



**MESTRADO EM DIREITO, GOVERNANÇA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**NEIDE MARIA MARTINS DA SILVA BEZERRA FILHA**

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UM ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL  
DOS SERVIDORES DA SAÚDE NA PREFEITURA DE CAMAÇARI – BAHIA**

Salvador  
2023

**NEIDE MARIA MARTINS DA SILVA BEZERRA FILHA**

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UM ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL  
DOS SERVIDORES DA SAÚDE NA PREFEITURA DE CAMAÇARI – BAHIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Direito,  
Governança e Políticas Públicas da Universidade  
Salvador - UNIFACS, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira  
Costa.

Salvador  
2023

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade  
Salvador - UNIFACS.

Bezerra Filha, Neide Maria Martins da Silva.

Qualidade de vida no trabalho: um estudo de corte transversal dos servidores da saúde na Prefeitura de Camaçari – Bahia./ Neide Maria Martins da Silva Bezerra Filha, – Salvador - BA, 2023.

78 f. : il.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, da Universidade Salvador UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira Costa.

1. Direito. 2. Trabalho - Qualidade de vida. 3. Políticas Públicas. 3. Saúde do Trabalhador. I.Costa, Gustavo Nunes de Oliveira, orient. II. Título.

340

NEIDE MARIA MARTINS DA SILVA BEZERRA FILHA

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UM ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL  
DOS SERVIDORES DA SAÚDE NA PREFEITURA DE CAMAÇARI – BAHIA

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Direito, Governança e Políticas Públicas, Universidade Salvador – UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito, Governança e Políticas Públicas aprovada pela seguinte banca.

Gustavo Nunes de Oliveira Costa – Orientador \_\_\_\_\_  
Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Universidade Salvador – UNIFACS

Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres – Coorientadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia – UFBA  
Universidade Salvador - UNIFACS

Yukari Figueroa Mise \_\_\_\_\_  
Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade  
Federal da Bahia (ISC-UFBA)  
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Salvador, 21 de junho de 2023.

*Dedico este trabalho à minha família, amigos, sobretudo e em especial, à minha irmã Belly, que sempre acreditou no meu potencial e contribuiu com essa conquista*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por estar sempre ao meu lado dando a força necessária para enfrentar e superar os meus obstáculos.

Ao esposo, Gilmar, pelo amor, companheirismo, apoio e compreensão.

Aos meus filhos de quatro patas, Brutos e Popeye, por estar comigo em todos os momentos desta trajetória.

Aos familiares, em especial Sibelly, pelo amor incondicional e por acreditar em mim.

Aos amigos, Elane, Lidiane, Eneyda, Genival, Simone e aos colegas Gestores de Políticas Públicas pela força em todos os momentos.

À diretora de Planejamento da SESAU de Camaçari, Tamy Fonseca, à COGETHS, aos meus alunos e toda equipe do CETEP Dias D'ávila, pelos saberes compartilhados, pelo apoio e incentivo para a realização do mestrado.

À UNIFACS, por ser o espaço da minha formação profissional, ética e política e pelo incentivo à realização do mestrado.

Ao meu orientador, Professor Dr. Gustavo Costa, pelos saberes compartilhados na perspectiva de uma sociedade mais justa e em defesa da Saúde do Trabalhador.

Aos membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições.

A cada um servidor de saúde de Camaçari, dos quais, por questões éticas, não posso citar os nomes, pelo acolhimento, por aceitarem e se comprometerem a participar da pesquisa.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com esse processo.

*"Acreditamos saber que existe uma saída, mas não sabemos onde está. Não havendo ninguém do lado de fora que nos possa indicá-la, devemos procurá-la por nós mesmos. O que o labirinto ensina não é onde está a saída, mas quais são os caminhos que não levam a lugar algum".*

Noberto Bobbio.

