o que evidencia que as mudanças de gestão do aparelho do Estado foram adotadas pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Nesse processo de flexibilização da gestão em saúde, foram expandidas as formas de publicização da gestão, ou seja, a gestão de serviços e atividades, antes de responsabilidade do Estado, foi assumida para o setor público não estatal, conferindo caráter público a entidades de direito privado, bem como autonomia administrativa e financeira.

Na Bahia, nos hospitais com administração direta coexistem trabalhadores com vínculos diversos. Um exemplo disso é a constituição de uma fundação estatal de direito privado visando a contratação de trabalhadores da saúde como forma de reduzir o déficit identificado (MACEDO, 2017).

Este cenário é resultante do contexto da última década no Brasil, quando cresce e difunde-se a terceirização como modalidade de gestão, organização e controle do trabalho num ambiente comandado pela lógica da acumulação financeira. Isto, no âmbito do processo de trabalho, das condições de trabalho e do mercado de trabalho, exige total flexibilidade, instituindo um novo tipo de precarização que passa a dirigir a relação capital-trabalho em todas as suas dimensões (ANTUNES; DRUCK, 2013).

Diante deste contexto do processo de trabalho em enfermagem e sua inserção no mundo do trabalho precarizado, formulamos a seguinte pergunta de pesquisa: Existe diferença entre o processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede de serviços do SUS na Bahia?

Ao responder este questionamento consideramos a complexidade do processo de trabalho em enfermagem no atual cenário histórico e social e pressupomos que sua compreensão pode contribuir para avançar o conhecimento sobre o processo de trabalho em enfermagem e para superar a invisibilidade das trabalhadoras em enfermagem.

Desse modo, este estudo tem como objetivo verificar se existe diferença entre o processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem, e como objetivos específicos descrever os elementos do processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem (agentes, objeto, instrumentos, atividade/finalidade) e identificar diferenças entre as características do processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem.

Considerando que estas trabalhadoras compõem o maior quantitativo de trabalhadores do SUS estadual, pretendemos, com a pesquisa, contribuir para a execução das políticas públicas de gestão do trabalho e educação permanente no estado da Bahia.

Abordar este tema, ainda escasso na literatura, também é importante para: contribuir para a compreensão do trabalho em enfermagem e sua divisão social e técnica; contrapor-se a manutenção da invisibilidade das diferentes trabalhadoras, a partir do uso indistinto do termo enfermagem para se referir à profissão no Brasil. Além disso, as técnicas e auxiliares em enfermagem são o maior grupo de trabalhadoras da saúde, responsáveis pela execução de 60% das ações de saúde e são as que mais têm contato com os usuários do SUS (BRASIL, 2003).

Para tanto, assumimos como utilidade social e política da pesquisa evidenciar os elementos do processo de trabalho de um estrato de trabalhadoras invisíveis cujo processo de trabalho no hospital revela características peculiares por prestar serviços aos usuários de modo contínuo e permanente.

2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Este estudo tem como base os conceitos de processo de trabalho em saúde e processo de trabalho em enfermagem, elaborados a partir de referenciais marxistas, pois compreendemos que o trabalho é determinado pelo momento histórico e pelo modelo econômico no qual se insere.

Buscamos contextualizar o processo de trabalho de técnicas e auxiliares em enfermagem a partir dos estudos disponíveis acerca da temática e o conceito do processo de trabalho da enfermeira (LEAL, 2016) no qual a pesquisa se embasa.

Alguns tipos de trabalho, em diferentes contextos sociais, são desvinculados da ideia geral de trabalho, aparentando formas de atividades mais nobres, distantes do estereótipo de trabalho pesado, sem liberdade e sem criatividade, o que caracteriza o mundo do trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992).

Para Braverman (1977, p. 49) “a espécie humana partilha com as demais as atividades de atuar sobre a natureza de modo a transformá-la para melhor satisfazer suas necessidades”. No entanto, o trabalho como atividade consciente e proposital é característico da espécie humana, o que o difere dos animais, cujas atividades são instintivas, pois os seres humanos são os únicos com a capacidade de pensar a realização do trabalho separadamente do ato de execução.

Todo trabalho é ato processual orientado por finalidades sociais, não se restringindo à objetividade técnico-científica. É uma atividade que transforma o objeto por meio de instrumentos, para produção de produtos, e essa transformação depende do estabelecimento de um determinado fim (MARX, 1968).

Para o mesmo autor “no fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira” (MARX, 1968, p.202).

É necessário reconhecer a que universo de fenômenos conceituais faz-se referência ao utilizar o termo trabalho, para discutir sobre trabalho em saúde. Diversos autores, baseados em referenciais teóricos sociológicos, construíram análises sobre as relações entre saúde, sociedade, profissão médica e práticas sociais, rompendo a ideia de que tais fenômenos seriam independentes da vida social.

Esses estudos e seus desdobramentos constituíram um arcabouço referencial importante para o campo da saúde, tanto nas políticas e estruturação da assistência, quanto na

compreensão sobre mercado, profissões e práticas de saúde. Nessa perspectiva, constituíram-se dois grandes conceitos sobre força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde. O conceito de processo de trabalho em saúde baseia-se na teoria marxista do trabalho (MENDES GONÇALVES, 1992; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2006).

Com base na teoria marxista, o objeto de trabalho torna-se diferente do que era por meio da ação do trabalhador. Assim no trabalho em saúde, o objeto de trabalho passa a ser a pessoa ou grupos, saudável ou doente, para quem se dirige a prestação de serviços de saúde. Estes se transformam, seja para manutenção da vida, seja para recuperação ou promoção da saúde, por meio de instrumentos materiais, saberes, conhecimentos. O resultado desse trabalho é um produto imaterial a ser utilizado para satisfação de uma necessidade (PIRES, 2000).

Portanto, o trabalho pode ser caracterizado como um processo de transformação que ocorre porque os seres humanos têm necessidades que precisam ser satisfeitas, nesse caso, necessidades de saúde socialmente determinadas. Além disso, o trabalho é intencional, depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem/mulher traz em mente desde o início do processo (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Para Peduzzi e Schraiber (2006), o processo de trabalho em saúde diz respeito à prática dos trabalhadores de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo dos serviços de saúde, inicialmente estudado em relação ao trabalho médico, e que posteriormente foi usado para estudo do processo de trabalho de outros trabalhadores em saúde.

Do trabalho em saúde deriva processos de trabalho específicos, de natureza coletiva, o que permite a execução de atividades singulares por um núcleo profissional, além da execução de atividades complementares e de atividades compartilhadas (MELO, 2013). É, também, fortemente influenciado pelas características do trabalho coletivo do modo capitalista de produção como fragmentação, hierarquização e alienação (PIRES, et al, 2004).

Peduzzi (2002) afirma que no trabalho em saúde há simultaneamente necessidade de autonomia técnica e necessidade de cooperação, compartilhamento e composição dos trabalhos especializados, marcados pela divisão técnica do trabalho.

No processo de trabalho em saúde, as formas de produzir ações de saúde são diferentes a depender dos processos e de seus produtos como um bem público ou como bem de mercado (FERMINO, 2010).

Ao conceber o processo de trabalho em saúde, os trabalhadores planejam a partir do que identificam como necessidade de saúde a ser satisfeita e produzem ações a partir de elementos constitutivos do processo de trabalho: objeto, instrumentos, produto e finalidade

que são articulados entre si e sustentados em uma concepção de homem/mulher e do processo saúde-doença (CARDOSO et al., 2011).

Além da sua natureza coletiva, o trabalho em saúde se caracteriza por ter um objeto de trabalho singular, com um produto final deste trabalho na maioria das vezes imaterial e segue bases universais do setor de serviços, como a divisão técnica do trabalho. O trabalho coletivo é necessário quando estão presentes pelo menos dois fatores: a complexidade do objeto de trabalho e a intensa divisão de trabalho. Esse é o caso na produção de serviços de saúde, com a participação de diversos trabalhadores da saúde. Esse produto imaterial, resultante do trabalho em saúde, é um trabalho vivo, produzido e consumido em ato, embora existam interações entre trabalhadores, usuários dos serviços de saúde e tecnologias (MERHY, 2002; SANTOS, 2012).

Mendes-Gonçalves (1992) afirma que o objeto de trabalho em saúde é o corpo socialmente referenciado e a finalidade do trabalho são as necessidades advindas de um sujeito inserido em um contexto histórico e social. Portanto, tais necessidades são transformadas em demandas situadas no modo de produção econômico capitalista e no modelo assistencial hegemônico, no caso o modelo biomédico. Sendo assim, o objeto de trabalho não se dissocia da necessidade de quem o demanda, pois este é o próprio portador da necessidade. Ao fim do processo de trabalho o produto não será atender as necessidades, mas o próprio portador das necessidades demandadas e que devem ser satisfeitas.

Logo, o objeto de trabalho é a matéria-prima do trabalho, algo reconhecido como passível de transformações, sobre o qual incide a atividade. Portanto, não existe só como objeto de trabalho fora do contexto de intervenção, mas recortado para uma finalidade, para obtenção de um produto. Ao reconhecer a potencialidade para atender a uma dada necessidade, ou seja, algo transformável a partir de uma matéria prima, os trabalhadores operam com instrumentos, recursos para a transformação e obtenção do produto, e ao operar tais instrumentos transformam também sua compreensão sobre o próprio trabalho. (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002; CARDOSO et al., 2011).

Os instrumentos de trabalho têm uma dimensão material, que serve para transformação do objeto, e uma dimensão intelectual, que permite a apropriação do objeto, como os saberes técnicos que fundamentam a ação realizada. Para Mendes Gonçalves (1979), além dessas, há uma terceira dimensão que equivale às condições materiais que não participam diretamente do processo de trabalho, mas que são fundamentais para sua concretização, como o local de trabalho.

De acordo com Merhy (2002) os instrumentos do processo de trabalho em saúde estão classificados como tecnologias em saúde: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras correspondem à dimensão material abordada anteriormente, englobando instrumentais complexos, equipamentos, exames e a organização de informações; as tecnologias leve-duras correspondem à dimensão intelectual, como os saberes técnicos; já as tecnologias leves são tecnologias relacionais, produzidas no trabalho vivo, em ato, resultantes do encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Essas tecnologias são interdependentes, a exemplo da introdução de novas tecnologias duras, que muitas vezes não substituem a tecnologia preexistente e tampouco o trabalhador, exigindo aumentar o quantitativo de trabalhadores e sua qualificação, tornando esse processo cumulativo.

Por meio dos instrumentos o objeto de trabalho se transforma em produto, sem se dissociar do processo que o produz. No processo de trabalho em saúde o produto será a própria execução da atividade, a prestação da assistência, a qual é consumida enquanto é produzida (PIRES, 2000).

O agente do trabalho deve ser compreendido numa relação recíproca com os demais elementos do processo de trabalho e situado em relação à divisão técnica do trabalho. Este é um sujeito ou conjunto de sujeitos que transformam a natureza, executam intervenções no objeto de trabalho e são capazes de alterá-lo para produzir um produto ou um serviço. O agente do trabalho tem a intenção de transformar a natureza em algo que para ele tem significado. Ele pode ser concomitantemente o produtor e consumidor daquele trabalho ou pode produzir um bem ou serviço para consumo de outro (SANNA, 2007).

Pela complexidade do seu objeto de trabalho e por sua natureza coletiva, o trabalho em saúde envolve múltiplos agentes e uma intensa divisão do trabalho. Os agentes/sujeitos são os diversos trabalhadores compreendidos por: médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais, técnicas em enfermagem, auxiliares em enfermagem e outros trabalhadores sem formação na área de saúde, embora façam parte da produção de serviços de saúde e do processo de trabalho em saúde.

A divisão do trabalho em saúde permite o aumento da produtividade nos serviços e aprofundamento na qualidade da assistência especializada, mesmo gerando fragmentação das ações e definindo o lugar hegemônico do médico no processo de trabalho. Na divisão técnica do trabalho existe, simultaneamente, a necessidade de cooperação, compartilhamento, composição de trabalho especializado e a necessidade de autonomia técnica.

Conseqüentemente, a valoração social do trabalho dos diferentes agentes é desigual e o grau de autonomia varia conforme a autoridade técnica socialmente legitimada (PEDUZZI, 2002).

O campo de trabalho em enfermagem integra o trabalho em saúde, portanto expressa alguma forma de autonomia dos agentes, cujo espectro varia a depender da categoria profissional. Contudo, esse campo possui singularidades que o distingue dos demais campos da área da saúde. Estas singularidades são estabelecidas pelas características de permanência, vigilância e continuidade no processo de trabalho em enfermagem, em particular no hospital (LEAL, 2016).

Ao desenvolver o levantamento teórico para aproximação com o objeto de estudo, se fez necessário esclarecer sobre as diferenças entre os processos de trabalho em enfermagem, dado que neste campo de trabalho se insere enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem.

No campo da organização dos serviços de saúde e dos serviços de enfermagem, o trabalho tem sido interpretado, tanto na perspectiva macropolítica da dinâmica do mercado de trabalho e da força de trabalho, quanto da perspectiva micropolítica do cotidiano nos processos de trabalho e do trabalho vivo em ato (MENDES GONÇALVES, 1992; MERHY, 2002).

A compreensão sobre processo de trabalho requer a análise das atividades executadas pelos distintos trabalhadores. Esse aspecto representa o *modus operandi* do processo de trabalho, pois este é socialmente construído e legitimado em cada trabalho especializado, com a execução da atividade baseada em saberes técnicos e saberes práticos (PEDUZZI; ANSELMINI, 2003).

O processo de trabalho em enfermagem, na maioria dos serviços de saúde, é organizado entre as diferentes categorias que compõem o campo da enfermagem, o que gera fragmentação na execução da ação de saúde. Isso porque no Brasil, a divisão social e técnica do trabalho em enfermagem deu origem a trabalhadoras distintas: enfermeira, técnica em enfermagem, auxiliar em enfermagem e atendente de enfermagem, vale ressaltar que a última categoria deixou de existir a partir das exigências da Lei nº 7.498/86 (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

As mesmas autoras afirmam que a institucionalização do campo da enfermagem como campo de trabalho profissional, a partir de meados do século XIX, se caracterizou pela divisão social e técnica do trabalho.

No entanto, persiste no Brasil a prática de nomear a profissão como enfermagem, que se refere ao nome do campo, negando a divisão social e técnica do trabalho, negando a

existência de diferentes categorias de trabalhadoras e, conseqüentemente, dos seus diferentes processos de trabalho.

A divisão técnica do trabalho em enfermagem, no Brasil, foi uma forma de adaptação da estrutura ocupacional às necessidades do gerenciamento das organizações de saúde tanto no setor público, quanto no setor privado. Diferentemente do setor público, no setor privado, a adoção de modelos e mecanismos oriundos da divisão do trabalho visa maior rendimento do trabalho para a redução de custos (MELO, 1986; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Como foi esclarecido anteriormente, no cotidiano do processo de trabalho em enfermagem identifica-se uma fragmentação do trabalho entre os diferentes agentes, separando-se trabalho manual e trabalho intelectual. Nesta divisão do trabalho a enfermeira assume a coordenação do processo de trabalho em enfermagem, responsável pelo planejamento, organização, supervisão, avaliação da assistência prestada e pela execução de procedimentos ditos mais complexos. Cabe às técnicas e auxiliares em enfermagem o desenvolvimento de tarefas e atividades na assistência de menor complexidade técnica, o que corresponde para cada trabalhadora, um processo de trabalho próprio (PEDUZZI; ANSELMINI; 2002).

Por ser demarcado pela divisão técnica entre o trabalho dito intelectual das enfermeiras e do trabalho manual das técnicas e auxiliares em enfermagem, o processo de trabalho em enfermagem é heterogêneo e contraditório. É marcado por assimetrias, discriminações e conflitos pelo fato de uma categoria dominar a outra, pois é composta por categorias socialmente diferenciadas (SILVA, 1986).

O processo de trabalho em enfermagem oculta uma relação social entre seus integrantes com a enfermeira ocupando a posição hegemônica. A esta cabe limitar o espaço de atuação das demais trabalhadoras, ao tempo que é limitada e fiscalizada pelos proprietários/gestores das organizações de saúde, sob a lógica política, econômica e biomédica dominante. Na posição de coordenadora do processo de trabalho em enfermagem, a enfermeira mantém uma relação em conflito com as demais trabalhadoras devido à divisão social e técnica do trabalho e pela constituição de relações de dominação, reflexo da luta entre as classes sociais que representam (MELO, 1986; GEOVANINI, 2010).

O processo de trabalho da enfermeira, das técnicas e auxiliares em enfermagem envolve instrumentos, finalidade e objetos distintos. À enfermeira cabem as atividades de ensino, coordenação, controle e supervisão dos serviços e do processo de trabalho das demais trabalhadoras em enfermagem. Às técnicas e auxiliares em enfermagem cabe a execução das atividades ditas manuais. Essa organização fragmentada repercute na execução das atividades

de forma independente umas das outras, o que gera conflito e alienação no processo de trabalho.

Embora as próprias trabalhadoras não reconheçam que essa fragmentação, originária da divisão técnica do trabalho, com forte influência do modelo de organização do trabalho oriundo do taylorismo e do fordismo, é para atender a necessidades do modo de produção capitalista, o foco é a produção e a realização da mais-valia, na lógica da exploração da força de trabalho e no barateamento dos custos de produção de bens e serviços. Portanto, é necessário direcionar as trabalhadoras menos qualificadas, com menor tempo de formação, para as atividades classificadas como tecnicamente simples (SILVA, 1986).

A cada uma das categorias das trabalhadoras em enfermagem corresponde uma formação, que pressupõe um conjunto distinto de atividades e um processo de trabalho próprio, bem como os elementos desse processo.

Kletemberg e outros (2010) afirmam que a divisão técnica do trabalho em enfermagem visa atender o modo de produção vigente no país, fato constatado no cotidiano dos serviços de saúde. Esta divisão se expressa nas relações hierarquizadas no trabalho, no caráter parcelar do trabalho e na fragmentação das atividades executadas pelas distintas trabalhadoras e, sobretudo, pela desvalorização do trabalho, materializada nos baixos salários. Em consequência, a divisão técnica do trabalho produz invisibilidade sobre as diferenças entre as trabalhadoras, exemplificada no uso, no senso comum, da designação enfermeira para todas as trabalhadoras do campo da enfermagem.

As mesmas autoras discutem que, com a separação entre concepção e realização do trabalho em enfermagem a população não tem como reconhecer as diferenças entre os processos de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares porque desconhece o lugar ocupado por cada trabalhadora.

Quando nomeamos na literatura e no cotidiano do trabalho a profissão como enfermagem, afirmamos um único processo de trabalho em enfermagem; negamos a divisão social e técnica do trabalho; não distinguimos o lugar ocupado por cada trabalhadora no processo de trabalho; negamos as características que identificam ou distinguem o trabalho de cada uma; negamos a existência do conflito no trabalho e negamos suas razões. Assim, os processos de trabalho em enfermagem são confundidos, diluídos, ofuscados e subsumidos pela conceituação adotada no campo da enfermagem (LEAL, 2016).

Ainda que as trabalhadoras executem processos de trabalho distintos, na literatura do campo da enfermagem o que é abordado é o processo de trabalho da enfermeira. Desse modo,

para compreensão do nosso objeto, partimos desse conhecimento para entendermos sobre os elementos que compõem o processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem.