## RESUMO

A qualidade de vida no trabalho representa como o servidor se percebe na posição de vida nas mais variadas esferas e, não somente a ausência de doenças. Esta dissertação teve por como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho dos servidores da saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari. Para tanto, tem-se como objetivos específicos: 1. Revisar o Estado da arte da Qualidade de Vida no Trabalho; 2. Mapear os problemas existentes acerca das questões relacionadas à Saúde dos servidores da saúde do município de Camaçari; 3. Descrever o perfil sociodemográfico dos servidores da saúde no município de Camaçari e; 4. Comparar a Qualidade de Vida no Trabalho dos servidores da saúde de Camaçari de acordo com o perfil sociodemográfico. Nessa perspectiva, o produto da presente investigação foi a aplicação do instrumento geral de avaliação da qualidade de vida no trabalho, o TQWL42 (*Total Quality of Work Life*), que avalia através de quarenta e duas questões seccionadas em cinco grandes esferas – Biológica/Fisiológica, Psicológica/Comportamental, Sociológica/Relacional, Econômica/Política e Ambiental/Organizacional. A metodologia englobou duas etapas, uma primeira de revisão integrativa, que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos por meio de levantamento bibliográfico. A segunda etapa foi realizada um estudo epidemiológico de campo com 244 servidores. Com a aplicação do instrumento de avaliação TQWL-42, verificou que o domínio com maior escore, considerado satisfatório, foi o Psicológico e Comportamental (64,92%), seguido do aspecto Sociológico e Relacional (53,38), Biológico e Fisiológico (52,69), Ambiental e Organizacional (52,63). O domínio de menor escore e considerado insatisfatório foi a esfera Econômica e Política (42,74). Referente ao escore geral (53,27) foi considerado satisfatório. Evidencia-se a necessidade de intervenções como a implementação de ações voltadas à qualidade de vida no trabalho e de políticas públicas voltadas à saúde dos servidores.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida no trabalho; políticas públicas em saúde; saúde do trabalhador; instrumento TQW42.

## ABSTRACT

The quality of life at work represents how the server perceives himself in the position of life in the most varied spheres and not just the absence of diseases. The objective of this dissertation was to evaluate the quality of life at work of the health workers of Camaçari City Hall. Therefore, the specific objectives are: 1. Review the state of the art of Quality of Life at Work; 2. Mapping the existing problems regarding issues related to the health of health workers in the municipality of Camaçari; 3. Describe the sociodemographic profile of health workers in the municipality of Camaçari and; 4. Compare the Quality of Life at Work of health workers in Camaçari according to sociodemographic profile. In this perspective, the product of the present investigation was the application of the general instrument for evaluating the quality of life at work, the TQWL42 (Total Quality of Work Life), which evaluates through forty-two questions divided into five major spheres - Biological/Physiological, Psychological/Behavioral, Sociological/Relational, Economic/Political and Environmental/Organizational. The methodology encompassed two stages, the first being an integrative review, which aims to synthesize results obtained through a bibliographical survey. The second stage was an epidemiological field study with 244 civil servants. The second stage was an epidemiological field study with 244 civil servants. With the application of the TQWL-42 evaluation instrument, it was verified that the domain with the highest score, considered satisfactory, was the Psychological and Behavioral (64.92%), followed by the Sociological and Relational aspect (53.38), Biological and Physiological (52.69), Environmental and Organizational (52.63). The domain with the lowest score and considered unsatisfactory was the Economic and Political sphere (42.74). Regarding the overall score (53.27) it was considered satisfactory. The need for interventions such as the implementation of actions aimed at quality of life at work and public policies aimed at the health of public servants is evident.

**Keywords:** Quality of working life; public health policies; worker's health; instrument TQW42.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TQWL	Total Quality of Work Life
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Modelos de Qualidade de Vida no Trabalho .....	19
<b>Quadro 2</b> - Evolução do conceito de Qualidade de Vida no Trabalho.....	23
<b>Quadro 3</b> - Domínios e facetas do WHOQOL-100.....	24
<b>Quadro 4</b> - Rede física de estabelecimentos de saúde - Rede Própria .....	35
<b>Quadro 5</b> - Fontes de Pesquisas Bibliográficas .....	46
<b>Quadro 6</b> - Esferas e aspectos do TQWL-42 .....	49

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas da população .....	52
<b>Tabela 2</b> - Esferas e aspectos.....	53
<b>Tabela 3</b> - Caracterização da amostra de acordo com a distribuição das esferas do instrumento.....	54