2.1 PROCESSO DE TRABALHO DE TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM

As atividades assistenciais em enfermagem são desempenhadas predominantemente pelas técnicas e auxiliares em enfermagem. Dado que a divisão técnica do trabalho em enfermagem atende a uma demanda do modo de produção capitalista, na qual as metas são a produção e a realização da mais valia, baseadas na lógica da exploração da força de trabalho e no barateamento dos custos de produção de bens e serviços, as atividades classificadas como tecnicamente mais simples são direcionadas para trabalhadoras menos qualificadas e com menor tempo de formação (SILVA, 1986).

Almeida e Rocha (1986) explicam que essas características ajudam a compreender a fragmentação do trabalho em enfermagem nos serviços de saúde no Brasil. A enfermeira, responsável pela supervisão e controle do processo de trabalho, solidifica seu lugar de trabalhadora intelectual ao interior da divisão do trabalho. No início da profissionalização no campo, essa trabalhadora detinha um saber técnico. E com a institucionalização do ensino, amplia seus saberes nos campos da administração e ensino, o que garante às mesmas uma posição privilegiada na divisão social e técnica do trabalho em enfermagem.

É necessário distinguir peculiaridades no processo de trabalho da enfermeira, já que algumas características desse processo se assemelham ao processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem.

A legislação que regula o trabalho em enfermagem estabelece as funções privativas de cada trabalhadora, embora as atividades assistenciais, entendidas como procedimentos técnicos assistenciais para indivíduos e coletividades, sejam compartilhadas por todas as trabalhadoras.

Entretanto, o processo de trabalho da enfermeira ultrapassa atividades assistenciais por sua natureza assistencial-gerencial, essa dualidade é o que confere singularidade ao seu trabalho.

As atividades privativas da enfermeira, regulada pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 revelam esta natureza dual do seu trabalho: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Dito isto, é importante destacar o que difere no processo de trabalho da enfermeira e no processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem. A própria legislação estabelece como funções privativas das enfermeiras as atividades administrativas e as de ensino, considerando comum a todas as categorias do campo da enfermagem as atividades de assistência aos pacientes (SILVA, 1986).

No entanto, alguns estudos revelam que no trabalho cotidiano as próprias trabalhadoras confundem suas atribuições, e a depender da unidade de produção de serviço onde estão inseridas essas atribuições se tornam semelhantes ou complementares. Um exemplo é o estudo realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) em 2003 quando as técnicas em enfermagem afirmam exercer encargos ou funções além de ações assistenciais, com variáveis conforme a instituição onde trabalhavam ou a depender do turno de trabalho (como no trabalho noturno) e/ou a depender do dimensionamento de pessoal no serviço. Além disto, estas trabalhadoras afirmam executar atividades de maior complexidade técnica, como transportar pacientes graves e executar curativos complexos (BRASIL, 2003).

Contudo, no trabalho em saúde e em enfermagem é a enfermeira quem articula a interface entre as atividades e tarefas de todos os demais trabalhadores, é quem articula, vigia e controla os processos de trabalho das técnicas e auxiliares para o funcionamento dos serviços de saúde, e quem, em última instância, assegura as condições para que o trabalho coletivo em saúde se realize (SANTOS, 2012; LEAL, 2016).

Compreender sobre o processo de trabalho das diferentes trabalhadoras em enfermagem, como parte do processo de trabalho em saúde, requer situá-lo em um espaço circunscrito. Nesta pesquisa esse espaço é o espaço hospitalar.

No hospital o uso de instrumentos materiais e imateriais é diferenciado em cada unidade de produção de serviço. Os instrumentos imateriais são reconhecidos como o conhecimento técnico, destreza e habilidades relacionais. Os instrumentos materiais são aqueles que auxiliam na execução das técnicas assistenciais e podem ser exemplificados como material de escritório, equipamentos permanentes, medicamentos e outros recursos tecnológicos.

Contudo, alguns instrumentos são comuns, a exemplo da visita de saúde e do prontuário, instrumento de trabalho comum entre enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem e demais profissionais de saúde (PIRES, 2000). A visita de cada trabalhador da saúde se destina a busca de informações e/ou execução de alguma atividade assistencial do seu interesse, de modo alinhado ao papel técnico que lhe é atribuído na organização de saúde. Outro instrumento comum para trabalhadoras em enfermagem é a passagem de plantão, que a depender da organização hospitalar pode ser conduzido tanto pela técnica em enfermagem quanto pela enfermeira.

Conforme esclarecido anteriormente, as técnicas e auxiliares em enfermagem compartilham com a enfermeira, além de alguns instrumentos de trabalho, a finalidade do trabalho em saúde, embora as atividades variem a depender do modo como se organiza o trabalho em cada hospital e do contexto de trabalho.

A finalidade do trabalho em saúde é coletiva e, portanto, não há finalidade específica no processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem e sim uma recriação da finalidade do trabalho em saúde, no modelo biomédico, que é a recuperação da saúde e/ou prevenção de doenças. A apropriação da finalidade acontece na relação direta entre a trabalhadora e usuário e pela criação de condições ideais para o trabalho dos diversos trabalhadores de saúde (GIOVANINI, 2010).

Peduzzi e Anselmi (2004), ao estudarem sobre a equivalência do trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem apontam que as atividades rotineiras variam a depender do serviço onde estejam inseridas e do setor em que atuam. Elas identificaram um conjunto de procedimentos técnicos como atividades rotineiras de ambas trabalhadoras, tais como administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, cuidados de higiene e conforto aos usuários, curativos, controle de ingesta e eliminação de líquidos e coleta de material.

As autoras também registram que a descrição das atividades permitia observar que não há distinção nas ações e intervenções que ambas trabalhadoras executam, se tratando de um mesmo trabalho. Em alguns relatos, feitos por enfermeiras, observou-se uma preocupação com a ausência de critérios ou parâmetros que permitissem diferenciar ambas trabalhadoras de modo a atender as normas previstas na regulação profissional.

Na legislação sobre as atribuições de cada trabalhadora em enfermagem, cabe às técnicas em enfermagem **executar ações assistenciais de enfermagem exceto as privativas da enfermeira** e para as auxiliares em enfermagem **executar ações de tratamento simples** (destaque da autora por se tratar de trechos da Lei nº 7.498/86).

Podemos afirmar que é errôneo interpretar como distintos e com valores diferentes o trabalho da técnica e da auxiliar baseando-nos na formação de cada uma e na regulação do trabalho, dado que as diferenças na prática destas trabalhadoras são circunstanciais, a depender do contexto do trabalho.

Para Peduzzi e Anselmi (2004) a divisão do trabalho em enfermagem, no Brasil, ampliou o trabalho parcelar e é artificial afirmar que existe distinção entre o trabalho da técnica e da auxiliar, pois não há diferença concreta entre o trabalho destas. Este fato favorece ao mercado de trabalho, pois iguala trabalhadoras com formações distintas e, portanto, barateia ainda mais esta força de trabalho, que é quantitativamente a mais significativa em qualquer organização hospitalar e no Sistema Único de Saúde.

Peduzzi e Anselmi (2003), em uma pesquisa sobre o processo de trabalho das auxiliares em enfermagem concluíram que esta trabalhadora responde pela maioria das tarefas e atividades assistenciais em enfermagem. Vale ressaltar que neste período as auxiliares compunham o maior quantitativo da força de trabalho em enfermagem, lugar esse hoje ocupado pelas técnicas em enfermagem. Também identificou dicotomia no trabalho da auxiliar, dado que este é centrado na execução de técnicas e esta trabalhadora está afastada do momento de concepção e planejamento das intervenções. Elas executam além das atividades de assistência, manutenção da organização do trabalho e articulação das ações, com a supervisão da enfermeira.

Os depoimentos registrados nesta pesquisa demonstram que a enfermeira, embora expresse a expectativa de poder se dedicar ao cuidado dos usuários e estar mais próxima deste, reconhece que esta atividade se configura como a intervenção principal das auxiliares em enfermagem.

As próprias enfermeiras atribuem as atividades de cuidado aos pacientes como o sentido do seu trabalho, o que confunde e reforça o imaginário social ao negar a existência de diferentes trabalhadoras em enfermagem e de diferentes processos de trabalho (LEAL, 2016).

Na pesquisa sobre o Perfil de Ações do Técnico de Enfermagem no Brasil (BRASIL, 2003) descreve-se que imprecisões no delineamento do perfil de ações das técnicas em enfermagem penalizam economicamente, ética e socialmente a trabalhadora, dado que é uma constante sua inserção no mercado de trabalho como auxiliar em enfermagem.

As imprecisões sobre os diferentes processos de trabalho ficam ainda mais nítidas ao discutirmos sobre o objeto de trabalho em enfermagem. Leal (2016) destaca que somente a enfermeira tem duplo objeto de trabalho: o próprio corpo das demais trabalhadoras e sua força de trabalho, objeto de trabalho privativo das enfermeiras, e o corpo socialmente construído

dos pacientes/usuários. O objeto de trabalho comum para todas trabalhadoras é o corpo socialmente construído dos pacientes/usuários que demandam intervenção a partir de suas necessidades.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem destaca-se pela dimensão considerada como manual do processo de trabalho em enfermagem, o que revela uma dicotomia entre o planejamento e a execução do trabalho, característico da organização do trabalho taylorista.

Essa concepção reforça o fetichismo existente no campo da enfermagem, fato que confunde o trabalho da enfermeira com o trabalho das demais trabalhadoras do campo, o que em parte explica por que as trabalhadoras em enfermagem não se reconhecem como trabalhadoras, embora seja um campo de trabalho criado para atender ao modo de produção capitalista a partir da demanda de modernização e reorganização do serviço de saúde (LEAL, 2016).

2.2 TRABALHO NO HOSPITAL E MUDANÇAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Como parte do processo de trabalho em saúde, o processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem não pode ser compreendido fora do espaço em que se realiza. O espaço escolhido neste estudo são as organizações hospitalares com administração direta, por compreendermos que o SUS é o maior empregador deste estrato de trabalhadoras.

A assistência hospitalar brasileira foi atrelada, desde tempos coloniais, às instituições da Igreja, das Santas Casas de Misericórdia e aos hospitais filantrópicos. Nesse âmbito, o cuidado era prestado por pessoal sem qualificação e, geralmente, não remunerado, embora sob o controle do médico (CORÔA, 2016).

A enfermagem, nesse contexto, emergiu como um campo ocupacional, cujas ações mantiveram-se fora da esfera produtiva, atreladas às tarefas domésticas e ao trabalho feminino. Somente a partir de meados da década de 1940 se tornou campo profissional, com divisão social e técnica, assalariado, cuja força de trabalho da mulher era para organizar o processo de trabalho em saúde à prática médica, centrado no hospital, para intervir sobre o corpo adoecido do trabalhador (MASCARENHAS, 2018).

Com o surgimento do hospital moderno, inserido numa nova lógica de organização e complexidade, foi demandada uma infraestrutura indispensável à sua manutenção. Para tanto foi designado à enfermeira, dentro da divisão social e técnica do trabalho, a execução dos trabalhos manuais, enquanto ao médico coube o trabalho intelectual. Para atender a essa reestruturação, ocorre uma segunda divisão no trabalho da enfermeira: esta trabalhadora se

qualifica, mantém seu trabalho intelectual e atribui às auxiliares a parte manual e outras funções complementares, permanecendo, no entanto, sob o controle médico (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Mascarenhas (2013) sinaliza que o delineamento da formação no campo da enfermagem já indicaria dois modelos de trabalhadoras que viveriam no mesmo espaço institucional: a enfermeira moderna, cujo trabalho seria qualificado pela Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP); e as enfermeiras práticas, que seriam as trabalhadoras sem formação técnica, cujo trabalho, eminentemente empírico, é submetido integralmente às ordens médicas.

Neste contexto, o campo da enfermagem moderna se consolida e assume um enfoque assistencial-curativo, marcado pela divisão social e técnica do trabalho característico do modo de produção capitalista. Com tais características a enfermeira assume mais e mais atribuições gerenciais e afasta-se cada vez mais do paciente, o que acentua os conflitos entre as enfermeiras e os demais trabalhadores da saúde (XAVIER, et al; 1988).

Conforme Castro (1988), as práticas assistenciais eram executadas pelas auxiliares em enfermagem que excediam em quantidade o total das enfermeiras, dado que o modelo assistencial passou a exigir mão-de-obra para a atenção à saúde individual no âmbito hospitalar. Este foi um dos argumentos para a criação da categoria dos técnicos em enfermagem por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 4024 de 20 de dezembro de 1961.

De acordo com Bertolozzi e Greco (1996), no cenário brasileiro o momento de transição do modelo assistencial foi de intensa luta política e social silenciada pelo golpe civil-militar que se instalou no país em 1964. Foi nesse contexto que posteriormente emergiu o Movimento Sanitário, a partir dos trabalhadores excluídos dos processos decisórios nas políticas de saúde e do acesso aos serviços de saúde.

No período que surgiu o Movimento Sanitário se registra transformações na estrutura social do país, desde mudança demográfica aos eventos epidemiológicos que direcionaram a necessidade de uma revisão nas políticas sociais. O movimento propôs uma reforma e preconizou a substituição do modelo de assistência médico-hospitalar, em consequência da excessiva privatização da assistência médica (COSTA, et al; 2006).

Os mesmos autores destacam que no setor saúde a crise se expressava na falência da seguridade social, déficit operacional crescente e consolidação do modelo privatista.

Para além de uma reforma no setor saúde, o conjunto de propostas visava um novo modelo de sociedade. Neste contexto, o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988

como uma das maiores conquistas sociais, pois afirma a saúde como direito universal e dever do Estado brasileiro. No âmbito político macrossocial, o momento histórico da criação do SUS foi também marcado pela implantação do projeto econômico neoliberal, registrando-se avanços em níveis micro e macroeconômicos (CÔROA, 2016).

Embora a luta original do Movimento Sanitário tenha sido pela universalização do direito à saúde, com controle e responsabilidade exclusivos do Estado, o sistema já nasceu juridicamente aberto à participação da iniciativa privada, ainda que em caráter complementar.

Côroa (2016) destaca que nos anos seguintes à criação do SUS, novas formas de gestão e organização do trabalho foram configuradas pelo paradigma gerencial da empresa contemporânea. A chegada da nova forma de administração pública teve como marco político a Reforma do Aparelho do Estado, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que indicava reformas pautadas nos conceitos de qualidade e produtividade.

Dentre as medidas adotadas, com argumentos de que produziram eficiência e produtividade, foi flexibilizada a estabilidade dos servidores, com a possibilidade de demissões por insuficiência ou por excesso de quadros. Foram expandidas as formas de terceirização da gestão, onde serviços e atividades, antes de responsabilidade do Estado, passaram a ser geridos pelo setor público não estatal, atribuindo caráter público a entidades de direito privado, bem como autonomia administrativa e financeira (CÔROA, 2016).

O processo produtivo brasileiro se tornou cada vez mais descentralizado, com uma tendência ao “trabalho flexível”, ou seja, trabalhadores com vínculo temporário com a empresa, o que favorece a perda da solidariedade entre os trabalhadores, dado que o trabalhador se torna cada vez mais individualizado (ALVES, 2000).

A área da saúde, concentrada no setor de serviços, incorpora essas modificações, e nela destaca-se a flexibilização das relações de trabalho e as formas de contratação dos serviços no SUS, gerando a vinculação terceirizada de novos trabalhadores ao sistema e implantação da gestão do trabalho a partir da cobrança da eficiência e não garantia dos direitos dos trabalhadores da saúde (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Santos (2018) cita que, especificamente para o setor saúde, a implantação do neoliberalismo, por meio da Reforma do Aparelho do Estado, reduziu o papel do Estado na oferta do serviço saúde e viabilizou a criação de Organizações Sociais (OS), Organizações Sociais de Interesse Públicos (Oscip) e diversos modelos de terceirização (Parceria Público Privada, por exemplo) e privatização dos serviços.

O Estado da Bahia inicia o Programa de Incentivo às Organizações Sociais (OS) em 1997, com proposta de contratação de pessoal via CLT e a não obrigação da realização de

concurso ou seleção pública. Em 2007, com a mudança de liderança do governo, o processo de terceirização via OS é estagnado, mas não abolido, e novas soluções para a gestão dos serviços de saúde são pensadas: Parcerias Público Privadas nos hospitais; criação e implantação da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) para a gestão da força de trabalho na Atenção Básica (SANTOS, 2018). Entretanto, a atuação da Fundação extrapolou o âmbito da Atenção Básica e passou a operacionalizar outros serviços estaduais, contratar e alocar trabalhadores para diversos hospitais públicos com administração direta pela Sesab.

Embora o objetivo deste estudo não seja discutir sobre a heterogeneidade dos vínculos trabalhistas, dado que as participantes do estudo são trabalhadoras estatutárias, vale esclarecer sobre o impacto da terceirização nos serviços de saúde e nas relações entre as trabalhadoras, para entendermos o contexto de precarização do trabalho no serviço de saúde.

A terceirização da força de trabalho no serviço público fragiliza a identidade de servidor público e prejudica a oferta destes serviços à população. No caso dos serviços de saúde, resulta na diminuição do número de funcionários e em sua desqualificação e desvalorização, em prol de uma suposta eficiência de instituições de natureza privada, mais flexíveis e ágeis, em contraposição ao padrão do serviço público brasileiro (DRUCK, 2016).

Para Silveira e Grisotti (2010) a desqualificação e desvalorização dos trabalhadores, incluindo os servidores públicos, ocorre quando os concursos internos deixam de existir, o que inviabiliza a programação de uma carreira; os salários, para a maioria dos servidores, são insatisfatórios; contratação flexível do trabalho, devida ausência de concurso público; remuneração fora dos padrões estabelecidos nos planos de cargos e salários, o que justifica múltiplos vínculos empregatícios, mesmo para os concursados, com justificativa de complementação da renda.

O desafio enfrentado é assimilar as novas exigências profissionais, numa estrutura rígida com poucas condições oferecidas para seu desenvolvimento. Atualmente as trabalhadoras estatutárias vivem uma situação híbrida. Precisam se adaptar às novas exigências do mundo do trabalho, tendo agilidade, versatilidade, capacidade de adaptação e aprendizado, sem a oportunidade de melhorias pessoais, nem melhor remuneração ou ascensão funcional (SILVEIRA; GRISOTTI, 2010).

Neste cenário, Teixeira e colaboradores (2014) afirmam que há o convívio entre formas distintas de incorporação e gestão dos trabalhadores, o que tem ampliado a diferenciação entre estes no interior das instituições de saúde. Se antes a gestão pública na saúde geria trabalhadores com regimes jurídicos e culturas diferentes, hoje o desafio está em gerir trabalhadores que são diferenciados nos sistemas de proteção social, pois convivem no

mesmo ambiente, de um lado trabalhadores submetidos a regras de estabilidade, de outro, trabalhadores submetidos a regras de flexibilidade.

O trabalho em enfermagem tem sofrido grande influência da política neoliberal, na qual a precarização das condições e das relações de trabalho tem resultado perdas na qualidade da assistência prestada, repercutindo negativamente na saúde das trabalhadoras (GONÇALVES et al; 2014).

Para Faitão e Pinheiro (2012), as condições precárias de trabalho fazem referência às cobranças desmedidas; sobrecarga de trabalho; fragmentação das tarefas, divisão entre planejamento e execução; modelos administrativos ambíguos; salários baixos; um plano de cargos e salários que equalize os rendimentos; assimetria de benefícios entre os servidores; conflitos de poder; pouco reconhecimento profissional por parte da população atendida e distorção da imagem social do servidor público na qual não oferecem valorização e reconhecimento.