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo Teórico-Metodológico de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): Níveis Analíticos, Fatores Estruturadores e Métodos .....	22
<b>Figura 2</b> - Gráfico de Evolução da população residente estimada, Camaçari-BA, 2011 a 2021 .....	37
<b>Figura 3</b> - Linha do tempo das ações em Saúde do Trabalhador (ST) no SUS, 1986-2021 .....	41
<b>Figura 4</b> - Classificação de qualidade de Vida no Trabalho .....	50
<b>Figura 5</b> - Representação gráfica da amostra de acordo com a distribuição dos aspectos do instrumento TQWL-42 .....	54
<b>Figura 6</b> - Associação dos escores com sexo .....	55
<b>Figura 7</b> - Associação dos escores com tempo de trabalho .....	56
<b>Figura 8</b> - Associação dos escores com escolaridade .....	56

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
2.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO .....	18
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	25
2.3 DIREITOS FUNDAMENTAIS CONSOANTES À SAÚDE .....	26
2.4 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE DE CAMAÇARI .....	33
2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR .....	37
<b>3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS</b> .....	<b>45</b>
3.1 REVISÃO INTEGRATIVA .....	45
3.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO .....	47
<b>3.2.1 População e local de estudo</b> .....	<b>47</b>
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DA INFORMAÇÃO.....	48
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	50
3.5. QUESTÕES ÉTICAS.....	51
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>52</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>57</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>62</b>
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO</b> .....	<b>67</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ..	<b>73</b>
<b>APÊNDICE C - PÁGINA 1 DO PARECER DO PROJETO NO CEP-UNIFACS75</b>	
<b>APÊNDICE D - TABELAS SUPLEMENTARES S1-S3</b> .....	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho dos servidores da saúde é de suma importância, pois representam a linha de frente das políticas públicas de saúde aos usuários do SUS. Desde a revolução industrial e o advento da globalização, a preocupação com a qualidade de vida ficou mais em evidência.

Inicialmente a qualidade de vida ficou restrito a Saúde. O termo saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. É um direito social, previsto na Constituição, e inerente à condição de cidadania.

Nota-se que muitos são os aspectos e variáveis atrelados a qualidade de vida no trabalho, com diferentes conceitos, conhecimentos, experiências e valores (Walton (1975), Westley (1979), Nadler e Lawler (1983), Werther e Davis (1983), Huse e Cummings (1985) e Hackman e Oldham (1975)).

Nesta perspectiva de estudos é importante considerar:

Como Qualidade de Vida no Trabalho deve ser conceituada e como pode ser medida? Quais são os critérios apropriados e como são inter-relacionados? Como cada um se relaciona com a produtividade? Estes critérios são uniformemente salientados para todos os grupos de empregados? (WALTON, 1973, p. 11).

Sendo assim, o termo Saúde do Trabalhador, de acordo com o Ministério da Saúde, refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde e doença (BRASIL, 2020):

É o conjunto de atividades do campo da saúde coletiva que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológicas e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

No Brasil, o sistema público de saúde atende os trabalhadores desde sua existência, porém, sobre os impactos do trabalho sobre o processo saúde e doença, surgiu nos anos 80 quando a Constituição Brasileira de 1988 incluiu o artigo 200 regulando o Direito à Saúde. De acordo com ele "Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...]. (BRASIL, 1988).

Atualmente no campo da Saúde do Trabalhador, de acordo com Minayo (2011), descreve a problemática da saúde dos trabalhadores e as diversas formas de condução na relação trabalho e saúde, pois os cuidadores da saúde não têm, até o momento, legislações que atendam às necessidades diante das diversidades de trabalho que executam.

Nesse sentido, é importante avaliar a qualidade de vida no trabalho dos servidores da Saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari. A importância social deste estudo, é a atuação como Gestora de Políticas Públicas, concursada, no município de Camaçari - Bahia, lotada na Secretaria de Saúde, formada em Administração e especialista em Gestão de Pessoas e Logística e Supply Chain. Dentre as atribuições que competem a carreira, na Coordenação da Gestão de Educação, Trabalho e Humanização em Saúde, elaboração de projetos, programas e acompanhamento de processos de trabalho nas unidades de saúde. A inquietação se refere a percepção das necessidades de priorizar as políticas públicas voltadas à Saúde dos Servidores de Camaçari.

É preciso também considerar, diante do atual cenário de sobrecarga de trabalho dos profissionais da saúde, como se encontra a percepção da qualidade de vida dos servidores de saúde da Prefeitura municipal de Camaçari? É perceptível que devido à sobrecarga de trabalho, a não possibilidade do gozo de férias e licença prêmio provenientes do cenário pandêmico, muitos servidores de saúde do município de Camaçari, relatam esgotamento físico e mental afetados. Não há um programa de valorização e reconhecimento das boas práticas desenvolvidas nas unidades. Algumas estruturas físicas das unidades de saúde básicas (UBS) e saúde da família (USF), não propiciam boas condições de trabalho, além da falta de recursos materiais que inviabilizam o atendimento. Atualmente, no município de Camaçari, não há uma Política Municipal de Saúde do Trabalhador e há poucas ações de políticas públicas de promoção à saúde voltada especificamente aos cuidados da Saúde dos Trabalhadores de Saúde.

Diante dos fatos apresentados, esta dissertação tem como objetivo geral avaliar a qualidade de vida no trabalho dos servidores da saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari (SESAU). Para tanto, têm-se como objetivos específicos: 1. Revisar o Estado da arte da Qualidade de Vida no Trabalho no Brasil. 2. Mapear os problemas existentes acerca das questões relacionadas à Saúde dos servidores da

saúde do município de Camaçari. 3. Descrever o perfil sociodemográfico dos servidores da saúde no município de Camaçari. 4. Comparar a Qualidade de Vida no Trabalho dos servidores da saúde de Camaçari de acordo com o perfil sociodemográfico.

A metodologia englobou duas etapas, uma primeira de revisão integrativa, que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos por meio de levantamento bibliográfico sobre a saúde do trabalhador e em ações de prevenção a doenças ocupacionais.

A segunda etapa corresponderá a um estudo epidemiológico de campo. Este projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da UNIFACS, conforme parecer número 5.688.986. Foram adotadas a pesquisa de abordagem qualitativa/quantitativa visando o mapeamento do universo dos servidores da saúde e foram avaliados de acordo com as esferas biológicas, fisiológicas, psicológicas, econômicas, políticas, dentre outras. Nessa perspectiva, o produto da presente investigação é o TQW42 onde a sigla TQWL é a abreviatura de *Total Quality of Work Life* (Qualidade de Vida no Trabalho Total), e o número 42 significa o número de questões relacionadas à QVT do instrumento. A palavra '*Total*' enfatiza avalia a QVT de forma global, sem o enfoque a uma esfera específica.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

O mundo vive uma grande transição provocada pelos efeitos da revolução industrial e globalização. A temática de qualidade de vida no trabalho, apesar de ter surgido nos anos 50, historicamente constam em estudos anteriores dos anos 20, quando as preocupações científicas de Elton Mayo contribuíram para desenvolvimento de estudos sobre o comportamento humano e qualidade de vida do trabalhador (RODRIGUES, 2000). Elton Mayo percebeu que muitos dos trabalhadores da empresa Western Electric Company, eram conduzidos por fadiga, excesso e acidentes no trabalho, rotatividade de pessoal e péssimas condições de trabalho. Entretanto, sabe-se que a pressão e a sobrecarga de trabalho não foram associados ao aumento de produtividade (CAMPOS, 2008; PUTKONEN, 2009).

Outra contribuição teórica, que introduziu importantes conceitos sobre qualidade de vida no trabalho, foi a hierarquia das necessidades de Maslow, uma teoria da psicologia que apresenta uma divisão hierárquica das necessidades humanas em cinco categorias: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de autorealização. A importância deste estudo foi a compreensão dos fatores que motivam as pessoas a trabalharem nas organizações.

O grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) define a qualidade de vida no trabalho como “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. (WHOQOL, 1995). Já no Brasil, a qualidade de vida no trabalho está atrelada ao conceito de saúde que é definida pela OMS como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doenças”. Nesse sentido, o conceito está associada a um conjunto de ações voltadas para satisfação, bem estar e desempenho no trabalho, ou seja, é importante desenvolver ambientes de trabalho que sejam saudáveis tanto para o servidor, como para a saúde da organização.