A imagem social construída do servidor público é que este não trabalha e pouco se interessa pela satisfação da população. Embora esta afirmação possa descrever uma pequena parcela de servidores, não pode ser seguida como regra geral e deve ser desconstruída, dado que os servidores públicos formam a linha de frente para a concepção e implementação de políticas públicas que impactam na vida da população em geral (FAITÃO; PINHEIRO, 2012).

Conforme Teixeira e colaboradores (2014), as trabalhadoras da enfermagem são exigidas tanto cognitivamente quanto fisicamente, pois delas são demandadas habilidades como flexibilidade, polivalência e multifuncionalidade, devidas múltiplas atividades que lhes são atribuídas, as quais estão cada vez mais complexas de acordo com as mudanças no contexto técnico científico e social. Em contrapartida, no mesmo contexto laboral registra-se ampliação da desvalorização do trabalho, o aumento do desemprego, a intensificação do trabalho precário e a adoção de trabalhadoras contratadas e/ou terceirizadas, com conseqüente, redução dos salários, do custo de mão de obra e dos encargos trabalhistas.

A mesma autora esclarece que a precarização das condições de trabalho, como escassez de material, inadequação do quantitativo dos recursos humanos, contratos flexíveis, aumento do ritmo de trabalho, inadequação da estrutura física, justificadas pela redução de gastos e maior produtividade, são as causas de manifestações de estresse, doenças laborais, esgotamento físico e mental, depressão, fadiga e irritabilidade nas trabalhadoras.

Fica evidente que essas manifestações no corpo das trabalhadoras têm estreita relação com as condições de trabalho. Os modelos de gestão instituídos nos hospitais, que espoliam

mais ainda a trabalhadora e oferecem precárias condições de trabalho, torna o cenário insalubre para a sua saúde, que se traduz numa assistência de baixa qualidade ou inferior à expectativa da própria trabalhadora (TEIXEIRA, et al; 2014).

Assim as mudanças históricas, políticas e socioeconômicas sob a lógica neoliberal que ocorreram no campo de trabalho em saúde devem ser consideradas quando se estuda o processo de trabalho em saúde e em enfermagem.

3 METODOLOGIA

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada Análise do Processo de Trabalho em Enfermagem na Rede Estadual do Sistema Único de Saúde/Bahia, financiado pelo edital da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) 020/2013 do Programa de Pesquisa para o SUS, cujo objetivo geral é analisar o processo de trabalho em enfermagem na rede de serviços do SUS.

Para compreensão da natureza do objeto e dos objetivos foi adotado o estudo descritivo com abordagem quantitativa, que investiga aspectos relacionados com a organização da atenção à saúde, à estruturação dos serviços de saúde e a gestão do trabalho em enfermagem no SUS no estado da Bahia. O local do estudo, coleta, população e cálculo amostral referem-se à pesquisa matricial.

Neste estudo, se destaca à caracterização do processo de trabalho de técnicas e auxiliares em enfermagem dos hospitais da rede estadual do SUS/Bahia com administração direta, tema pouco abordado na literatura, o que justifica optar por estudo descritivo com o uso de diversas variáveis.

Os estudos descritivos contribuem para assimilação de conteúdo conceitual que envolve uma diversidade de variáveis e descrevem as características de determinadas populações ou fenômenos (GIL, 2008).

A abordagem quantitativa é adequada quando a intenção é pesquisar um grande número de indivíduos, analisar suas características, testar teorias, definir padrões, fazer previsões e identificar relações entre muitos casos (SERAPIONI, 2000; CERVI, 2009).

A coleta de dados da pesquisa matriz foi desenvolvida em duas fases: 1) análise de dados secundários em bases de dados e banco de teses nacionais e internacionais com vistas à produção de conhecimento nacional e internacional sobre o processo de trabalho em enfermagem; 2) utilização de dados primários por meio da aplicação de questionário com as trabalhadoras em enfermagem para caracterização sociodemográfica, profissional e caracterização do processo de trabalho e das condições de trabalho em enfermagem (MELO et al, 2013).

3.1 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa matriz, que gerou um banco de dados utilizado nesse estudo, foi realizada em hospitais públicos com administração direta e indireta. Atualmente a rede de atendimento da Sesab é formada por órgãos da administração direta e da administração indireta e de órgãos colegiados. O estado da Bahia é composto por 28 regiões de saúde. A rede de serviços de

saúde com administração direta é composta por 24 unidades hospitalares, sete centros de referência e quatro unidades de pronto atendimentos (SESAB, 2015).

Foram contatados todos os serviços da rede para autorização do campo e o fornecimento dos dados sobre com o número de trabalhadoras do campo da enfermagem de cada hospital. Obteve-se retorno de 22 hospitais, sendo 15 hospitais com administração direta e sete com administração indireta. Apenas estas organizações respondentes constituíram os campos de coleta de dados.

Porém, para confirmação do início da coleta, foi realizado um segundo contato junto às diretorias e coordenações dos hospitais que fizeram parte do cálculo amostral e foi informado que em dois hospitais com administração indireta foram substituídas as empresas gestoras do estabelecimento de saúde, impossibilitando a coleta. Com isso, as unidades hospitalares participantes foram reduzidas para 20. Neste estudo utilizamos dados coletados em 15 hospitais com administração direta pela Sesab.

De acordo com os critérios de exclusão e escolha deste estudo por hospitais com administração direta, os serviços que foram locais de coleta estão descritos nos quadros 1 e 2.

Quadro 1: Hospitais com administração direta da Sesab onde foi realizada a coleta de dados.

| Região de Saúde | Instituição | Tipo de Serviço |
|------------------------|--|------------------------|
| Camaçari | Hospital Geral de Camaçari | Hospital Geral |
| Feira de Santana | Hospital Geral Clériston Andrade | Hospital Geral |
| Ilhéus | Hospital Geral Luís Viana Filho | Hospital Geral |
| Jequié | Hospital Geral de Ipiaú | Hospital Geral |
| Jequié | Hospital Geral Prado Valadares | Hospital Geral |
| Salvador | Hospital Geral Roberto Santos | Hospital Geral |
| Salvador | Hospital Especializado Octávio Mangabeira | Hospital especializado |
| Salvador | Hospital Geral Ernesto Simões Filho | Hospital Geral |
| Salvador | Hospital Geral João Batista Caribé | Maternidade |
| Salvador | Hospital Geral do Estado | Hospital Geral |
| Salvador | Hospital Juliano Moreira | Hospital especializado |
| Salvador | Maternidade Tsylla Balbimo | Maternidade |
| Salvador | Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba) | Maternidade |
| Salvador | Maternidade Albert Sabin | Maternidade |
| Vitoria da Conquista | Hospital Especializado Afrânio Peixoto | Hospital especializado |

Fonte: Sesab - Diretoria Gestão da Rede Direta; CNES.

Elaboração: SANTOS, 2018

Quadro 2: Característica dos hospitais com administração direta da Sesab onde foi realizada a coleta de dados.

| Hospital | Atendimento prestado | Leitos existentes | Fluxo da clientela | Classificação¹ |
|----------------------------------|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Geral de Camaçari | Ambulatorial, internação, serviço de apoio, diagnóstico e terapêutica (SADT), urgência | 106 | Demanda espontânea, referenciada | Médio porte |
| Geral Clériston Andrade | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 281 | Demanda espontânea, referenciada | Grande porte |
| Geral Luís Viana Filho | Ambulatorial, internação, SADT, urgência, urgência, vigilância em saúde | 117 | Demanda espontânea, referenciada | Médio porte |
| Geral de Ipiáú | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 55 | Demanda espontânea, referenciada | Médio porte |
| Geral Prado Valadares | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 156 | Demanda espontânea, referenciada | Grande porte |
| Geral Roberto Santos | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 685 | Demanda espontânea, referenciada | Grande porte |
| Especializado Octávio Mangabeira | Ambulatorial, internação, SADT | 209 | Demanda espontânea, referenciada | Grande porte |
| Geral Ernesto Simões Filho | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 188 | Demanda espontânea, referenciada | Grande porte |

¹ A classificação de hospitais segundo o número de leitos é: até 50 leitos – pequeno porte; de 51 até 150 leitos – médio porte; acima de 151 leitos – grande porte (Ministério da Saúde: Conceitos e definições em Saúde)

Quadro 2: Característica dos hospitais com administração direta da Sesab onde foi realizada a coleta de dados (continuação)

| Hospital | Atendimento prestado | Leitos existentes | Fluxo da clientela | Classificação¹ |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Geral João Batista Caribé | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 45 | Demanda espontânea, referenciada | Pequeno porte |
| Geral do Estado | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 302 | Demanda espontânea, referenciada | Grande porte |
| Juliano Moreira | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 178 | Demanda espontânea, referenciada | Grande porte |
| Maternidade Tsylla Balbino | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 94 | Demanda espontânea, referenciada | Médio porte |
| Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 111 | Demanda espontânea, referenciada | Médio porte |
| Maternidade Albert Sabin | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 82 | Demanda espontânea, referenciada | Médio porte |
| Especializado Afrânio Peixoto | Ambulatorial, internação, SADT, urgência | 50 | Demanda referenciada | Pequeno porte |

Fonte: Sesab - Diretoria Gestão da Rede Direta; CNES. Situação até 08/06/2017. Elaboração: SANTOS, 2018

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de referência que gerou a população do estudo é representada pelas trabalhadoras (enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem) e foi calculada considerando somente o número das trabalhadoras fornecido pelos hospitais. O cálculo amostral foi estimado estatisticamente para o projeto matriz que trabalhadoras tanto de hospitais, quanto de centros de referência e unidades de pronto-atendimento, baseado nos

dados fornecidos pela Sesab. A amostra foi estratificada por tipo de administração das organizações de saúde, com administração pela Sesab ou com administração indireta por organização privada.

Sendo assim, optou-se pela amostragem estratificada com alocação proporcional devido a heterogeneidade existente entre os dois estratos, trabalhadoras em enfermagem em hospitais com administração direta e em hospitais com administração indireta, visto que alguns elementos como a forma de seleção de pessoal, jornada de trabalho, salário, tipo de vínculo dentre outros, tende a ser distinto em diferentes modelos de administração, e influenciar no processo de trabalho. Sendo assim, garante tanto a homogeneidade dentro dos estratos e maior precisão das estimativas, quanto à proporcionalidade com maior representatividade das trabalhadoras dentro dos respectivos estratos.

No contexto deste estudo, os hospitais foram as unidades amostrais e cada trabalhadora 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.

3.2.1 Dimensionamento da amostra

Para estimar o tamanho da população de referência a ser entrevistada na pesquisa matriz, consideram-se as informações fornecidas pelos cadastros informados pelos hospitais. Como a prevalência dos fenômenos em 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 trabalhadores em enfermagem registradas nas organizações com administração direta ($n=7.140$) e nas organizações com administração indireta ($n=1.681$).

O n encontrado foi alocado proporcionalmente ao total de trabalhadoras nos respectivos estratos ($n=952$) (Tabela 1). Ao valor encontrado, acrescentaram-se 20% para perdas eventuais ($n=190$). A sistemática de seleção adotada foi a abordagem direta da trabalhadora(or) ativa nos respectivos setores, após autorização do responsável pela Organização. Utilizou-se a seguinte fórmula para o dimensionamento da amostra (SIQUEIRA

et al, 2001):
$$n = z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h [N_h^2 * P_h * (1-P_h) / w_h] / [N^2 * d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h N_h * P_h * (1-P_h)]$$
 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 trabalhadores |
| N _h | total de trabalhadores no estrato h |
| w _h | N _h /N – fração de observações alocadas no estrato h |
| P _h | proporção de trabalhadores no estrato h, assumiu-se prevalência desconhecida (P _h = 0,5). |
| n | tamanho da amostra |
| n _h | tamanho da sub amostra no estrato h |
| $z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ | percentil da distribuição gaussiana que corresponde ao nível de confiança 95% ($\alpha=0,05$), para hipótese bilateral. |
| D | erro amostral (d=0,03) |

Quadro 4: Cálculo amostral, amostragem estratificada com alocação proporcional.

| h | Tipo de Gestão | Nh | wh | Ph | Nh*Ph*(1-Ph) | Nh^2*Ph*(1-Ph)/wh | Amostra (nh) | Perdas |
|---|----------------|------|------|-----|--------------|-------------------|--------------|--------|
| 1 | Direta | 7140 | 0,81 | 0,5 | 1785 | 15745485 | 771 | 925 |
| 2 | Indireta | 1681 | 0,19 | 0,5 | 420,25 | 3707025,25 | 181 | 218 |
| | Total | 8821 | 1 | | 2205,25 | 19452510,25 | 952 | 1.142 |

Fonte: Sesab,2013

Tabela 1. Distribuição das trabalhadoras por tipo de administração com alocação proporcional. Bahia – Brasil, 2015.

| Profissional | Gestão Direta | | Gestão Indireta | | Total | |
|--------------|---------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
| | | % | | % | | % |
| Enfermeiras | 224 | 23,98 | 436 | 25,94 | 2.148 | 24,35 |
| Técnicas | 2.597 | 36,37 | 1.160 | 69,01 | 3.757 | 42,59 |
| Auxiliares | 2.831 | 39,65 | 85 | 5,06 | 2.916 | 33,06 |
| Total | 7.140 | 100,00 | 1.681 | 100,00 | 8.821 | 100,00 |

Fonte: Sesab, 2013.

Após a distribuição das trabalhadoras, foi calculada a distribuição da amostragem das mesmas por tipo de administração, como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das trabalhadoras na amostra por tipo de administração com alocação proporcional. Bahia – Brasil, 2015.

| Trabalhadoras | Gestão Direta | | Gestão indireta | | Total | % |
|---------------|---------------|--------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|
| | | % | | % | | |
| Enfermeiras | 224 | 23,98 | 58 | 25,91 | 280,014 | 24,35 |
| Técnicas | 356 | 36,37 | 145 | 69,09 | 490,241 | 42,63 |
| Auxiliares | 339 | 39,65 | 11 | 5,00 | 379,745 | 33,02 |
| Total | 930 | 100,0 | 220 | 100,0 | 1150 | 100,0 |

Fonte: Dados obtidos da amostra.

Após conclusão do cálculo para a pesquisa matriz, utilizou-se como recorte somente o quantitativo de trabalhadoras com vínculo estatutário dos hospitais da rede SUS, sem incluir os centros de referência. Assim, a amostra deste estudo é constituída por 338 técnicas e 319 auxiliares em enfermagem, totalizando 657 trabalhadoras. A opção por analisar apenas as trabalhadoras com vínculo estatutário se justifica pelo fato do Estado ser o maior empregador desta força de trabalho (MACHADO, 2012). Ainda que os hospitais com administração direta também possuam trabalhadoras com outros tipos de vínculo, estas não representaram um **n** significativo para análise.

O tipo de amostra por conveniência. A distribuição da amostra por hospital e tipo de vínculo pode ser observada no Apêndice A.

Os critérios de inclusão dos participantes, técnicas e técnicos em enfermagem e auxiliares em enfermagem são: trabalhar em serviços de saúde do SUS estadual, selecionados e aceitar participar voluntariamente do estudo, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) no Apêndice B.

Os critérios de exclusão do estudo são: participar da pesquisa; estar em desvio da função para a qual foi admitida; recusar ser entrevistada; trabalhar por um período inferior a seis meses no local de pesquisa e fazer parte da direção da organização hospitalar.

3.3 COLETA DE DADOS

No projeto matriz os dados foram coletados a partir de fonte primária, com aplicação de questionário estruturado, no período entre março de 2015 até fevereiro de 2016. A elaboração do instrumento foi coletiva, em múltiplas oficinas com trabalhadoras e pesquisadoras do campo da enfermagem, e se apoiou numa extensa revisão de literatura, leituras de instrumentos utilizados ou validados por outras pesquisas e discussões entre expertises sobre o trabalho em enfermagem e trabalhadoras em enfermagem, com posterior orientação de profissional especializado em estatística.

Na formulação do instrumento foram incluídas questões elaboradas pelo grupo de pesquisadoras responsáveis pelo projeto matriz e incorporadas outras questões adaptadas dos instrumentos utilizados nas seguintes pesquisas: Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2011); Perfil de Morbidade dos Trabalhadores de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado, realizada em Salvador em 2011; Estudo da Saúde dos Enfermeiros, realizada nos hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro em 2011 (GRIEP; ROTENBERG, 2009); e Distúrbios Músculo-esqueléticos em Trabalhadoras de Enfermagem, realizada em hospital público da cidade de Salvador, Bahia (FONSECA, 2009).

O instrumento é composto por 96 itens divididos em sete seções, com questões estruturadas, semiestruturadas e graduadas pela escala de *Likert* (APÊNDICE C):

- I. Características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, dependentes da renda, raça/cor, tempo de trabalho na profissão);
- II. Informações sobre outros vínculos de trabalho (número de outros vínculos de trabalho e jornada de trabalho);
- III. Informações sobre o trabalho na Sesab (tempo de trabalho no local de pesquisa, local de trabalho, turno, características da jornada de trabalho, hora extra e/ou dobra, tipo de vínculo);
- IV. Informações sobre o processo de trabalho (sobre as atividades predominantes no trabalho);
- V. Informações sobre condições de trabalho (sobre a intensidade do trabalho, ambiente físico, local de descanso, presença de conflito, discriminação, violência, satisfação com o trabalho e profissão);
- VI. Informações sobre atividades domésticas (utilização de serviços de diarista ou empregada doméstica, tempo dedicado ao trabalho doméstico);
- VII. Informação salarial (recebimento líquido, satisfação salarial).

O instrumento foi validado por meio de teste piloto, no período de janeiro a fevereiro de 2015 com 347 trabalhadoras de uma organização hospitalar pública externa à amostra, que possui características semelhantes às esperadas nos campos de coleta. A testagem permitiu a familiarização da equipe de coleta com o instrumento, a adequação da linguagem empregada, a avaliação do tempo de aplicação do instrumento, evidenciou as fragilidades e lacunas do questionário e permitiu ajustar o mesmo.

Na coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista estruturada. Em cada estabelecimento foram solicitadas, previamente, informações sobre as unidades de produção de serviço onde atuavam as trabalhadoras do campo da enfermagem e estas, quando selecionadas, eram abordadas diretamente pela entrevistadora, após autorização do responsável pela organização hospitalar, em dias e turnos aleatórios para contemplar a variabilidade da população em estudo.

Houve um controle de qualidade durante a fase de coleta, dividido em duas etapas: no primeiro momento, após o término das entrevistas do dia, a responsável pelo grupo de coleta analisava o preenchimento de todos os questionários do período; no segundo momento, a revisão foi feita por equipe treinada e as questões eram codificadas pela encarregada da digitação.

3.4 VARIÁVEIS

Para o delineamento das variáveis optou-se como base conceitual os estudos de Mendes Gonçalves (1992), que formulou o conceito de processo de trabalho em saúde baseando-se na teoria marxista do trabalho e o caracterizou socialmente com os seguintes elementos: agentes, objetos, instrumentos e atividade/finalidade.

Neste estudo adotamos como conceito-guia sobre o processo de trabalho: processo intencional e consciente, em que a trabalhadora, com sua ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio com a natureza para produzir um resultado previamente concebido e demandado socialmente (LEAL, 2016).

A partir desse entendimento e pautado no instrumento aplicado à pesquisa, relacionamos variáveis aos elementos que caracterizam o processo de trabalho. Embora algumas variáveis tenham relação com mais de um elemento, optamos por relacioná-las apenas a um dos elementos que melhor a caracterizasse.