De acordo com Klein, et al. (2017), nota-se que muitos são os aspectos e variáveis atrelados ao tema, com diferentes conceitos, conhecimentos, experiências e valores, conforme modelos desenvolvidos por estudiosos como Walton (1975), Westley (1979), Nadler e Lawler (1983), Werther e Davis (1983), Huse e Cummings

(1985) e Hackman e Oldham (1975). Um resumo das diferentes definições a respeito dos modelos conceituais de qualidade de vida é apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1** - Modelos de Qualidade de Vida no Trabalho

MODELO	DESCRIÇÃO	Dimensões Consideradas
Modelo de Walton (1973)	O alto grau de envolvimento que resulta do incentivo à autonomia, à responsabilidade pela tarefa como um todo e ao espírito de equipe, podem eventualmente atuar contra o equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal, sem a necessidade de baixar o nível de QVT em uma categoria. O autor buscou identificar as dimensões e variáveis que afetam de maneira mais significativa o trabalhador exposto à situação de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Compensação justa e adequada:</b> remuneração recebida pelo trabalho realizado e avaliação da equidade dessa remuneração;</li> <li>✓ <b>Condições de trabalho seguras e saudáveis:</b> condições existentes no local de trabalho e aspectos que podem influenciá-la na saúde do trabalhador;</li> <li>✓ <b>Uso e desenvolvimento de capacidades pessoais:</b> mensuração das oportunidades que o empregado tem de aplicar no seu dia a dia, habilidades e conhecimentos, além de <i>feedbacks</i> quanto ao seu desempenho;</li> <li>✓ <b>Oportunidades de crescimento e segurança:</b> desenvolvimento pessoal e estabilidade no emprego;</li> <li>✓ <b>Integração social na organização:</b> descaracterização de grandes desníveis na escala hierárquica, reforço ao espírito de colaboração e sinceridade nas relações interpessoais;</li> <li>✓ <b>Constitucionalismo:</b> direitos dos empregados cumpridos na instituição;</li> <li>✓ <b>Trabalho e espaço total na vida:</b> equilíbrio entre a vida social e no trabalho do empregado;</li> <li>✓ <b>Relevância social do trabalho:</b> percepção do empregado em relação à responsabilidade social da instituição na comunidade, à qualidade de prestação dos serviços e ao atendimento de seus empregados.</li> </ul>
Modelo de Westley (1979)	Westley defende a necessidade de humanização nas atividades laborais para que se obtenha a QVT desejada. Tanto aspectos internos quanto externos à organização devem e podem afetar a qualidade de vida dos trabalhadores e têm origem na organização e transformação do trabalho na sociedade industrial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Econômica:</b> Avaliação justa entre o trabalho prestado e a contraprestação financeira;</li> <li>✓ <b>Política:</b> se refere à sensação de estabilidade no emprego, autonomia para atuação sindical, <i>feedback</i> extrínseco, liberdade para manifestar-se, reconhecimento e valorização do cargo exercido e acessibilidade e bom relacionamento com a chefia;</li> <li>✓ <b>Psicológica:</b> aborda fatores motivacionais como <i>feedback</i> intrínseco, realização pessoal, nível de desafio, desenvolvimento pessoal e profissional, criatividade, variedade de tarefas e reconhecimento das habilidades individuais;</li> <li>✓ <b>Sociológica:</b> defende normas regulamentadoras nas relações no trabalho, destacando a conveniência de possibilitar-se a participação ativa do trabalhador no processo de trabalho e na tomada de decisões, com o desenvolvimento das relações interpessoais e a promoção de uma maior conscientização das suas responsabilidades individuais dentro da equipe.</li> </ul>

MODELO	DESCRIÇÃO	Dimensões Consideradas
Modelo de Werther e Davis (1983)	A QVT se estabelece em função do cargo exercido pelo indivíduo, por ser a ligação entre o trabalhador e o empregador. Pretendia a concretização de um trabalho com maiores índices de produtividade e com elevado grau de satisfação de todos os colaboradores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Organizacional:</b> busca a identificação de todas as tarefas concernentes ao cargo para que seja estabelecido o estudo da metodologia adequada ao seu desempenho, com a implementação de práticas e racionalização de rotinas;</li> <li>✓ <b>Ambiental:</b> envolve circunstâncias sociais, culturais, históricas, competitivas, econômicas, governamentais e tecnológicas;</li> <li>✓ <b>Comportamental:</b> avaliação das necessidades dos trabalhadores, tanto no que diz respeito aos recursos humanos quanto aos critérios motivacionais e grau de satisfação.</li> </ul>
Modelo de Huse e Cummings (1985)	A QVT é uma forma de pensar que relaciona pessoas, trabalho e organização, tendo como principais aspectos a preocupação com o trabalhador e com a eficácia organizacional e sua participação nas decisões e soluções de problemas. Defendem que o cargo deve atender as necessidades tecnológicas do trabalhador;	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Participação do trabalhador:</b> envolvimento do empregado no processo de tomada de decisões e resolução de problemas por meio da criação de grupos de trabalho cooperativos e da inclusão dos operários de linha na análise e solução de problemas de produção;</li> <li>✓ <b>Projeto de cargos:</b> atender as necessidades tecnológicas do trabalhador, incluindo o enriquecimento do trabalho, o <i>feedback</i> e os grupos de trabalho autorregulados;</li> <li>✓ <b>Inovação no sistema de recompensas:</b> plano de cargos e salários da organização, visando minimizar as diferenças salariais entre os níveis e de <i>status</i> entre os trabalhadores;</li> <li>✓ <b>Melhoria no ambiente de trabalho:</b> com mudanças físicas nas condições de trabalho, por meio de uma flexibilização de horários; instituição de grupos semi autônomos e modificações no local ou nos equipamentos de trabalho.</li> </ul>
Modelo de Hackman e Wageman (1995)	Propõe uma teoria relacionada às dimensões básicas da tarefa, que influenciam psicologicamente o trabalhador e sua produtividade dentro da organização. Sistematizaram as dimensões ou características do cargo, consideradas determinantes da QVT.	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Variabilidade de habilidades:</b> grau em que as atividades profissionais demandam a utilização de diversas habilidades do profissional;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Identidade da tarefa:</b> grau em que a tarefa requer a execução de um trabalho do início ao fim, e que este seja identificável;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Significado da tarefa:</b> grau que proporciona à tarefa ao impactar a vida ou trabalho de outras pessoas;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Autonomia:</b> grau em que a tarefa fornece aos indivíduos liberdade para planejar e executar suas atividades;</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Feedback:</b> retorno que o indivíduo recebe pelo seu desempenho relacionado com o seu trabalho.</li> </ul>

MODELO	DESCRIÇÃO	Dimensões Consideradas
Modelo de Nadler e Lawler (1983)	A QVT consiste na busca de maior produtividade, conciliada com a motivação e a satisfação do indivíduo.	<p>Elencou fatores determinantes para o sucesso de projetos de QVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A <b>percepção da necessidade</b>;</li> <li>✓ A estrutura para <b>identificação e solução do problema</b>;</li> <li>✓ O <b>foco do problema</b> que é detectado na organização;</li> <li>✓ As <b>compensações projetadas</b>, tanto para os processos quanto para os resultados;</li> <li>✓ Os <b>sistemas</b> múltiplos afetados;</li> <li>✓ O amplo <b>envolvimento da organização</b>.</li> </ul>

Fonte: Klein *et. al*, (2017).

Por outro lado, a qualidade de vida no trabalho foi muito afetada durante a crise dos anos 1930, após um longo período de recessão econômica no século XX. Nesse período, houveram altas taxas de desemprego e a queda de produção industrial em vários países. Na década de 1940, impulsionado pela necessidade de resistir à desumanização do trabalho, emerge a teoria das relações humanas com o conceito de homem social, ou seja, trabalhadores como seres complexos, de emoções, desejos e medos. As pessoas têm necessidades específicas e é influenciada por meio dos grupos com os quais interagem (CHIAVENATO, 2014).