- a) Relacionadas aos agentes: caracterização sociodemográfica (faixa etária, sexo, escolaridade, raça/cor autodeclarada, quantidade de pessoas que divide a casa, utilização do serviço de diarista ou empregada doméstica) e funcional (tempo de

serviço, se possui outro vínculo de trabalho, número de vínculos de trabalho, jornada de trabalho total nos outros vínculos, jornada de trabalho semanal, dobras no serviço, pagamento por hora extra e/ou dobra, cobertura de serviço fora da escala, satisfação com o salário, sente socialmente reconhecido pelo trabalho que faz, suficiência do salário em relação às necessidades pessoais e familiares, renda líquida, frequência que pensou em abandonar a profissão nos últimos 12 meses, aceitação do trabalho novamente, recomendação da profissão, existência do PCCV, benefício do plano, se sente protegida contra demissão injusta, respeito aos direitos trabalhistas, expectativa de promoção de acordo com seu desempenho, segurança para planejamento do futuro, afiliação a entidade de representação do trabalhador, tipo de discriminação que sofre ou já sofreu, agente causador da discriminação).

- b) Relacionados aos objetos de trabalho: tempo de interação com o usuário; responsabilidade por mais usuário do que consegue assistir; condições de trabalho adequadas ao perfil de gravidade dos usuários; possibilidade de quebrar regras do serviço para atender uma necessidade do usuário; não sofre retaliação quando quebra regras do serviço para atender uma necessidade do usuário; pressão de tempo para execução do serviço, existência de violência entre as trabalhadoras; tipo de violência que sofre ou já sofreu; agente causador da violência.
- c) Relacionadas aos instrumentos de trabalho: utilização de protocolos operacionais (POP); disponibilidade de equipamentos adequados para executar as atividades; disponibilidade de materiais de consumo para executar as atividades; disponibilidade de materiais de consumo adequados para executar as atividades; atividades exigem adaptações ou improvisos para substituir os recursos não disponíveis; se sente informado sobre os riscos a que está exposto; disponibilidade de equipamento de proteção individual (EPI); equipamentos e mobiliários são adequadamente ergonômicos; possibilidade de participação em atividades de educação permanente.
- d) Relacionadas à atividade/ finalidade do trabalho: possibilidade de participação da tomada de decisão com outros trabalhadores sobre as atividades executadas; execução do trabalho em conjunto com outros trabalhadores; possibilidade de saber o resultado da assistência prestado ao usuário; possibilidade de participação em reuniões para organização das atividades; participação nas decisões para elaboração da escala mensal; interrupção das tarefas antes da conclusão; execução das atividades fora da atribuição; execução de atividades sem qualificação; assume

múltiplas atribuições por escassez de pessoal; sente-se pressionada pela chefia imediata no cumprimento das tarefas; possui pouca liberdade para decidir como fazer as tarefas; execução de coisas com as quais não concorda; conflito no ambiente de trabalho; prejuízo da execução das atividades por causa do conflito; categorias quem entram em conflito; principais atividades exercidas com mais frequência.

3.5 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilhas do Programa Excel e analisados após importá-los para o software estatístico SPSS v. 24. para tratamento e geração dos resultados.

A análise consistiu no estudo exploratório das características sociodemográficas e dos elementos que compõem o processo de trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem. Inicialmente para todas as variáveis foram calculadas distribuições de frequência simples e absoluta. As variáveis nominais foram testadas com o teste Exato de Fisher e quando necessário Qui-quadrado de Tendência Linear, com exceção das variáveis relacionadas à renda líquida, discriminação, violência, conflito e as principais atividades executadas, dado que queríamos analisar apenas as proporções das frequências.

As informações obtidas a partir dos dados foram organizadas em tabelas de frequência. Para as variáveis com escala *Likert*, categorizamos em três novas variáveis aderentes: não, equivalente a nunca e raramente; algumas vezes; sim, equivalente a sempre e frequentemente.

Para todos os testes estatísticos foram adotados o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os dados apresentados, além da descrição numérica dos resultados obtidos no estudo, foram analisados à luz do referencial teórico construído nesta pesquisa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa matricial Análise do Processo de Trabalho em Enfermagem na Rede Estadual do SUS/Bahia, do qual essa pesquisa foi recortada, foi aprovado pelo edital FAPESB 020/2013 Programa de Pesquisa para o SUS e aprovado pelo comitê de ética da EEUFBA sob o protocolo (CAAE) nº 17813413.0.0000.5531 e Parecer nº 398.772.

Este estudo foi desenvolvido com base nas premissas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de forma a respeitar os preceitos éticos pautados na autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

As participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos e relevância do estudo no ato do convite para participar da pesquisa e lhes foi dada a liberdade na escolha de participar ou não do estudo. A concordância foi validada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), em duas vias, sendo uma do participante e uma arquivada juntamente com os instrumentos de coleta dos dados.

Foi assegurado aos participantes da pesquisa o direito de desistência e de obter informações sobre o estudo em qualquer uma das suas fases, podendo estes entrarem em contato com a pesquisadora responsável por meios dos contatos disponibilizados no TCLE.

Os riscos desse estudo foram associados ao possível constrangimento que o participante poderia sofrer durante a coleta de dados ou ao vazamento das informações disponibilizadas. Contudo, estratégias para coleta em local privado e não identificação do participante no questionário evitaram os riscos.

Os dados obtidos estão armazenados por um período de cinco anos, mantidos confidenciais e terão como finalidade a divulgação no local de coleta de dados, em eventos científicos e artigos publicados em bases nacionais e internacionais, além do conhecimento produzido ser utilizado no ensino de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da amostra de técnicas e auxiliares em enfermagem, trabalhando em hospitais com administração direta pela Sesab, foram categorizados segundo os componentes do processo de trabalho. Como esclarecido anteriormente algumas variáveis são transversais, e podem caracterizar mais de um componente do processo de trabalho. Porém, para organização da apresentação dos resultados, agregamos as variáveis de acordo com o componente que melhor as caracterizasse: relacionados às agentes do processo de trabalho (incluindo caracterização sociodemográfica e inserção no trabalho); relacionadas ao objeto do processo de trabalho; relacionados aos instrumentos do processo de trabalho e relacionadas às atividades/ finalidades do processo de trabalho.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DO PROCESSO DE TRABALHO: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

De acordo com os dados apresentados na tabela 3, predominou a faixa etária de 31 a 55 anos (84,6%) entre as técnicas e auxiliares em enfermagem. No entanto, registramos diferença estatisticamente significativa nesta faixa etária, com maior proporção de auxiliares na faixa etária mais elevada em relação às técnicas em enfermagem ($p = <0,001$).

Quanto ao sexo, a maior proporção encontrada foi do sexo feminino em ambas categorias, não havendo diferenças proporcionais estatisticamente significantes ($p=0,639$). Quanto à escolaridade, há equivalência das proporções das trabalhadoras com ensino médio, das técnicas (71,9%) e das auxiliares (74,6%). Vale ressaltar a equivalência das proporções quanto à qualificação, de toda a amostra, com 25,8% das trabalhadoras com curso superior completo. Este, embora seja um dado relevante, não registrou significância estatística entre as categorias ($p=0,376$).

Quanto à auto referência da cor da pele, a proporção estatística foi semelhante entre as categorias para cor preta, com (91,4%) das técnicas e (93,4%) das auxiliares e sem registros de diferença proporcional estatisticamente significativa ($p=0,281$).

Tabela 3. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às características sociodemográficas (n=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem | Auxiliar em enfermagem | p-value |
|---|-----------------------|------------------------|------------------------------|
| | n (%) | n (%) | |
| Faixa Etária | | | <0,001^b |
| Até 30 anos | 40 (11,8) | 2 (0,6) | |
| De 31 a 55 anos | 286 (84,6) | 270 (84,6) | |
| 56 anos e mais | 12 (3,6) | 47 (14,7) | |
| Sexo | | | 0,639 ^a |
| Masculino | 45 (13,3) | 38 (11,9) | |
| Feminino | 293 (86,7) | 281 (88,1) | |
| Escolaridade Categorizada | | | 0,376 ^b |
| Fundamental | 1 (0,3) | 5 (1,6) | |
| Ensino Médio | 243 (71,9) | 238 (74,6) | |
| Superior Completo | 66 (19,5) | 47 (14,7) | |
| Superior Completo com Pós Graduação | 28 (8,3) | 29 (9,1) | |
| Raça/ Cor Categorizada | | | 0,281 ^b |
| Branca | 20 (5,9) | 12 (3,8) | |
| Preta | 309 (91,4) | 298 (93,4) | |
| Outros/ Recusou-se a responder/ Não sabe | 9 (2,7) | 9 (2,8) | |
| Quantidade de pessoas que divide a casa | | | 0,142 ^b |
| Até 02 pessoas | 89 (35,7) | 97 (30,4) | |
| De 03 a 04 pessoas | 135 (54,2) | 182 (57,1) | |
| Acima de 05 pessoas | 25 (10,0) | 40 (12,5) | |
| Utilização do serviço de diarista ou empregada doméstica | | | 0,493 ^a |
| Sim | 95 (28,1) | 98 (30,7) | |
| Não | 243 (71,9) | 221 (69,3) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: a Exato de Fisher; b Qui-quadrado de Tendência Linear.

A faixa etária com maior proporção é esperada e corrobora com estudos já existentes (BRASIL, 2003; MACHADO, 2011). As auxiliares em enfermagem são mais velhas e a maior proporção está na faixa etária de 31 a 55 anos. Uma explicação pode ser o fato do concurso público ter ocorrido em 2008, além da extinção de cursos de formação para esta categoria a partir de 2012, com a regulamentação da formação técnica com a Resolução nº 6, de 20 de setembro que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação

Profissional Técnica de Nível Médio, quando passa a ser exigido o ensino médio completo para ingresso no curso técnico.

É importante ressaltar que o Cofen, na Resolução n. 276/2003, estabeleceu a concessão de inscrição provisória, não renovável, para auxiliares em enfermagem formadas após 23 de junho de 2003, com vistas à continuidade para complementação dos estudos, nesse caso habilitação em técnico em enfermagem ou se estiver cursando a graduação em enfermagem em um prazo de cinco anos, a contar da data de emissão do certificado de conclusão do curso. Entretanto as trabalhadoras existentes podem continuar a exercer sua profissão, ou realizar a complementação escolar para mudança de categoria profissional.

Um fato relevante percebido durante as entrevistas foi que algumas trabalhadoras tinham dúvida quanto à sua categoria profissional, dado que o Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos (PCCV), que discutiremos mais a frente, não prevê progressão vertical, isto é, entre profissões. Portanto, a maioria das trabalhadoras que ingressou no Estado como auxiliar em enfermagem permanecerá neste cargo, embora tenham concluído a formação para técnica em enfermagem.

Os dados sobre escolaridade revelam que estas trabalhadoras são qualificadas. Ainda que as maiores proporções estão concentradas no ensino médio em ambas categorias, 17,4% de toda amostra cursou o ensino superior completo com pós graduação.

Vale ressaltar que a maior parte das auxiliares concluiu o ensino médio, o que as torna mais qualificadas para o trabalho e 23,8% delas concluíram o ensino superior. Podemos inferir que a maior qualificação destas trabalhadoras torna sua força de trabalho ainda mais explorada pelo empregador, o Estado, que paga salários baixos, visto que o PCCV não prevê progressão vertical entre carreiras.

Em relação à cor da pele, os resultados convergiram com o esperado, por se tratar de uma população de forte influência afrodescendente. Entretanto, estes resultados divergem de outras pesquisas de alcance nacional, no qual a maioria das técnicas e auxiliares em enfermagem da Bahia se auto declararam pardas (MACHADO, 2011).

Inferimos que as trabalhadoras, em sua maioria, mulheres pretas mais velhas, em condições sociais vulneráveis, com poucas chances de educação formal, optaram por uma profissionalização que requeria um tempo menor de qualificação e em consequência um trabalho com menor remuneração e menor prestígio social.

De acordo com Ribeiro (2006) a situação socioeconômica da mulher preta, além do gênero, carrega consigo a herança de raça, permeada pelo legado histórico do escravagismo e a herança da situação socioeconômica, no qual os indivíduos negros se encontram em

desvantagem competitiva na disputa por posições na estrutura social, logo esses aspectos influenciam nas chances de mobilidade social. Uma das mais importantes vias para a mobilidade social é a educação formal, que permite a ocupação de certas posições de prestígio. Porém, deve-se levar em conta as desigualdades quanto as oportunidades oferecidas para pessoas de cor preta. Segundo Ribeiro (2006) esclarece, negros formados em universidades encontram mais dificuldade de acessar posições profissionais com nível educacional equivalente, o que interfere no processo de mobilidade social.

Visto que o PCCV não prevê mudança entre categorias profissionais, estas trabalhadoras permanecem em suas categorias iniciais, embora superqualificadas em relação aos critérios mínimos exigidos pela função que ocupa nos hospitais.

Para entendermos as condições socioeconômicas das famílias das trabalhadoras, analisamos as variáveis: quantidade de pessoas que divide a casa e utilização do serviço de diarista ou empregada doméstica. Observamos que a maior proporção das trabalhadoras, em ambas categorias, dividem a casa com 03 a 04 pessoas e não utiliza do serviço de diarista ou empregada doméstica, elas próprias executando as tarefas domésticas. Para essas variáveis não se registra significância estatística.

Vale ressaltar que as trabalhadoras em estudo, em sua maioria mulheres, com proporções equivalentes entre as categorias, é algo previsto e constatado em outras pesquisas no Brasil (BRASIL, 2003; MACHADO, 2011). E esta característica marcante do campo de trabalho da enfermagem se justifica pela divisão sexual do trabalho.

De acordo com Hirata (2011) o trabalho feminino se concentra nos setores de serviços pessoais, educação e saúde, onde as mulheres exercem profissões consideradas pouco qualificadas, com baixa remuneração e pouco valorizadas socialmente, quase sempre ocupando o lugar de subordinação nas instâncias de decisão e de atribuição de responsabilidade.

As trabalhadoras, durante algumas entrevistas, ao serem questionadas sobre os serviços domésticos, se referiram a estes como continuidade da jornada de trabalho ou como uma terceira jornada, para as que tinham mais de um vínculo. Os achados nos permitem concluir que a maior proporção das técnicas e auxiliares reside em casa com mais de 02 pessoas e não utiliza do serviço de diarista ou empregada doméstica, dado que o salário não é suficiente para arcar com este custo. Para tanto, se utilizam da própria mão de obra para os serviços domésticos, acrescentando intensidade a sua jornada de trabalho semanal.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES DO PROCESSO DE TRABALHO: VARIÁVEIS FUNCIONAIS

Quanto ao tempo de serviço (Tabela 4) os resultados registram diferença proporcional, com as auxiliares como o grupo com maior tempo de serviço (46,1%). Contudo, quando observado o tempo de serviço até 5 anos, os resultados registram diferença proporcional entre as técnicas (14,5%) e auxiliares (6,6%) e quando comparado o tempo de serviço acima de 16 anos os resultados são 37,3% para técnicas e 46,1% para as auxiliares, com diferença proporcional estatisticamente significativa ($p=0,001$).

Quanto à variável outro vínculo de trabalho, registramos diferença proporcional estatisticamente significativa entre as técnicas e auxiliares, sendo que as técnicas ocupam mais vínculos (42,6%) do que as auxiliares (24,8%). Das trabalhadoras que possuíam mais um vínculo de trabalho além do vínculo com a Sesab, 89,6% são técnicas e 97,5% auxiliares; entre aquelas com 2 a 3 vínculos, 10,4% são técnicas e 2,5% são auxiliares. Dentre as 223 trabalhadoras que declararam outro vínculo de trabalho, os resultados revelam maior proporção tanto entre técnicas quanto auxiliares em relação a mais um vínculo, embora as técnicas acumulem mais vínculos que as auxiliares. Esta diferença de proporção é estatisticamente significativa ($p=0,036$).

Em relação à jornada total de trabalho nos outros vínculos registra-se significância estatística. Dado que as técnicas acumulam mais vínculos que as auxiliares, sua jornada total de trabalho é maior. Logo, 55,6% das técnicas cumprem jornada total acima de 30 horas, e 62,0% das auxiliares até 30 horas. Quanto à jornada de trabalho semanal, comparando as categorias das trabalhadoras, registramos equivalência nas proporções de 30h, com 54,4% das técnicas e 32,0% das auxiliares, embora diferença entre as proporções das auxiliares apontem que sua jornada semanal é maior. Essas diferenças proporcionais demonstram significância estatística ($p=<0,001$).

Quanto às dobras de jornada no serviço, apesar da diferença proporcional, a maior parte das trabalhadoras respondeu que não² dobrava, sendo 44,7% técnicas e 58,0% auxiliares em enfermagem. Em contrapartida, das trabalhadoras que responderam que faziam dobras no serviço, 19,5% são técnicas e 14,4% auxiliares. A diferença de proporção mostra-se estatisticamente significativa ($p=0,002$).

² As variáveis com resposta na escala *Likert* foram recategorizadas e organizadas em três respostas: **não** corresponde às alternativas nunca e raramente; **algumas vezes**; **sim** corresponde às alternativas frequentemente e sempre. Esta reclassificação foi adotada no intuito de organizar os testes estatísticos.

Vale destacar que 45,2% de toda amostra não sabe informar se recebe pagamento por hora extra e/ou dobra no serviço, ou seja, essas horas não são registradas em banco de horas nem são pagas.

Em relação à afiliação a entidade trabalhista, registramos equivalência nas proporções encontradas. A maioria das trabalhadoras não tem filiação sindical ou associativa. Contudo, há diferença proporcional entre as trabalhadoras filiadas, com maior proporção de auxiliares (37,6%). Nos resultados chama atenção a proporção das técnicas que não sabem se são filiadas. Tal diferença proporcional apresentou significância estatística ($p=0,032$).

Tabela 4. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às características funcionais (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p-value |
|--|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Tempo de serviço | | | 0,001^b |
| Até 5 anos | 49 (14,5) | 21 (6,6) | |
| De 6 a 15 anos | 163 (48,2) | 151 (47,3) | |
| Acima de 16 anos | 126 (37,3) | 147 (46,1) | |
| Se possui outro vínculo de trabalho | | | <0,001^a |
| Sim | 144 (42,6) | 79 (24,8) | |
| Não | 194 (57,4) | 240 (75,2) | |
| Número de vínculos de trabalho | | | 0,036^a |
| Um vínculo | 129 (89,6) | 77 (97,5) | |
| De 2 a 3 vínculos | 15 (10,4) | 2 (2,5) | |
| Jornada de trabalho total nos outros vínculos | | | 0,017^a |
| Até 30 horas | 64 (44,4) | 49 (62,0) | |
| Acima de 30 horas | 80 (55,6) | 30 (38,0) | |
| Jornada de trabalho semanal | | | <0,001^b |
| 30h | 184 (54,4) | 102 (32,0) | |
| 36h | 74 (21,9) | 65 (20,4) | |
| 40h | 48 (14,2) | 98 (30,7) | |
| 44h | 17 (5,0) | 29 (9,1) | |
| Outra | 15 (4,4) | 25 (7,8) | |
| Dobras no serviço | | | 0,002^b |
| Não | 151 (44,7) | 185 (58,0) | |
| Algumas vezes | 121 (35,8) | 88 (27,6) | |
| Sim | 66 (19,5) | 46 (14,4) | |

“continua”

Tabela 4. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às características funcionais (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

“continuação”

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p-value |
|--|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Pagamento por hora extra e/ou dobra | | | 0,164 ^b |
| Dinheiro | 2 (0,6) | 6 (1,9) | |
| Banco de horas | 269 (79,6) | 229 (71,8) | |
| Não se aplica | 65 (19,2) | 83 (26,0) | |
| Dinheiro e Banco de horas | 2 (0,6) | 1 (0,3) | |
| Cobertura de serviço fora da escala | | | 0,071 ^a |
| Sim | 163 (48,2) | 131 (41,1) | |
| Não | 175 (51,8) | 188 (58,9) | |
| Afiliação a entidade trabalhista | | | 0,032^b |
| Sim | 112 (33,1) | 120 (37,6) | |
| Não | 201 (59,5) | 191 (59,9) | |
| Não sabe | 25 (7,4) | 8 (2,5) | |
| Sente socialmente reconhecido pelo trabalho que faz | | | 0,514 ^b |
| Não | 96 (28,4) | 99 (31,0) | |
| Algumas vezes | 102 (30,2) | 93 (29,2) | |
| Sim | 140 (41,4) | 127 (39,8) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: a Exato de Fisher; b Qui-quadrado de Tendência Linear.