Diante do cenário atual de sobrecarga de trabalho, provenientes principalmente do advento do uso das tecnologias, vem aumentando os riscos de adoecimento dos servidores. Nos serviços de saúde, na última década, ocorreram muitas transformações digitais como, por exemplos, a implantação da telemedicina, prontuário eletrônico, carteira de vacinação digital, a plataforma de saúde para o cidadão, o ConecteSUS, além de outros sistemas operacionais de acesso ao banco de dados. Além disso, a sobrecarga de trabalho também foi proveniente a pandemia do COVID 19, que se tratou de uma doença nova para qual a geração do conhecimento se deu durante o curso dos processos de trabalhos dos servidores da saúde na qual não se conhecia quase nada, sendo muito desafiador e comprometendo a percepção da sua qualidade de vida no trabalho.

Nesse contexto, verifica-se o aumento de dos casos de Burnout (BRAGARD; DUPUIS; RAZAVI; REYNAERT; ETIENNE, 2012; NORLUND; REUTERWALL; HÖÖG, LINDAHL; JANLERT; BIRGANDER, 2010; RICE; RADY; HAMRICK; VERHEIJDE; PENDERGAST, 2008); De Distresse (BAWDEN; ROBINSON, 2008; BLANCH;

STECHER, 2009), e de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (CAETANO; CRUZ; SILVA; LEITE; CARVALHO, 2012; WATERS; DICK; KRIEG, 2011).

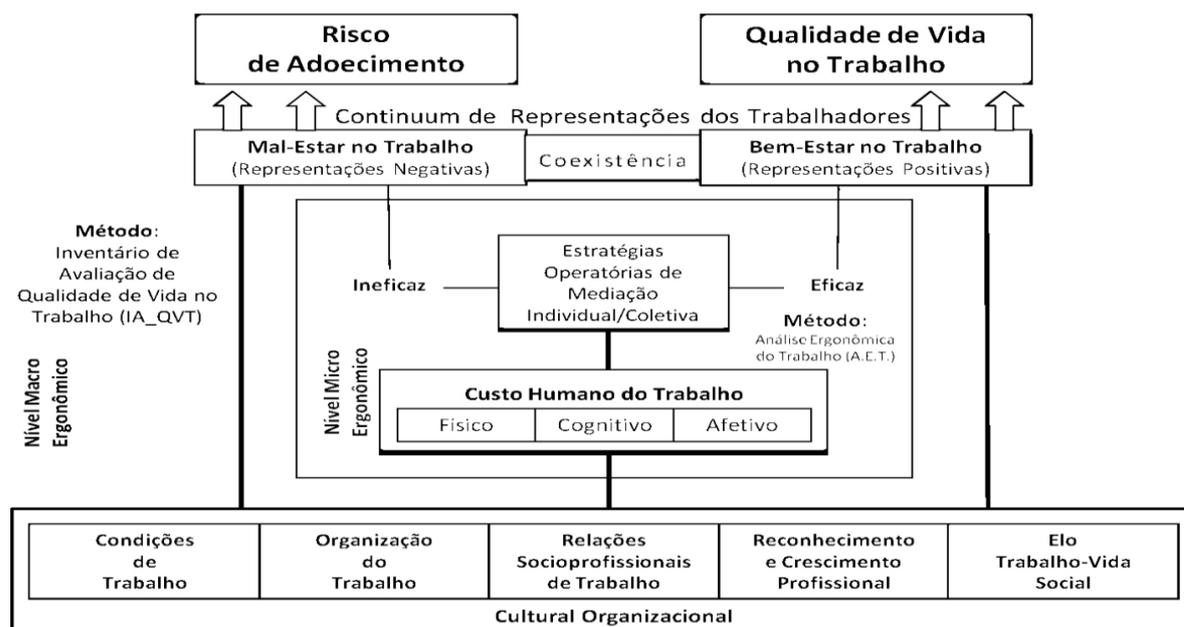
Segundo Padilha (2010), a qualidade de vida no trabalho é uma maneira que as empresas encontraram para aumentar sua produtividade. Nessa concepção, algumas empresas tem investido em ações pontuais de melhoria de bem estar para os trabalhadores acreditando que vai resolver os problemas de produtividade. Desse modo, Ferreira (2012) discute a Ergonomia da Atividade Aplicada à qualidade de vida no trabalho.