O tempo de serviço com maior expressão proporcional acima de 6 anos é esperado, dado que o último concurso de acesso às vagas oferecidas pela Sesab foi em 2008. No entanto, existem listas de convocações para vagas residuais após alguns anos do concurso, o que justifica o quantitativo de 70 trabalhadoras entre técnicas e auxiliares em enfermagem com até 5 anos de serviço. Porém, vale salientar que, com a Reforma do Aparelho do Estado e a terceirização irrestrita, mesmo nos serviços públicos as trabalhadoras estatutárias estão sendo substituídas por trabalhadoras terceirizadas.

A proporção das trabalhadoras que afirma não manter outro vínculo de trabalho foi mais da metade da amostra, com predomínio das auxiliares em enfermagem. Este achado, somado aos resultados encontrados em relação à jornada de trabalho semanal das auxiliares, permite inferir que parte das trabalhadoras optou pela ampliação da jornada de trabalho regulamentar de

30 horas para 40 horas semanais, regulamentada pelo PCCV, possivelmente para aumentar a remuneração (BAHIA, 2009).

Embora seja possível ampliar a jornada para aumentar a remuneração, prevista pelo PCCV, esta acontece de acordo com a pertinência e a necessidade da Administração Pública, ou seja, nem todas atendem aos critérios estabelecidos. Logo, supomos que algumas trabalhadoras busquem mais outro vínculo além da Sesab, para aumentar sua remuneração, já que não foram atendidas na ampliação da carga horária.

Os resultados indicam que 34% do total da nossa amostra de trabalhadoras afirma manter outro vínculo. Contudo, para mais outros 2 a 3 vínculos, a proporção maior é entre as técnicas. Isto justifica as diferenças de proporções em relação à jornada total de trabalho nos outros vínculos, registrando as técnicas a jornada total acima de 30 horas.

Isso pode ser justificado pela diferença geracional, dado que as técnicas são mais jovens em comparação às auxiliares, a precarização do trabalho e a insegurança disseminada por esta, que tem se acirrado nos últimos 30 anos. Assim, mesmo sendo estatutárias, as trabalhadoras sentem a síndrome da insegurança de classe.

A síndrome da insegurança de classe é provocada pela flexibilização e precarização do trabalho que atinge todos os setores produtivos da economia, resultado da reestruturação produtiva neoliberal no Brasil, a partir da década de 1990 (ALVES, 2009).

Para Silva (2016), essa insegurança está relacionada aos contratos de trabalhos instáveis, à incerteza de garantias dos direitos trabalhistas, a flexibilização dos salários por meio de recompensa (hora-extra, participação nos lucros, salário por produtividade, comissões), a crise de representação sindical etc.

Embora algumas dessas condições citadas não sejam válidas para as trabalhadoras do estudo, dado o vínculo de trabalho estável destas, os dados revelam que elas também sentem insegurança em relação ao seu trabalho, reforçado pelo fato que parte destas trabalhadoras não se sente segura para planejar o futuro, conforme discutido posteriormente.

Ao analisarmos a carga horária de trabalho, percebemos uma contradição. Na tentativa de compensar uma baixa remuneração, as trabalhadoras negam as próprias reivindicações, nesse caso pela regulamentação da jornada de trabalho para 30 horas, prevista no Projeto de Lei 2295/2000. Este projeto se apóia na preservação da força de trabalho, dado que as trabalhadoras são submetidas ao desgaste físico e psicológico em virtude de turnos extenuantes e dado aos diversos riscos ocupacionais, o que pode ocasionar erros e/ou acidentes de trabalho com consequências desastrosas para os usuários dos serviços (BRASIL, 2000).

As trabalhadoras em enfermagem cumprem uma jornada de trabalho semanal desgastante, por vezes cobrem ausências de outras trabalhadoras, gerando dobras no serviço, por motivo de falta, afastamento por acidente ou doença. Essas horas trabalhadas além da jornada semanal, que deveriam ser pagas, são acumuladas em banco de horas nas instituições e são, geralmente, disponibilizadas conforme critérios estabelecidos pela instituição, não negociados com as trabalhadoras (FELLI; 2012).

A dobra de plantão deve ser uma alternativa esporádica na instituição, não deve ser utilizada para cobrir desfalques previstos na escala, como por exemplo, licença maternidade ou afastamento por auxílio doença. A escala de serviço deve ser elaborada de modo que garanta a continuidade da assistência de acordo com o quadro funcional. Se este não atende a demanda de forma segura, cabe a instituição criar novas soluções para adequação do dimensionamento do quadro.

Ainda que autorizada pela trabalhadora em enfermagem, a dobra de plantão deve ser cumprida de maneira responsável e esporádica, sem risco a vida do paciente, a saúde da população e da trabalhadora (COREN, 2013).

Vale salientar que na variável pagamento por horas extras e/ou dobra, predominou banco de horas, com proporções semelhantes entre as categorias. Contudo, 45% das trabalhadoras referiram que as horas não são registradas em banco de horas nem são pagas.

Valadares e outros (2017) destacam que as mudanças introduzidas pela Lei 13.467/2017, no que se refere à jornada de trabalho, atuam em dois sentidos: flexibilização da jornada e redução direta de custos. O trabalhador se torna mais disponível para o empregador via ampliação da compensação de horas extras (banco de horas), que passa a ser possível por meio de acordos individuais escritos e deve ser feita em até 6 meses, além de permitir também acordo individual tácito, devendo ser compensado no próprio mês.

Apenas 232 (35,3%) das trabalhadoras informou estar afiliada a alguma entidade de representação trabalhista, embora haja organizações políticas consolidadas na Bahia. O sindicato que representa as trabalhadoras desta amostra, técnicas e auxiliares em enfermagem, estatutárias, sob o Regime Jurídico Único é o Sindsaúde público, que também representa as enfermeiras.

Das trabalhadoras filiadas, a maioria é auxiliar em enfermagem, dado que estas trabalhadoras são as mais velhas, o que pode indicar maior informação sobre a importância da filiação sindical entre diferentes gerações de trabalhadoras.

Conforme Alves (2009), a perda, no imaginário social, de referentes coletivos é um dos elementos objetivos de ampla significação que marcam a precarização do trabalho no Brasil,

na década de 1990, ou seja, uma negação da afirmação coletiva gerada pelo sindicalismo e associativismo da década anterior. Embora tenha ocorrido o crescimento no número de sindicatos de trabalhadores no país nesse período, isso se revelou em efetiva representação política e em referentes coletivos para o mundo do trabalho. Pelo contrário, atestou a condição de fragmentação sindical que se instalou com a ascensão do neoliberalismo.

Vale salientar que a organização política amplia o espaço social da trabalhadora. No campo da enfermagem percebe-se fragilidade nos espaços de ensino, pouco estímulo à participação política, sendo esta, por vezes, depreciada quando comparada aos atributos técnicos e conhecimentos científicos, fragilidade na formação que reflete no campo de trabalho (LESSA; ARAÚJO, 2013). Podemos notar esta fragilidade, quando analisamos os resultados e registramos que 59,6% de toda amostra de trabalhadoras deste estudo não é afiliada a entidade trabalhista.

As mesmas autoras alertam que, mesmo com número expressivo de trabalhadoras em enfermagem, fato que na teoria representa uma base forte para as organizações trabalhistas, esse quantitativo não se traduz em organização e em participação política, dado que a maioria destas trabalhadoras não é sindicalizada. Além disso, é um campo de trabalho marcado por outros indicadores que apontam fragilidade na organização política: baixa remuneração, não definição do piso salarial e da jornada de trabalho em 30 horas.

As reivindicações comuns às três categorias de trabalhadoras do campo da enfermagem são por melhores condições de trabalho, redução da jornada de trabalho, melhores salários, dimensionamento de pessoal adequado e reconhecimento social (FELLI; 2012). Entretanto, tais reivindicações muitas vezes se limitam às conversas informais nos corredores dos serviços, nas trocas de turno de trabalho, ou no debate em sala de aula. Assim, os anseios individuais, sem articulação política, não traduzem os anseios coletivos e nem alcançam visibilidade nos espaços decisórios.

Ainda que os resultados indiquem que a maioria das trabalhadoras, entre técnicas e auxiliares, se sinta reconhecida socialmente, vale questionar: de que forma a sociedade reconhece o trabalho, senão oferecendo boas condições de trabalho e valorizando a trabalhadora por meio da remuneração justa?

No entanto, estudos como o de Almeida e Pires (2007), Prestes e outros (2010), Garcia e outros (2012) apontam que o reconhecimento da trabalhadora está ao perceber que suas ações e cuidados impactam na melhora do estado de saúde do usuário. Outro aspecto apontado como reconhecimento do trabalho emerge quando a trabalhadora percebe algum ato de afeto do próprio usuário, em gratidão aos cuidados dispensados ou vínculo construído, o

que revela sentimentos de recompensa e aproxima a trabalhadora do resultado de seu trabalho, tornando esta relação positiva.

O reconhecimento do trabalho, pela sociedade, poderá ocorrer diante da organização política das trabalhadoras e a construção da identidade de classe. Para tanto, é preciso criar estratégias, conhecer a história da profissão, se reconhecer como trabalhadora, entender o seu papel e torná-lo visível (LESSA; ARAÚJO, 2013).

No campo da enfermagem as trabalhadoras são invisíveis. Este campo é marcado pela divisão social e técnica do trabalho, as formações das trabalhadoras são distintas, as relações de formação e trabalho são hierarquizadas (formação de ensino superior versus formação de nível médio). O trabalho é regulado pela complexidade de procedimentos, o que não condiz com o trabalho concreto.

Embora exista formas de regulação do trabalho e as atribuições sejam específicas para cada trabalhadora dentro da divisão técnica do trabalho, no trabalho concreto as atividades podem se aproximar e por vezes a trabalhadora se submete a executar tarefas e atividades para qual não foi qualificada. Tais peculiaridades no campo da enfermagem refletem no senso comum, de modo que as trabalhadoras não são distinguidas e todas são vistas como enfermeiras ou ainda recebem a designação comum de “enfermagem”.

A maior proporção das trabalhadoras, tanto técnicas quanto auxiliares, não considera suficiente o salário em relação às necessidades pessoais e familiares (tabela 5). Além disso, encontramos significância estatística ($p=0,008$) ao analisarmos a variável satisfação com o salário. A maioria das técnicas (52,1%) relata muita insatisfação ou insatisfação, enquanto que a maioria das auxiliares (42,0%) relata pouca satisfação com o salário.

Para analisarmos a renda líquida, categorizamos em faixas salariais e calculamos as proporções. Observamos diferenças de proporções nas faixas salariais mais altas; não se identificam técnicas com renda líquida acima de R\$ 3.940,00 até R\$7.880,00, embora tenha sido observado 4 auxiliares nesta faixa, representando 1% da amostra.

Na faixa salarial acima de R\$ 2.364,00 até R\$ 3.152,00 os resultados revelam diferenças de proporções entre as técnicas (10,0%) e as auxiliares (20,0%). As proporções foram se tornando mais equivalentes na faixa acima de R\$ 1.576,00 até R\$ 2.364,00, com 42,0% técnicas e 39,0% auxiliares.

Entretanto, na faixa salarial mais baixa, existe diferença entre as proporções com 43,0% das técnicas e 29,0% de auxiliares, o que permite inferir que as auxiliares recebem maior remuneração do que as técnicas, dado que possuem mais tempo de serviço.

Tabela 5. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à satisfação com o salário e a profissão (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p- value* |
|--|--|---|----------------------|
| Suficiência do salário em relação às necessidades pessoais e familiares | | | 0,248 |
| Sim | 39 (11,5) | 47 (14,7) | |
| Não | 299 (88,5) | 272 (85,3) | |
| Satisfação com o salário | | | 0,008 |
| Muito satisfeita/ satisfeita | 48 (14,2) | 56 (17,6) | |
| Pouco satisfeita | 114 (33,7) | 134 (42,0) | |
| Muito insatisfeita/ insatisfeita | 176 (52,1) | 129 (40,4) | |
| Renda Líquida³ | | | |
| R\$ 788,00 até R\$ 1.576,00 | 146 (43,0) | 91 (29,0) | |
| Acima de R\$ 1.576,00 até R\$ 2.364,00 | 141 (42,0) | 126 (39,0) | |
| Acima de R\$ 2.364,00 até R\$ 3.152,00 | 34 (10,0) | 65 (20,0) | |
| Acima de R\$ 3.152,00 até R\$ 3.940,00 | 8 (2,0) | 25 (8,0) | |
| Acima de R\$ 3.940,00 até R\$ 7.880,00 | 0 (0) | 4 (1,0) | |
| Acima de R\$ 7.880,00 | 0 (0) | 0 (0) | |
| Recusou-se a responder | 9 (3,0) | 8 (3,0) | |
| Frequência que pensou em abandonar a profissão nos últimos 12 meses | | | 0,180 |
| Menos que 3 vezes | 282 (83,4) | 278 (87,1) | |
| 3 vezes | 26 (7,7) | 20 (6,3) | |
| Mais que 3 vezes | 30 (8,9) | 21 (6,6) | |
| Aceitação do trabalho novamente | | | 0,856 |
| Sim | 258 (76,3) | 243 (76,2) | |
| Não | 62 (18,3) | 62 (19,4) | |
| Não sabe | 18 (5,3) | 14 (4,4) | |

“continua”

3 A faixa salarial deu-se a partir do salário mínimo no Brasil em 01/01/2015 (R\$ 788,00) por meio do Decreto 8.381/2014.

Tabela 5. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à satisfação com o salário e a profissão (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

“continuação”

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p- value* |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Recomendação da profissão | | | 0,135 |
| Sim | 216 (63,9) | 216 (67,7) | |
| Não | 111 (32,8) | 100 (31,3) | |
| Não sabe | 11 (3,3) | 3 (0,9) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: * Qui-quadrado de Tendência Linear.

Para entendermos as diferenças proporcionais na faixa salarial entre as categorias, admitindo que as auxiliares se enquadrem em maiores salários, é preciso levar em conta, além do tempo de serviço, ampliação de carga horária, pois ambos são critérios de ascensão salarial no PCCV, que será discutido adiante.

Uma maior proporção das trabalhadoras não considera o salário suficiente, enquanto que as auxiliares são mais satisfeitas com o salário, dado que as técnicas estão concentradas nas faixas salariais mais baixas e as auxiliares distribuídas entre as faixas salariais mais altas. Em tese seria esperado maior satisfação quanto ao salário entre o grupo de técnicas, que por ter maior qualificação receberiam um salário também maior. No entanto, estas trabalhadoras ganham menos que as auxiliares, formalmente menos qualificadas. Vale salientar que as duas categorias de trabalhadoras sempre receberam os menores salários no campo da enfermagem, dado que são submetidas à hierarquia da formação e, sobretudo, submetidas à divisão social e técnica do trabalho.

Ao analisarmos os achados em relação à renda líquida das trabalhadoras entrevistadas, lembrando que o salário mínimo em vigor no período das entrevistas era R\$ 788,00, e comparado estes salários ao Projeto de Lei (PL) n. 459 de 25 de fevereiro de 2015, que prevê o piso salarial inicial, com correções anuais, de R\$ 7.880,00 para enfermeira, 50% deste piso estabelecido para técnica em enfermagem e 40% para a auxiliar em enfermagem e a parteira (BRASIL, 2015), podemos concluir que apenas 33 trabalhadoras, o que corresponde a 5% da amostra estariam recebendo o salário correspondente ao piso salarial proposto.

Em estudo realizado por Silva e colaboradores (2006), numa amostra de enfermeiras, a insatisfação com o salário é um dos principais motivos citados para a manutenção de outro

vínculo empregatício. Podemos ampliar esta afirmação para todas as trabalhadoras do campo da enfermagem, dada a proximidade da natureza do trabalho e as reivindicações comuns às todas as trabalhadoras.

Isto posto, concluímos que a busca por outros vínculos de trabalho, com aumento da jornada de trabalho semanal, são soluções individuais que as trabalhadoras adotam para compensar salários insuficientes para suas necessidades pessoais e familiares. Assim, identificamos uma contradição nos resultados: se as condições salariais não garantem uma reprodução social adequada, sem que para isso se assumam jornadas de trabalho extenuantes, por que as trabalhadoras, diante de tais condições se sentem reconhecidas socialmente, recomendem sua profissão e raramente pensam em abandoná-la?

Ao analisarmos os determinantes históricos do campo da enfermagem podemos compreender tal contradição. Santos (2018) afirma que, embora as trabalhadoras em enfermagem vendam sua força de trabalho mediante uma demanda e exerçam o trabalho na esfera pública em troca de um salário, as desigualdades de gênero condicionam as práticas deste campo. Tais desigualdades e seus condicionantes sociais são limitantes para as escolhas profissionais que fazem essas trabalhadoras.

Além disso, no senso comum predominante, o trabalho em enfermagem é associado à vocação, dedicação maternal, amorosidade e doação, qualidades socialmente atribuídas ao feminino, em detrimento à qualificação da trabalhadora, uma ideologização que não permite que a trabalhadora se veja como tal.

Em relação ao PCCV, a tabela 6 descreve que 53,3% das técnicas não sabem sobre a existência do Plano, enquanto que 45,5% das auxiliares afirmam conhecer a existência deste, revelando uma diferença proporcional estatisticamente significativa ($p=0,001$).

Contudo, entre as trabalhadoras que sabem da existência do PCCV, a maioria, nas duas categorias, não foi beneficiada pelo Plano, sendo 53,3% das técnicas e 50,5% das auxiliares. Contraditoriamente, em proporções equivalentes, técnicas (50,9%) e auxiliares (63,0%) se consideram protegidas contra demissão injusta, e os resultados para ambas avariáveis tem significância estatística.

Embora as trabalhadoras saibam sobre a estabilidade assegurada pelo Estado em seus vínculos trabalhistas, parte delas afirma que seus direitos trabalhistas não são respeitados e não sentem segurança para o planejar o futuro.

Os achados revelam um desconhecimento das trabalhadoras sobre o PCCV. Vale lembrar que, mesmo em tempos de desmonte dos direitos sociais, a trabalhadora em

enfermagem, estatutária, tem seus direitos trabalhistas assegurados, embora parte delas desconheça isso, e uma carreira com expectativa de promoção.

Tabela 6. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa ao PCCV (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem | Auxiliar em enfermagem | p-value |
|---|-----------------------|------------------------|--------------------------|
| | n (%) | n (%) | |
| Existência do PCCV | | | 0,001^b |
| Sim | 101 (29,9) | 145 (45,5) | |
| Não | 180 (53,3) | 126 (39,5) | |
| Não sabe | 57 (16,9) | 48 (15,0) | |
| Benefício do plano | | | 0,012^b |
| Sim | 33 (21,7) | 63 (32,5) | |
| Não | 81 (53,3) | 98 (50,5) | |
| Não sabe | 38 (25,0) | 33 (17,0) | |
| Se considera protegida contra demissão injusta | | | 0,002^a |
| Sim | 172 (50,9) | 201 (63,0) | |
| Não | 166 (49,1) | 118 (37,0) | |
| Respeito aos direitos trabalhistas | | | 0,966 ^b |
| Não | 84 (24,9) | 84 (26,3) | |
| Algumas vezes | 114 (33,7) | 99 (31,0) | |
| Sim | 140 (41,4) | 136 (42,6) | |
| Expectativa de promoção de acordo com seu desempenho | | | 0,544 ^b |
| Sim | 282 (83,4) | 271 (85,0) | |
| Não | 31 (9,2) | 28 (8,8) | |
| Não sabe | 25 (7,4) | 20 (6,3) | |
| Segurança para planejamento do futuro | | | 0,692 ^b |
| Não | 63 (18,6) | 69 (21,6) | |
| Algumas vezes | 85 (25,1) | 69 (21,6) | |
| Sim | 190 (56,2) | 181 (56,7) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: a Exato de Fisher; b Qui-quadrado de Tendência Linear

O PCCV foi instituído pela Lei nº 11.373/2009 e alterado na Lei nº 4.749/2012. No que diz às trabalhadoras do estudo, a carreira ficou estruturada da seguinte forma: 6 classes e 15 níveis para categoria funcional Auxiliar em serviços de saúde (exigido escolaridade de nível fundamental); 8 classes e 15 níveis para categoria funcional Técnico em serviços de saúde (exigido escolaridade de nível técnico profissionalizante).

O salário para estas trabalhadoras no PCCV é composto por: Vencimento básico e Gratificação de Incentivo ao Desempenho (GID) definida como estímulo à qualidade da

atenção à saúde prestada nos serviços de saúde, por meio de metas qualitativas e quantitativas. Assim, no momento da coleta dos dados, o salário básico para as técnicas e auxiliares em enfermagem era de R\$ 777,39 para jornada de 30 horas e R\$ 1.166,09 para jornada de 40 horas, e a GID mínima era de R\$ 583,88 e a máxima R\$ 1.734,61 na última revisão do PCCV em 2012 (BAHIA, 2009).

Para a progressão de nível na mesma classe, a trabalhadora tem que atingir a pontuação mínima em avaliação de desempenho individual, bem como participar de cursos de qualificação, formação e aperfeiçoamento. Contudo, ao cumprir todos os critérios, é necessário inscrição prévia e submeter-se à existência de vagas. Para cada categoria existem 15 níveis da mesma classe, o que pode estender o tempo de promoção de nível da trabalhadora para alteração salarial.

Apesar disso, o PCCV representa a possibilidade de acesso da trabalhadora em enfermagem a aumentar sua renda e ter plano de carreira, fato que pode transmitir a sensação de segurança para planejamento do futuro profissional, ainda que a existência do PCCV seja desconhecida para a maioria.

Outra variável analisada, em relação aos agentes do trabalho em enfermagem foi sobre discriminação. Na tabela 7 descrevemos os tipos de discriminação e os fatores causadores da discriminação sofrida pelas trabalhadoras, ressaltando que as entrevistadas poderiam enunciar múltiplas alternativas como respostas. Notamos que as maiores proporções do tipo de discriminação são: tipo de vínculo no serviço (26,0%), seguido de tempo de serviço (24,0%) para técnicas; tempo de serviço (16,0%), seguido de limitação física e tipo de vínculo no serviço (14,0%), ambas para auxiliares.

Quanto ao agente causador da discriminação, as técnicas e auxiliares destacaram as colegas da mesma categoria 29,0% e 31,0% respectivamente, seguido das enfermeiras com proporções equivalentes para técnicas (14,0%) e para auxiliares (13,0%).

Os resultados encontrados revelam que as próprias trabalhadoras do campo da enfermagem são as que mais se discriminam.

Ao falarmos de discriminação entre colegas da mesma categoria, tanto por tipo de vínculo, tempo de serviço, quanto por limitação física, observamos que existe conflito entre estas, o que pode ser explicado do ponto de vista estrutural pela divisão social e técnica do trabalho, que separa as trabalhadoras e fragmenta as atividades do trabalho, colocando-as, no cotidiano de trabalho, como adversárias.

Tabela 7. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à discriminação sofrida (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) |
|---|--|---|
| Tipo de discriminação que sofre ou já sofreu | | |
| Gênero | 11 (6,0) | 7 (4,0) |
| Orientação sexual | 3 (2,0) | 3 (2,0) |
| Cor/raça | 10 (5,0) | 10 (5,0) |
| Peso | 12 (6,0) | 15 (8,0) |
| Idade | 11 (6,0) | 17 (9,0) |
| Social | 14 (8,0) | 20 (11,0) |
| Pessoa com deficiência | 0 | 3 (2,0) |
| Limitação física | 9 (5,0) | 25 (14,0) |
| Tipo de vínculo nesse serviço | 48 (26,0) | 26 (14,0) |
| Tempo de serviço | 44 (24,0) | 29 (16,0) |
| Agente causador da discriminação | | |
| Acompanhante/familiar/usuário | 17 (10,0) | 19 (12,0) |
| Auxiliares e técnicas de enfermagem | 50 (29,0) | 48 (31,0) |
| Direção/ coordenação/ chefia/ administração | 20 (12,0) | 13 (8,0) |
| Enfermeiras | 25 (14,0) | 21 (13,0) |
| Colegas de trabalho de mesma ou outra categoria | 36 (21,0) | 29 (19,0) |
| Equipe de enfermagem | 7 (4,0) | 8 (5,0) |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

As práticas discriminatórias por razão racial, de gênero, orientação sexual, obesidade e em relação às pessoas com necessidades especiais foram expressas em menores proporções. Estas práticas influenciam no desgaste da trabalhadora, em seu sofrimento (com possível adoecimento psíquico), gera afastamentos do trabalho ou até impacto na vida pessoal, demonstrando a frágil solidariedade que há entre as trabalhadoras deste campo.

Para Druck (2011), os padrões de gestão e organização do trabalho, no contexto atual de precarização do trabalho, se expressam na gestão pelo medo, com estabelecimento de produtividade, polivalência das trabalhadoras, na discriminação e assédio moral. A trabalhadora que não se adapta às normas da organização se torna descartável, o que causa insegurança e aumenta a disputa entre os trabalhadores, e gera quebra da solidariedade nos

processos de trabalho. Tais argumentos podem explicar em parte, os resultados encontrados quanto à discriminação entre trabalhadoras auxiliares e técnicas em enfermagem.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DO PROCESSO DE TRABALHO: RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS

Em relação à interação com o usuário (Tabela 8), a maior proporção, entre as categorias, dispõe de tempo para interagir com o usuário, sendo 47,6% das técnicas e 47,0% das auxiliares. Em proporções semelhantes, 45,0% das técnicas e 40,4% das auxiliares afirmam ser responsáveis por mais usuários do que conseguem assistir, e 40,8% das técnicas e 33,9% das auxiliares afirmam que não existem condições adequadas de trabalho para atender ao perfil de gravidade do usuário, registrando significância estatística ($p=0,029$).

No que se refere à pressão de tempo para execução do serviço, as auxiliares afirmam que a pressão de tempo é menor. A maior parte das técnicas (47,3%) relatou a pressão de tempo como “insuportável”⁴, enquanto que para as auxiliares (52,0%) esta pressão é classificada como “às vezes insuportável”, com significância estatística nas diferenças entre as proporções.

Tabela 8. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à relação com o usuário (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica enfermagem n (%) | em Auxiliar enfermagem n (%) | em p-value* |
|--|--------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Tem tempo de interação com o usuário | | | 0,318 |
| Não | 58 (17,2) | 72 (22,6) | |
| Algumas vezes | 119 (35,2) | 97 (30,4) | |
| Sim | 161 (47,6) | 150 (47) | |
| Responsabilidade por mais usuários do que consegue assistir | | | 0,205 |
| Não | 106 (31,4) | 113 (35,4) | |
| Algumas vezes | 80 (23,7) | 77 (24,1) | |
| Sim | 152 (45) | 129 (40,4) | “continua” |

⁴ As variáveis sobre o ritmo de tempo, possuíam uma classificação de 0 a 5, sendo que 0 correspondia a inexistente e 5 a insuportável. Para melhor organizarmos os testes estatísticos, agregadas em três respostas: **inexistência**, **às vezes insuportável** e **insuportável**.

Tabela 8. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à relação com o usuário (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

“continuação”

| Variáveis | Técnica enfermagem n (%) | em Auxiliar enfermagem n (%) | em p-value* |
|--|--------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Condições de trabalho adequadas ao perfil de gravidade dos usuários | | | 0,029 |
| Não | 138 (40,8) | 108 (33,9) | |
| Algumas vezes | 114 (33,7) | 108 (33,9) | |
| Sim | 86 (25,4) | 103 (32,3) | |
| Pressão de tempo para execução do serviço | | | 0,012 |
| Inexistente | 33 (9,8) | 37 (11,6) | |
| As vezes insuportável | 145 (42,9) | 166 (52,0) | |
| Insuportável | 160 (47,3) | 116 (36,4) | |
| Possibilidade de quebrar regras do serviço para atender uma necessidade do usuário | | | 0,045 |
| Não | 181 (53,6) | 149 (46,7) | |
| Algumas vezes | 106 (31,4) | 106 (33,2) | |
| Sim | 51 (15,1) | 64 (20,1) | |
| Não sofre retaliação quando quebra as regras do serviço para atender uma necessidade do usuário | | | 0,724 |
| Não | 214 (63,3) | 206 (64,6) | |
| Algumas vezes | 78 (23,1) | 59 (18,5) | |
| Sim | 46 (13,6) | 54 (16,9) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: * Qui-quadrado de Tendência Linear.

Em relação à pergunta se existe possibilidade de quebrar regras do serviço para atender necessidades do usuário, as respostas registram diferença nas proporções entre as categorias, sendo que as técnicas quebram menos as regras do que as auxiliares. Dessa forma, houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,045$).

Embora informem sobrecarga na intensidade do trabalho, dado que as trabalhadoras afirmam que são responsáveis por mais usuários que o mínimo que conseguem assistir, que as condições de trabalho sejam precárias, pois não são adequadas ao perfil de gravidade do usuário, estas trabalhadoras afirmam que dispõem de tempo para interagir com o usuário.

Além disso, mesmo que não exista possibilidade de quebrar regras do serviço para atender a uma necessidade do usuário, algumas vezes elas o fazem.

A análise revela que as auxiliares quebram mais regras e priorizam mais as necessidades dos usuários em detrimento das normas e rotinas do que as técnicas. Uma hipótese para este resultado é o fato que este grupo de trabalhadoras compõem o grupo geracional mais velho e são estatutárias com maior número de filiados a entidade trabalhista, o que pode revelar maior conhecimento sobre direitos delas e dos usuários.

O ritmo e a pressão de tempo intenso para execução do trabalho fazem aumentar a produtividade, ainda que as condições de trabalho sejam adversas. A intensificação do trabalho nos serviços públicos segue a conformação da lógica de organização do processo de trabalho do setor privado, dado que as trabalhadoras são cobradas por eficiência, aptidão e competitividade compatíveis às trabalhadoras do setor privado (SANTOS, 2018).

Contudo, Osório (2006) afirma que as cargas excessivas de trabalho são resultado da dinâmica institucionalizada de funcionamento, em que a falta de pessoal e condições de trabalho precárias potencializam problemas antes não evidentes.

Ao tratarmos sobre violência na tabela 9, observamos que a diferença entre as proporções das trabalhadoras é mínima. 52,4% das técnicas afirmam não existir violência entre as trabalhadoras, enquanto que 49,5% das auxiliares afirmam existir. A diferença de proporção não demonstrou significância estatística.

Das trabalhadoras que afirmaram ter sofrido violência, a tipologia mais frequente é a violência psicológica para 49,1% das técnicas e 49,0% das auxiliares, seguida pela violência moral para 35,8% das técnicas e 35,2% das auxiliares. Em proporções menores, porém não menos preocupante, emerge dos resultados a violência física sofrida para 9,0% das técnicas e 10,5% das auxiliares. Entre os agentes causadores da violência estão o usuário e o familiar do usuário com as maiores proporções, com equivalência entre as duas categorias de trabalhadoras.

A maior frequência da violência psicológica sofrida pelas trabalhadoras converge com resultados de estudos realizados e citados anteriormente (MACHADO, 2011).

As trabalhadoras relatam que a maior frequência entre os agentes causadores da violência estão os usuários e seus familiares. Isso permite inferir que, sendo essas trabalhadoras as que se situam na linha de frente da organização hospitalar, portanto com mais tempo de contato com usuários e seus familiares, são responsabilizadas pela precarização do serviço de saúde nos hospitais públicos, são trabalhadoras sem reconhecimento social e assim facilmente vítimas de violência pelos que usam os serviços de saúde.

Tabela 9. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa à violência sofrida (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p-value* |
|---|--|---|-----------------|
| Existência de violência entre as trabalhadoras | | | 0,640 |
| Sim | 161 (47,6) | 158 (49,5) | |
| Não | 177 (52,4) | 161 (50,5) | |
| Tipo de violência que sofre ou já sofreu | | | |
| Física | 19 (9,0) | 22 (10,5) | |
| Psicológica | 104 (49,1) | 103 (49,0) | |
| Sexual | 2 (0,9) | 3 (1,4) | |
| Moral | 76 (35,8) | 74 (35,2) | |
| Outro | 11 (5,2) | 8 (3,8) | |
| Agente causador da violência | | | |
| Usuário | 83(28,0) | 78 (27,8) | |
| Familiar do usuário | 80 (27,0) | 68 (24,2) | |
| Chefia imediata | 49 (16,6) | 51 (18,1) | |
| Colega da mesma categoria profissional | 36 (12,2) | 31 (11,0) | |
| Colega de outra categoria profissional | 37 (12,5) | 33 (11,7) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: * Exato de Fisher.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a escassez de pessoal, equipamentos sucateados, insumos e leitos insuficientes, condições inadequadas de trabalho em relação ao perfil de gravidade do usuário, etc., são fatores que impactam na qualidade do processo de trabalho em enfermagem e não estão nos controle das trabalhadoras.

Vasconcelos e outros (2012) afirmam que a trabalhadora em enfermagem é também vítima dentro do processo precário de atendimento nos hospitais públicos. O confronto que existe entre trabalhadoras e usuários pode causar tensão no trabalho e gerar para trabalhadora o sentimento de desvalorização e falta de reconhecimento.

Em relação à violência causada pelos próprios colegas da mesma categoria e/ou de outra categoria, incluindo colegas e chefia imediata, estas estão relacionadas com os fatores que explicam a divisão social e técnica do trabalho já discutido em outras seções.

Na tabela 10 estão evidenciadas as variáveis que revelam aspectos da relação no trabalho referentes aos conflitos vividos pelas trabalhadoras.

Quanto à existência do conflito entre os trabalhadores, a maior proporção de ambas categorias negou esta existência, não registrando diferença proporcional com significância estatística.

Das trabalhadoras que reconheceram a existência do conflito, a maior parte referiu que a categoria de trabalhadoras que mais entra em conflito é das técnicas e auxiliares em enfermagem, seguidas das enfermeiras, e que este conflito não prejudica a execução das atividades.

Tabela 10. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa ao conflito vivido (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p- value* |
|--|--------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Existência de conflito entre os trabalhadores | | | 1,000 |
| Sim | 90 (26,6) | 84 (26,3) | |
| Não | 248 (73,4) | 235 (73,7) | |
| Categorias que entram em conflito | | | |
| Auxiliar / Técnica de enfermagem | 68 (25,2) | 66 (26,2) | |
| Enfermeira | 51 (18,9) | 29 (11,5) | |
| Outros trabalhadores de nível superior | 8 (3,0) | 17 (6,7) | |
| Prejuízo da execução das atividades por causa do conflito | | | |
| Sim | 32 (35,6) | 39 (46,4) | |
| Não | 58 (64,4) | 45 (53,6) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: * Exato de Fisher.

Para as técnicas e auxiliares em enfermagem o conflito é freqüente com seus próprios pares, colegas da mesma categoria, e em menor proporção com as enfermeiras. Isso pode ser justificado pelo hierarquização no campo de trabalho em enfermagem. O conflito entre os pares pode ser explicado pela relação de igualdade sem hierarquia, porém o conflito com as enfermeiras se origina justamente na relação desigual hierarquicamente desenhada pela divisão social e técnica do trabalho.

Há ainda outros desdobramentos do conflito entre os pares. Embora com formações e atribuições diferentes, as técnicas e auxiliares em enfermagem, no trabalho concreto executam

as mesmas atividades. No entanto, ocupam posição diferente na divisão técnica do trabalho e recebem salário diferente.

A superqualificação das técnicas e auxiliares em enfermagem, discutida anteriormente, também se torna um elemento novo em relação ao conflito com as enfermeiras, pois a formação das trabalhadoras se equipara e as diferenças entre saberes são tênues, o que gera conflito num processo de trabalho hierarquizado e fragmentado.

A precarização das condições de trabalho também é um fator que deteriora as relações interpessoais, os direitos trabalhistas e fragiliza tanto a relação entre os trabalhadores, quanto os trabalhadores com os usuários, o que gera o conflito (GONÇALVES, et al.; 2015).

Podemos concluir então que o conflito é inerente ao trabalho em enfermagem, dado que é realizado por trabalhadoras organizadas de forma hierárquica dentro da divisão técnica do trabalho, que por vezes divergem, enfrentam jornadas de trabalho extenuantes, estruturas hospitalares sucateadas, escassez de pessoal e de materiais e ainda assim precisam atender as demandas impostas pelos serviços de saúde, embora estes serviços não deixem explícitos para os usuários as condições precárias de trabalho.

Contudo, a maioria das trabalhadoras nega a existência do conflito. Supomos que esse fato se justifica ou pela alienação que o próprio processo de trabalho provoca na trabalhadora, ou por silenciamento para não enfrentá-lo.

4.4 INSTRUMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM

A escolha de um instrumento de trabalho a ser utilizado para um determinado fim exige atenção, pois tal escolha deve estar interrelacionada ao processo de trabalho e direcionada a atender as necessidades do usuário, o objeto sobre o qual se vai atuar, com habilidade profissional e em busca do fim que se deseja alcançar (LEOPARDI et al, 1999).

A partir do conceito de Mendes-Gonçalves (1992), os instrumentos utilizados no processo de trabalho em enfermagem podem ser classificados em três dimensões: intelectual, que permitem a apropriação do objeto de trabalho; manual, que servem à transformação do objeto de trabalho e a terceira dimensão que equivale às condições materiais que não participam diretamente do processo, mas que são indispensáveis à sua concretização, neste caso, o local de trabalho.

Na tabela 11, descreve-se a diferença proporcional estatisticamente significativa na variável disponibilidade de equipamentos adequados para executar as atividades, pois para

21,3% das técnicas não existem equipamentos adequados, enquanto que para 50,2% das auxiliares, a disponibilidade existe.

Ainda que não se registre significância estatística nas proporções entre as trabalhadoras no que se refere à variável disponibilidade de materiais de consumo adequados para executar as atividades, a maior proporção de trabalhadoras, para ambas categorias, afirma não dispor de materiais.

Quanto à variável atividades exigem adaptações ou improvisos para substituir os recursos não disponíveis, os resultados revelam que a maior parte das trabalhadoras concorda com essa afirmativa, sendo 51,8% das técnicas e 39,5% das auxiliares, demonstrando significância estatística ($p < 0,001$).

No que se refere aos equipamentos e mobiliários adequadamente ergonômicos, a maioria das trabalhadoras, nas duas categorias, afirma não existir tal adequação. Em relação à possibilidade de participação em atividades de educação permanente, ambas categorias não têm possibilidade de participação. Para estas variáveis não houve diferença de proporção com significância estatística.

Tabela 11. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa aos instrumentos utilizados no processo de trabalho (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p-value* |
|--|--------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Utilização de POP | | | 0,435 |
| Não | 107 (31,7) | 93 (29,2) | |
| Algumas vezes | 72 (21,3) | 67 (21) | |
| Sim | 159 (47) | 159 (49,8) | |
| Disponibilidade de equipamentos adequados para executar as atividades | | | 0,039 |
| Não | 72 (21,3) | 52 (16,3) | |
| Algumas vezes | 121 (35,8) | 107 (33,5) | |
| Sim | 145 (42,9) | 160 (50,2) | |
| Disponibilidade de materiais de consumo para executar as atividades | | | 0,100 |
| Não | 32 (9,5) | 25 (7,8) | |
| Algumas vezes | 89 (26,3) | 68 (21,3) | |
| Sim | 217 (64,2) | 226 (70,8) | |

“continua”

“continuação”

Tabela 11. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa aos instrumentos utilizados no processo de trabalho (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p-value* |
|---|--------------------------------|---------------------------------|----------|
| Disponibilidade de materiais de consumo adequados para executar as atividades | | | 0,317 |
| Não | 53 (15,7) | 42 (13,2) | |
| Algumas vezes | 128 (37,9) | 119 (37,3) | |
| Sim | 157 (46,4) | 158 (49,5) | |
| Atividades exigem adaptações ou improvisos para substituir os recursos não disponíveis | | | <0,001 |
| Não | 56 (16,6) | 91 (28,5) | |
| Algumas vezes | 107 (31,7) | 102 (32) | |
| Sim | 175 (51,8) | 126 (39,5) | |
| Se sente informada sobre os riscos a que está exposto | | | 0,091 |
| Não | 97 (28,7) | 88 (27,6) | |
| Algumas vezes | 92 (27,2) | 58 (18,2) | |
| Sim | 149 (44,1) | 173 (54,2) | |
| Disponibilidade de EPI | | | 0,337 |
| Não | 28 (8,3) | 26 (8,2) | |
| Algumas vezes | 69 (20,4) | 51 (16) | |
| Sim | 241 (71,3) | 242 (75,9) | |
| Equipamentos e mobiliários são adequadamente ergonômicos | | | 0,984 |
| Não | 158 (46,7) | 166 (52) | |
| Algumas vezes | 122 (36,1) | 81 (25,4) | |
| Sim | 58 (17,2) | 72 (22,6) | |
| Possibilidade de participação em atividades de educação permanente | | | 0,633 |
| Não | 130 (38,5) | 130 (40,8) | |
| Algumas vezes | 97 (28,7) | 87 (27,3) | |
| Sim | 111 (32,8) | 102 (32) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: * Qui-quadrado de Tendência Linear.

Os resultados apontam que a maioria das trabalhadoras utiliza o Protocolo Operacional Padrão (POP) como instrumento de trabalho. Para Gonçalves e colaboradores (2015), o POP é uma medida adotada na organização do trabalho, sob influência do taylorismo, para normatização do modo de execução das atividades, além da redução de gastos de materiais e controle de desperdício de insumos. Neste sentido, para os autores, o POP beneficia a organização garantindo qualidade e maior controle do consumo, e para a trabalhadora oferece segurança na execução das atividades, funcionando como uma barreira para o erro.

Contudo, ainda que o uso do POP pareça beneficiar a execução das atividades, vale ressaltar que o trabalho em saúde por vezes é imprevisível e, portanto, refratário a padronização de protocolos.

Ao tratarmos sobre disponibilidade de equipamentos e materiais de consumo adequados para execução das atividades, a maioria das trabalhadoras, com proporção maior entre as auxiliares, informou que há disponibilidade tanto de equipamentos, quanto de materiais de consumo adequados. Entretanto, ao questionarmos se as atividades exigiam adaptações ou improvisos para substituir os recursos não disponíveis, a maioria das trabalhadoras afirmou que sim. Contudo, nesta variável a diferença de proporção foi maior para as técnicas. Embora haja diferença de proporção entre as categorias, nas duas variáveis não houve significância estatística.

Estes resultados revelam contradição nas respostas, dado que a maior parte das trabalhadoras afirma que há disponibilidade de equipamentos e materiais adequados para execução do trabalho e ao mesmo tempo afirma que o trabalho exige adaptações ou improvisos para substituir os recursos não disponíveis.

Souza e outros (2010) analisam os improvisos criados para superar as más condições de trabalho como um evento dialético, no qual as trabalhadoras sentem-se recompensadas por criarem estratégias para executar seu trabalho e melhorar as condições para o usuário, porém sofrem por estarem inseridas em um contexto onde não possuem condições favoráveis de trabalho.

Vale ressaltar as diferenças proporcionais das variáveis entre as trabalhadoras, dado que maior proporção de auxiliares refere disponibilidade de recursos e materiais adequados às necessidades e uma menor proporção deste mesmo grupo de trabalhadoras refere que suas atividades exigem adaptações e improvisos. Essa diferença se ancora no argumento geracional que tratamos anteriormente, dado que as auxiliares são mais velhas, possivelmente tendendo a aceitar a escassez de recursos e empreender esforço individual para suprir tais condições.

No que diz respeito à exposição dos riscos e disponibilidades de equipamento de proteção individual (EPI), a maioria das trabalhadoras, com proporções equivalentes entre as categorias, se sentem informadas sobre os riscos aos quais estão expostas e dispõem de EPI.

Na legislação brasileira existem normas regulamentadoras (NR) sobre as condições de trabalho na perspectiva da redução de riscos relacionados ao ambiente físico, uso de instrumentos, equipamentos e substâncias tóxicas, e que garante direitos mínimos ao trabalhador. A NR 32 enfoca o trabalho em saúde, considera os aspectos específicos da área; a NR 06 versa sobre a obrigatoriedade do uso de EPI nos diversos serviços, estabelecendo o tipo de EPI adequado para exposição química e física; a NR 17 estabelece parâmetros ergonômicos adaptando as condições de trabalho de modo a proporcionar ao trabalhador o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (SILVA, 2016).

Em relação à ergonomia dos equipamentos e mobiliários, a maioria das trabalhadoras, de ambas categorias, informa que estes não são adequados, o que a expõe as trabalhadoras aos riscos ergonômicos e torna vulnerável sua saúde.

Esta variável nos indica uma contradição, dado que o Estado estabelece normas regulamentadoras que exigem adequação ergonômica para a segurança e preservação do trabalhador, contudo é este mesmo Estado que emprega as trabalhadoras e fere sua própria regulamentação.

Quanto à possibilidade de participação em atividades de educação permanente, ambas categorias, em proporções equivalentes, informam que não participam.

Coroa (2016) descreve que a organização do processo de trabalho no campo da enfermagem tem base no modelo fordista de produção, com suas tarefas parcelarizadas, apresenta uma organização dicotômica entre as trabalhadoras. Neste trabalho as enfermeiras detêm o conhecimento técnico científico e executam as atividades ditas intelectuais e as técnicas e auxiliares em enfermagem são responsáveis pelas atividades de baixa complexidade técnica.

Essa dicotomia nos suscita um questionamento: se são as técnicas e auxiliares de enfermagem que mais executam a assistência direta aos usuários dos serviços de saúde, por que elas pouco participam de atividades de educação permanente?

Supomos que estas trabalhadoras tenham pouca disponibilidade para participar das atividades de educação permanente, pois, conforme nossos resultados, elas assumem mais usuários do que conseguem assistir, em condições de trabalho inadequadas à gravidade deste usuário, realizam atividades fora de sua atribuição, muitas vezes sem qualificação para tal e sofrem pressão de tempo considerada insuportável na execução das atividades. Assim, a

intensidade do trabalho e as condições desfavoráveis de trabalhar não favorecem a participação destas trabalhadoras em atividades de educação permanente.

4.5 CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES EXECUTADAS E FINALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO DAS TÉCNICAS E AUXILIARES EM ENFERMAGEM

Na tabela 12 são apresentadas variáveis que retratam as atividades executadas pelas trabalhadoras em seu processo de trabalho. A proporção de técnicas e auxiliares que não tem possibilidade de participação da tomada de decisões com os outros trabalhadores sobre as atividades executadas foi elevada e correspondeu a mais de 40% para ambas categorias. Proporção semelhante foi encontrada ao tratarmos sobre a possibilidade de participação em reuniões para organização das atividades, com 40% das trabalhadoras, de ambas categorias, afirmando não existir esta possibilidade.

Em relação à possibilidade de saber o resultado da assistência prestada ao usuário, ao somarmos as proporções dos resultados equivalentes (não e algumas vezes), notamos que para ambas categorias as proporções estão acima de 50%, ou seja, para a maioria das trabalhadoras não é possível saber o resultado da assistência prestada ao usuário.

Quanto à participação das decisões para elaboração da escala mensal, há uma pequena diferença proporcional entre as categorias, porém para ambas foi evidente que não participam (63,3% das técnicas e 56,7% das auxiliares).

Observamos que quando se trata de execução de atividades fora da atribuição existe diferença proporcional entre as categorias, embora a maioria, tanto para técnicas (68,3%), quanto para as auxiliares (56,8%) tenha respondido que sim e algumas vezes executam atividades fora da sua atribuição, revelando significância estatística ($p=0,020$).

Ao analisarmos as respostas quanto a sentir-se pressionada por parte da chefia imediata no cumprimento de tarefas, registramos diferença estatisticamente significativa ($p=0,005$). A maioria das trabalhadoras não se sente pressionada, porém 42,3% das técnicas referem sentir-se pressionadas, enquanto que entre as auxiliares, apenas 31,1% afirma o mesmo.

Em se tratando de executar atividades ou tarefas com as quais não concorda, registramos diferença entre as proporções, contudo sem significância estatística. As proporções maiores para as técnicas foram entre as respostas sim e algumas vezes que somada representa 54,8% das trabalhadoras. Em contrapartida, a maioria das auxiliares (52,7%) respondeu que não executa tarefas com as quais não concorda

Tabela 12. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às atividades executadas (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p-value* |
|--|--|---|-----------------|
| Possibilidade de participação da tomada de decisões com outros trabalhadores sobre as atividades executadas | | | 0,433 |
| Não | 140 (41,4) | 147 (46,1) | |
| Algumas vezes | 110 (32,5) | 90 (28,2) | |
| Sim | 88 (26) | 82 (25,7) | |
| Execução do trabalho em conjunto com outros trabalhadores | | | 0,544 |
| Não | 15 (4,4) | 14 (4,4) | |
| Algumas vezes | 47 (13,9) | 37 (11,6) | |
| Sim | 276 (81,7) | 268 (84) | |
| Possibilidade de saber o resultado da assistência prestada ao usuário | | | 0,280 |
| Não | 66 (19,5) | 85 (26,6) | |
| Algumas vezes | 111 (32,8) | 81 (25,4) | |
| Sim | 161 (47,6) | 153 (48) | |
| Possibilidade de participação em reuniões para organização das atividades | | | 0,707 |
| Não | 146 (43,2) | 141 (44,2) | |
| Algumas vezes | 103 (30,5) | 83 (26) | |
| Sim | 89 (26,3) | 95 (29,8) | |
| Participação das decisões para elaboração da escala mensal | | | 0,088 |
| Não | 214 (63,3) | 181 (56,7) | |
| Algumas vezes | 47 (13,9) | 50 (15,7) | |
| Sim | 77 (22,8) | 88 (27,6) | |
| Interrupção das tarefas antes da conclusão | | | 0,868 |
| Não | 222 (65,7) | 203 (63,6) | |
| Algumas vezes | 74 (21,9) | 80 (25,1) | |
| Sim | 42 (12,4) | 36 (11,3) | |

“continua”

Tabela 12. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às atividades executadas (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

“continuação”

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) | p-value |
|--|--------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Execução de atividades fora da atribuição | | | 0,020 |
| Não | 107 (31,7) | 138 (43,3) | |
| Algumas vezes | 121 (35,8) | 88 (27,6) | |
| Sim | 110 (32,5) | 93 (29,2) | |
| Execução de atividades sem qualificação | | | 0,970 |
| Não | 210 (62,1) | 198 (62,1) | |
| Algumas vezes | 73 (21,6) | 70 (21,9) | |
| Sim | 55 (16,3) | 51 (16,0) | |
| Assume múltiplas atribuições por escassez de pessoal | | | 0,639 |
| Não | 89 (26,3) | 97 (30,4) | |
| Algumas vezes | 88 (26,0) | 67 (21,0) | |
| Sim | 161 (47,6) | 155 (48,6) | |
| Sente pressionada pela chefia imediata no cumprimento das tarefas | | | 0,005 |
| Não | 195 (57,7) | 220 (69,0) | |
| Algumas vezes | 82 (24,3) | 58 (18,2) | |
| Sim | 61 (18,0) | 41 (12,9) | |
| Possui pouca liberdade para decidir como fazer as tarefas | | | 0,238 |
| Não | 201 (59,5) | 203 (63,6) | |
| Algumas vezes | 73 (21,6) | 65 (20,4) | |
| Sim | 64 (18,9) | 51 (16,0) | |
| Execução de coisas com as quais não concorda | | | 0,091 |
| Não | 153 (45,3) | 168 (52,7) | |
| Algumas vezes | 125 (37,0) | 102 (32,0) | |
| Sim | 60 (17,8) | 49 (15,4) | |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Notas: *Qui-quadrado de Tendência Linear.

Os resultados revelam que não há participação das técnicas e auxiliares em enfermagem na gestão do processo de trabalho em enfermagem, dado que o campo de trabalho é marcado pela hierarquização dos saberes, tarefas e atividades.

Como discutido em seção anterior há uma dissociação entre a execução e o planejamento das atividades no trabalho em enfermagem. Podemos afirmar isso a partir do resultado que indica a não participação das técnicas e auxiliares na tomada de decisões, em reuniões para organização das atividades e nem sequer participam da elaboração de suas próprias escalas de trabalho

Para Mendes-Gonçalves (1979) no trabalho em saúde o objeto de trabalho não se dissocia da necessidade que o move, visto que este é o próprio portador da necessidade, que na circunstância tornou-se objeto. Contudo, ao fim do processo de trabalho o resultado não é o produto para atender as necessidades, mas o próprio portador das necessidades, neste caso, atendidas, o que pode nos causar confusão entre o objeto e a finalidade do processo de trabalho, dado que coexistem o objeto de trabalho e necessidade em um mesmo corpo.

O produto é algo que existe idealizado na mente do trabalhador ao início do processo de trabalho, a perda do produto, resultante do trabalho, pode retirar do processo de trabalho seu sentido e valor para o trabalhador (MARX, 2010).

Se Pires (1999) diz que o trabalho em saúde é caracterizado por resultar em um produto não-material, não dissociável do processo que o produz, então a própria prestação do serviço é o produto deste trabalho. Porém nos ambientes hospitalares o trabalho é parcelarizado e isso dificulta ainda mais a identificação do produto.

Isto posto, os resultados apontam para mais uma contradição. Embora as trabalhadoras estejam afastadas do planejamento das atividades, são elas que mais executam atividades assistenciais, e em condições precárias, pois o fazem fora de sua atribuição, algumas sem qualificação para tal, assumindo múltiplas atribuições para suprir o subdimensionamento de pessoal e ainda executam atividades com as quais não concordam. Além disso, a maioria das trabalhadoras não tem possibilidade de saber o resultado da assistência prestada ao usuário, ou seja, não sabem o resultado do que produzem.

Vale destacar que as variáveis que apresentaram significância estatística, execução de atividades fora da atribuição e sente pressionada pela chefia imediata no cumprimento das tarefas apresentaram diferenças proporcionais entre as categorias, com destaque para as auxiliares que referiram pouco executar atividades fora da sua atribuição e se sentirem menos pressionadas pela chefia imediata no cumprimento das tarefas do que as técnicas, o que nos leva a reafirmar a hipótese da diferença geracional entre as categorias.

As auxiliares são mais velhas, possuem maior tempo de serviço e, portanto, se sentem mais seguras para recusar atividades que fogem das suas atribuições, bem como não se sentem pressionadas pela chefia.

Na tabela 13 analisamos as 5 atividades executadas com maior frequência pelas técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais.

Tabela 13. Diferenças das proporções de técnicas e auxiliares em enfermagem nos hospitais com administração direta da rede SUS estadual relativa às principais atividades executadas (N=657). Bahia – Brasil, 2016.

| Variáveis | Técnica em enfermagem n (%) | Auxiliar em enfermagem n (%) |
|---|--|---|
| Principais Atividades que exerce | | |
| Admissão e alta de usuário | 17 (1,0) | 19 (1,2) |
| Administração de medicamentos e soluções | 287 (17,2) | 212 (13,4) |
| Aprazamento e revisão da prescrição médica | 1 (0,1) | 0 (0) |
| Gerenciamento do serviço | 69 (4,1) | 148 (9,4) |
| Controle de qualidade | 7 (0,4) | 7 (0,4) |
| Previsão, provisão e controle de materiais, medicamentos e equipamentos | 105 (6,3) | 182 (11,5) |
| Articulação do processo de trabalho | 3 (0,2) | 14 (0,9) |
| Encaminhamento e transporte de usuários | 53 (3,2) | 53 (3,4) |
| Confecção e gerenciamento da escala dos trabalhadores | 2 (0,1) | 2 (0,1) |
| Coordenação do trabalho da equipe de trabalhadoras | 2 (0,1) | 1 (0,1) |
| Sistematização da assistência de Enfermagem | 59 (3,5) | 43 (2,7) |
| Assistência ao usuário | 114 (6,8) | 113 (7,2) |
| Cuidados de vigilância e manutenção da vida | 566 (33,9) | 424 (26,9) |
| Realização de procedimentos técnicos | 283 (16,9) | 246 (15,6) |
| Escuta, orientação e encaminhamento/resolução das necessidades do usuário/família | 67 (4,0) | 73 (4,6) |
| Vigilância do usuário | 22 (1,3) | 24 (1,5) |
| Outros | 14 (0,8) | 17 (1,1) |

Fonte: Banco de dados da pesquisa. Elaboração própria.

Embora já discutido anteriormente a contradição em relação às diferenças de formação, atribuições na legislação e semelhanças no trabalho concreto, nesta tabela 13 evidencia-se que as atividades executadas são equivalentes e predominantemente assistenciais.

Observamos que as atividades executadas com maior proporção para ambas categorias são: administração de medicamentos e soluções; cuidados de vigilância e manutenção da vida; realização de procedimentos técnicos. Isto demonstra que técnicas e auxiliares em enfermagem executam as mesmas atividades.

Entretanto, percebemos diferenças proporcionais entre as trabalhadoras em duas atividades: gerenciamento do serviço; previsão, provisão e controle de materiais, medicamentos e equipamentos, com maior proporção de auxiliares. Possivelmente estas atividades são direcionadas para as auxiliares por serem este grupo de trabalhadoras mais velhas, algumas com limitações físicas impostas pela idade e com maior tempo de serviço.

Notamos que algumas atividades executadas, mesmo que referidas em menores proporções, são de natureza administrativa e atribuídas exclusivamente as enfermeiras, segundo a Lei do Exercício Profissional, tais como: aprazamento e revisão da prescrição médica, gerenciamento do serviço, articulação do processo de trabalho, coordenação do trabalho da equipe de trabalhadoras, sistematização da assistência de Enfermagem. Tais resultados condizem com os achados discutidos anteriormente a respeito das trabalhadoras executarem atividades fora da atribuição e sem que estejam qualificadas para tal.

Esses dados reiteram que não há diferenças entre o trabalho das técnicas e auxiliares em enfermagem, mesmo que estas trabalhadoras tenham remuneração diferente.

5 CONCLUSÕES

Um estudo científico não se conclui, se interrompe. A partir desta premissa, nosso estudo traça, por ora, algumas conclusões baseados nos resultados encontrados que respondem aos nossos objetivos.

Desse modo, de acordo com as características sociodemográficas, as duas categorias revelaram semelhanças. São mulheres pretas, as auxiliares são em maior proporção mais velhas, demonstrando diferença estatisticamente significativa entre as categorias, nesta variável. Em relação ao nível de escolaridade, ambas trabalhadoras são qualificadas além do exigido para exercerem seu trabalho, com destaque às auxiliares, dado que a formação exigida é de ensino fundamental e a maior proporção concluiu ensino médio.

As trabalhadoras referiram executar as mesmas atividades, sem singularidade em seus processos de trabalho, porém as auxiliares desenvolvem algumas atividades gerenciais que são exclusivas das enfermeiras, conforme previsto em legislação.

Portanto, os resultados revelam que não há diferença no processo de trabalho de técnicas e auxiliares em enfermagem, apesar destas trabalhadoras possuírem formação e atribuições diferentes, conforme a Lei do Exercício Profissional em Enfermagem.

Algumas variáveis com diferenças proporcionais entre as duas categorias de trabalhadoras revelaram significância estatística. A hipótese para explicar este resultado pode ser as diferenças geracionais entre as auxiliares (mais velhas) e as técnicas em enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AGUDELO, M. C. C. **El trabajo en enfermería**. In: Machado, Maria Helena (org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 149-162.
- ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. Série Saúde e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, P. J. S; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev. Eletrônica Enferm**; 9(3): 617-29, 2007.
- ALVES, G. **O novo e precário mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. 1.ed. Imprensa: São Paulo, Boitempo Editorial, 2000.
- _____. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal: precarização do trabalho e redundância salarial. **Rev. katálysis, Florianópolis**, v. 12, n. 2, p. 188-197, Dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2018
- ANTUNES, R; DRUCK, G. A TERCEIRIZAÇÃO COMO REGRA? **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, 2013.
- BAHIA. **Lei no 11.373, de 05 de fevereiro de 2009**. Reestrutura o Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, criado pela Lei no 5.828, de 13 de junho de 1990, e reestruturado pela Lei no 8.361, de 23 de setembro de 2002, bem como o seu Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV, e dá outras providências. Disponível em: <<https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/231146/lei-11373-09>>. Acesso em: 03 ago. 2018
- _____. **Projeto de Lei nº 20.004/2012**. Altera dispositivos da lei nº 11.373 de 05 de fevereiro de 2009, na forma que indica e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, 2012.
- _____. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Quantitativo de profissionais ativos. Enfermagem em dados**. Fevereiro de 2019. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/enfermagem-em-dados> . Acesso em: 01/02/2019.
- BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>. Acesso em: 10/03/2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de ações do técnico de enfermagem no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. **Projeto de Lei 2295 de 2000**. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 12/09/2016.

_____. **Projeto de lei n.º 459 de 2015**. Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Câmara dos deputados.

_____. Ministério da Saúde. Bancos de dados do Sistema único de Saúde - DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde- **CNES Consulta Estabelecimentos**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em 15 out.2016.

BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev Esc Enf USP**. dez.; 30(3):380-98, 1996.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista** - a degradação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

CARDOSO, T. Z et al . Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 6, p. 1087-1093, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23/05/2017.

CASTRO, I. B. A evolução do setor saúde e a crise da enfermagem brasileira. **R Brás Enf**. jul./dez.; 41(3/4): 183-9, 1988.

CERVI, E. U. Métodos quantitativos nas ciências sociais: uma abordagem alternativa ao fetichismo dos números e ao debate com qualitativas. **Pesquisa Social: reflexões teóricas e metodológicas**. Editora Toda Palavra: Ponta Grossa (PR), 2009.

COFEN. **Resolução COFEN nº 276**, de 16 de junho de 2003. Regula a Concessão de Inscrição Provisória ao Auxiliar de Enfermagem. Rio de Janeiro, COFEN: 2003.

_____.**Resolução COFEN nº 564**, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <[http:// site.portalcofen.gov.br](http://site.portalcofen.gov.br)> Acesso em: 03 de agosto de 2018.

COREN. **Nota oficial sobre a determinação prévia de dobra pelo profissional de enfermagem**, de 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2013/12/Nota-Oficial-sobre-a-determinacao-previa-de-dobra-do-profissional-de-enfermagem.pdf>.> Acesso em: 03 de agosto de 2018.

COROA, R. C. Acumulação flexível e paradigma gerencial: os impactos na qualificação dos técnicos de enfermagem nos anos 2000. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro. v. 14, supl. 1, p. 155-174, Nov. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400155&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de outubro de 2017.

COSTA, G. M. C; BERNARDINO, E; ABUHAB, D; SILVA, I. A. An approach to the history of nursing work and health policies. **REME - Rev Min Enferm**; 10(4):412-417, Jan/Mar, 2006.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. educ. saúde**, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Acesso em 27 de outubro de 2018.

_____. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Cad. CRH**, v. 24, n. spe1, p. 37-57, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004>. Acesso em 20 de agosto de 2018.

FAITÃO, C. E; PINHEIRO, L. R. S. Os Sentidos do Trabalho para servidores públicos de Saúde. **PERSPECTIVA, Erechim**. v. 36, n. 136, p.155-166, 2012. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_316.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2108.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em foco**, v. 3, n. 4, 2012.

FERMINO, T. Z. **O processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde**. Ribeirão Preto, 2010. 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

FONSECA, Natália da Rosa. **Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. 2009**. 93fl. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) – Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

GARCIA, A. B; DELLAROZA, M. S. G; HADDAD, M. C. L; PACHEMSHY, L. R. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS) jun; 33(2):153-159, 2012.

GEOVANINI, T. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, F. G. A; SOUZA, N. V. O; PIRES, A. S; SANTOS, D. M; D'OLIVEIRA, C. A. F. B; RIBEIRO, L. V. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, Jul./Aug. 22(4): 519-25; 2014.

GONÇALVES, F. G. A; SOUZA, N. V. O; ZEITOUNE, R. C. G; ADAME, G. F. P. L; NASCIMENTO, S. M. P. Impacts of neoliberalism on hospital nursing work. **Texto Contexto Enferm**. 24(3): 646-53; 2015.

GRIEP, R. H; ROTENBERG, L. **Estudo da Saúde dos Enfermeiros**. Instituto Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ, 2009.

HIRATA, H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. **Cad. CRH**, Salvador, v. 24, n. spe1, p. 15-22, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 19/07/2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000400002>.

KLETEMBERG, D. F et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 1, p. 26-32, Feb. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 19/01/2017.

LEAL, J. A. L. **Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países**. Salvador, 2016. 145f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

LEOPARDI, M. T et al. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: **Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC**, Papa-Livros; 1999.

LESSA, A; ARAÚJO, C. A Enfermagem Brasileira: Reflexão de sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**. abr/jun; 17(2): 474-480, 2013.

MACEDO, K. S. **Processo de trabalho da enfermeira em hospitais do sistema único de saúde**. Salvador, 2017. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.

MACHADO, M. H et al. Perfil da Enfermagem no Brasil. **Rev Enfermagem em foco**. v. 3(3): p. 119-122, 2011.

MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v.1, 1968.

MASCARENHAS, N. B. **A inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública (1920-1925)**. Salvador, 2013. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

_____. **Estado, Política de saúde e Trabalho da Enfermeira na Bahia (1925-1951)**. Salvador, 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, C. M. M. **O Processo de Trabalho em Enfermagem na rede estadual de saúde** (Projeto de Pesquisa Edital FAPESB/SESAB 020-2013) PPSUS, 2013. (digitado)

MELO, C. M. M et al. Força de trabalho da enfermeira em serviços estaduais com gestão direta: Revelando a precarização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2016.

MELO, C. M. M; SANTOS, T. A; LEAL, J. A. L. **Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira**. In: PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 4. 1 ed.Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015, p. 45-75

GONÇALVES, R. B. M. M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico.** 1979. 208f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1979. Disponível em: <https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/ricardo-bruno_-_rac3adzes-sociais-do-trabalho-mc3a9dico-1.pdf> Acesso em: 19/01/2017

_____. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, K. P. A trajetória da mulher na política brasileira: as conquistas e a persistência de barreiras. **Cadernos da Escola do Legislativo** – volume 16, n 26, ago-dez, 2014.

OSORIO, C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediantes. **Cadernos de Psicologia Social do trabalho**, v. 9, n. 1, p. 15-32, 2006.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M; ANSELMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

_____. **Avaliação do impacto do Profae na qualidade dos serviços de saúde.** 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2007.pdf>>. Acesso em: 20/08/2016.

_____. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 425-429, Aug. 2004.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 199-206, 2006.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, June 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/09/2016.

PIRES, D; GELBCKE, F. L; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, educação e saúde.** Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-326, Set. 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000200006&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18/09/2016.

PRESTES, F. C; BECK, C. L. C; SILVA, R. M; TAVARES, J. P; CAMPONOGARA, S; BURG, G. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) dez; 31(4):738-45, 2010.

RIBEIRO, C. A. C. Classe, raça e mobilidade social no Brasil. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 833-873, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582006000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30/08/2018.

RIBEIRO, H. A et al. Processo de trabalho do profissional de nível médio de enfermagem na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/985>>. Acesso em: 03/05/2017.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/09/2016.

SANTOS, T. A. **O valor da força de trabalho da enfermeira**. Salvador, 2012. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

_____. **Precarização Do Trabalho Em Enfermagem Em Hospitais Públicos Estaduais**. Salvador, 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, G. B. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, M. C. **Condições de trabalho da enfermeira nos hospitais do Sistema Único de Saúde da Bahia**. Salvador, 2016. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

SILVA, B. M et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SILVEIRA, S. G; GRISOTTI, M. As Consequências da Modernidade para o Serviço Público. **Revista de Ciências Sociais**. n. 32, Abril, p.13-28, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/6836/4271>. Acesso em: 20/10/2018

SOUZA, N. V. D. O; SANTOS, D. M; RAMOS, É. L; ANUNCIACÃO, C. T; THIENGO, P. C. S; FERNANDES, M. C. 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.

TEIXEIRA, M; MARTINS, M. I. C; SILVA, V. Novos desenhos institucionais e relações de trabalho no setor público de saúde no Brasil: as organizações sociais e as fundações estatais de direito privado. In: Martins MIC, Marques AP, Costa NR, Matos A, organizadores. **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Braga: Editora Universidade do Minho, p. 100-23; 2014.

VALADARES, A; GALIZA, M; OLIVEIRA, T. A reforma trabalhista e o trabalho no campo. **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**. Brasília, n. 63, p. 95-106, 2017.

VARELLA, T. C; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde: a década de 90 em destaque. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.521- 544, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000309. Acesso em: 25/09/2018

VASCONCELLOS, I. R. R; ABREU, Â. M. M; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 167-175, June 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25/09/2018.

XAVIER, I. M; GARCIA, C. L. L; NASCIMENTO, M. A. L. A reforma sanitária e a participação do enfermeiro. **R Brás Enf.** jul./dez.; 41, (3/4): 190-198, 1988.

APÊNDICE A - Distribuição da amostra por hospital e tipo de vínculo

| Organização direta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--------|-------------|-------------|--------------|----|----------------|--------------|----------|----------|------------|--------------|-------------|--------------|----------------|--------------|----------|----------|----------|-------------|
| regsaude | instituicao | gestao | tpservico | ot | tecnica | do | totalgermostra | tec_estatuta | tec_reda | tec_fesf | terceiriza | cooperativot | auxiliare | do | totalgermostra | aux_estatuta | aux_reda | aux_fesf | terceiri | cooperativa |
| Camaçari | Hospital Geral de Camaçari | Direta | Hospital | 44 | 1,73 | | 6 | 41 | 0 | 3 | 0 | 0 | 171 | 6,25 | 23 | 165 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| Feira de Santana | Hospital Geral Clériston Andrade | Direta | Hospital | 242 | 9,52 | | 32 | 188 | 0 | 28 | 26 | 0 | 260 | 9,50 | 34 | 260 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ilhéus | Direta | Hospital | 124 | 4,88 | | 16 | 78 | 3 | 43 | 0 | 0 | 49 | 1,79 | 6 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Jequié | Direta | Hospital | 31 | 1,22 | | 4 | 27 | 4 | 0 | 0 | 0 | 11 | 0,40 | 1 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Jequié | Direta | Hospital | 152 | 5,98 | | 20 | 145 | 7 | 0 | 0 | 0 | 65 | 2,38 | 9 | 65 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Salvador | Direta | Hospital | 735 | 28,90 | | 97 | 484 | 3 | 248 | 0 | 0 | 487 | 17,80 | 64 | 487 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Salvador | Direta | Hospital | 94 | 3,70 | | 12 | 82 | 3 | 9 | 0 | 0 | 192 | 7,02 | 25 | 192 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Salvador | Direta | Hospital | 175 | 6,88 | | 23 | 123 | 1 | 51 | 0 | 0 | 208 | 7,60 | 28 | 208 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Salvador | Direta | Hospital | 166 | 6,53 | | 22 | 166 | 0 | 0 | 0 | 0 | 49 | 1,79 | 6 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Salvador | Direta | Hospital | 459 | 18,05 | | 61 | 296 | 3 | 63 | 97 | 0 | 557 | 20,36 | 74 | 557 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Salvador | Direta | Hospital | 35 | 1,38 | | 5 | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 88 | 3,22 | 12 | 75 | 0 | 13 | 0 | 0 |
| | Salvador | Direta | Maternidade | 41 | 1,61 | | 5 | 38 | 3 | 0 | 0 | 0 | 129 | 4,71 | 17 | 109 | 0 | 20 | 0 | 0 |
| | Salvador | Direta | Maternidade | 72 | 2,83 | | 10 | 59 | 2 | 11 | 0 | 0 | 127 | 4,64 | 17 | 127 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vitoria da Conqui | Hospital Psiquiátrico Afranio Peixoto | Direta | Hospital | 9 | 0,35 | | 1 | 7 | 0 | 0 | 2 | 0 | 30 | 1,10 | 4 | 20 | 2 | 8 | 0 | 0 |
| Total | | | | 7406 | 93,55 | | 314 | | | | | | 5642 | 88,56 | 321 | | | | | |
| Total Gestão Direta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

APÊNDICE B - 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.

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.

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

Coletador de dados

Participante (Cod. Identificação)

Pesquisador responsável

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados



**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 | N. do Formulário: ----- |
| Nome do Entrevistador: | 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? <i>* Registrar o maior grau</i> | <table border="0"> <tr> <td>1() Primeiro grau incompleto</td> <td>6() Especialização</td> </tr> <tr> <td>2() Primeiro grau completo</td> <td>7() Residência</td> </tr> <tr> <td>3() Segundo grau completo</td> <td>8() Mestrado</td> </tr> <tr> <td>4() Superior incompleto</td> <td>9() Doutorado</td> </tr> <tr> <td>5() Superior Completo</td> <td></td> </tr> </table> | 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 | |
| 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 <i>* Se Não, seguir para a questão 13.</i> |
| 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 <i>* Se Não, seguir para a questão 16.</i> |
| 15. Qual setor? | _____ |
| 16. Qual o seu turno de trabalho? | 1 () Matutino 2 () Vespertino 3 () Diurno 4 () Noturno 5 () Misto |
| 17. Como sua jornada de trabalho é cumprida? | 1 () Turno fixo 2 () Turno rotativo |
| 18. Qual a sua jornada de trabalho semanal neste estabelecimento? | 1 () 30h 2 () 36h 3 () 40h 4 () 44h 5 () Outra _____ |
| 19. Qual a sua jornada de trabalho diário predominante neste estabelecimento? | 1 () 6h 2 () 8h 3 () 12h 4 () 24h |
| 20. Como você é recompensada(o) pela hora extra e/ou dobra? <i>*Admite-se mais de uma resposta</i> | 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 usuário. <small>(Interação = relação de proximidade em que, muitas vezes, os trabalhadores possuem um amplo conhecimento sobre o usuário, seu contexto familiar e seu processo de saúde/doença)</small> | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Neste trabalho, você é responsável por mais usuários 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 usuário. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Neste trabalho é sempre possível saber o resultado da assistência prestada ao usuário. | 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 usuário. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Neste trabalho, você não sofre retaliação quando quebra regras do serviço para atender uma necessidade do usuário. | 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:

| | Inexistente | | | Muito frequente | | |
|-------------------------|-------------|---|---|-----------------|---|---|
| 46.1 Gestos repetitivos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Lento Muito Acelerado

| | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 46.2 Ritmo de trabalho | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|

Inexistente Insuportável

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|
| 46.3 Pressão de tempo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|

Nunca Sempre que precisa

| | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 46.4 Pausa para descansar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|--|
| <p>47. No seu ambiente físico de trabalho você tem sensação predominante de:</p> <p><i>*Admite-se mais de uma resposta.</i></p> | <p>1() Frio 2() Calor 3() Umidade</p> <p>4() Poeira 5() Odor desagradável</p> <p>6() Ruído 7() Nenhuma</p> <p>8() Outra: _____</p> |
| <p>48. No seu turno de trabalho noturno, quanto tempo é possível descansar? <i>* Somente para quem trabalha no turno noturno</i></p> | <p>1() ____ horas ____ minutos</p> <p>2() Não se aplica</p> |
| <p>49. Neste trabalho existe lugar exclusivo para o seu descanso?</p> | <p>1() Sim 2() Não</p> |
| <p>50. Neste trabalho, o local onde você descansa é:</p> | <p>1 () Adequado</p> <p>2 () Inadequado</p> <p>3 () Muito Inadequado</p> |
| <p>51. Neste trabalho existe conflito entre você e outros trabalhadores?(Conflito = Embate, confronto, tensão, motivos contraditórios, competição consciente, incompatibilidade entre valores)</p> | <p>1() Sim 2() Não</p> <p><i>*Se Não, seguir para questão 54.</i></p> |
| <p>52. Liste 03(três) categorias de trabalhadores com quem você entra em conflito.</p> <p><i>* Pode-se aceitar menos que 3 trabalhadores.</i></p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>53. Este conflito prejudica a execução das suas atividades?</p> | <p>1() Sim 2() Não</p> |
| <p>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></p> <p><i>*Admite-se mais de uma resposta</i></p> | <p>1() Gênero 2() Orientação sexual</p> <p>3() Cor/Raça 4() Peso</p> <p>5() Idade 6() Social</p> <p>7() Pessoa com deficiência</p> <p>8() Limitação física</p> <p>9() Tipo de vínculo neste trabalho</p> <p>10() Tempo de serviço</p> <p>11() Outro _____</p> |

| | |
|--|--|
| | 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>*Admite-se mais de uma resposta</i> | 1() Física 2() Psicológica 3() Sexual 4() Moral 5() Outro _____ 6() Nenhuma |
| 57. Por quem? <i>*Admite-se mais de uma resposta.</i> | 1() Usuário 2() Familiar do usuário 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 em Saúde/SinSaúde-público 5() Sindicato dos Trabalhadores 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!