De acordo com Ferreira (2012), ergonomia é:

Abordagem científica antropocêntrica que se fundamenta em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas e da saúde para, de um lado, compatibilizar os produtos e as tecnologias com as características e necessidades dos usuários e, de outro, humanizar o contexto sociotécnico de trabalho, adaptando-o tanto aos objetivos do sujeito e/ou grupo, quanto às exigências das tarefas e das situações de trabalho. (FERREIRA, 2012, p. 139).

As representações do modelo de Ferreira (2012) são através do inventário de avaliação de qualidade de vida no trabalho em duas modalidades afetivas: bem estar e mal estar do trabalhador associando a qualidade de vida e o risco de adoecimento, respectivamente, conforme Figura 1, a seguir.

**Figura 1** - Modelo Teórico-Metodológico de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): Níveis Analíticos, Fatores Estruturadores e Métodos



Fonte: Ferreira (2012).

Existem diversos modelos de avaliação da qualidade de vida no trabalho mas é fundamental a participação dos servidores objetivando compreender as suas necessidades e se estas estão alinhadas aos objetivos organizacionais. Nesse sentido, Vasconcelos (2011), apresenta a evolução da conceituação de qualidade de vida no trabalho de 1959 fazendo a previsão futura, conforme Quadro 2 abaixo:

**Quadro 2** - Evolução do conceito de Qualidade de Vida no Trabalho

<b>Concepções Evolutivas do QVT</b>	<b>Características ou Visão</b>
1 - Como uma variável (1956 - 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Investigava-se como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
2 - Como uma abordagem (1969 - 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo, buscava-se trazer melhorias tanto ao empregado quanto à direção.
3 - Como um método (1972 - 1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era vista como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
4 - Como um movimento (1975 - 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos "administração participativa" e "democracia industrial" eram frequentemente ditos como ideais do movimento QVT.
5 - Como tudo (1979 - 1982)	Como panaceia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
6 - Como um nada (futuro)	Nos casos de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará de um "modismo" passageiro.

Fonte: Fernandes *apud* Vasconcelos (2001, p.24).

Não obstante das concepções evolutivas sobre a qualidade de vida no trabalho, se evidencia a preocupação das organizações sobre a baixa produtividade dos trabalhadores nos processos produtivos, associando assim, a qualidade de vida no trabalho restritamente às questões de saúde. Diante deste cenário, o Grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) surge em 1993 o instrumento WHOQOL-100, que avaliação da qualidade de vida com cem itens subdivididos em seis domínios e vinte e quatro facetas, conforme Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-100

<b>Domínio 1 - Domínio físico</b>
1. dor e desconforto 2. energia e fadiga 3. sono e repouso
<b>Domínio 2 - Domínio psicológico</b>
4. sentimento positivo 5. pensar, aprender, memória e concentração 6. autoestima 7. imagem corporal e aparência 8. sentimentos negativos
<b>Domínio 3 - Nível de independência</b>
9. mobilidade 10. atividades da vida cotidiana 11. dependência de medicação ou tratamentos 12. capacidade de trabalho
<b>Domínio 4 - Relações sociais</b>
13. relações pessoais 14. suporte (apoio) social 15. atividade sexual
<b>Domínio 5 - Meio ambiente</b>
16. segurança física e proteção 17. ambiente no lar 18. recursos financeiros 19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. participação em, e oportunidades de reação/lazer 22. ambiente físico: (poluição, ruído, trânsito, clima) 23. transporte
<b>Domínio 4 - Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais</b>
24. espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais

Fonte: Fleck (1999).

O modelo escolhido e apresentado na dissertação foi o instrumento TQWL42, *Total Quality of Work Life* (Qualidade de Vida no Trabalho Total), e o sufixo 42 representa o número de questões. Este instrumento avalia a qualidade de vida relacionado ao trabalho e é validado cientificamente (PEDROSO; PILATTI, 2010) e embasado nos modelos clássicos de Walton (1973), Hackman e Oldham (1974), Westley (1979), Werther e Davis (1983), Nadler e Lawler (1983). As questões foram oriundas do

modelo WHOQOL, *World Health Organization Quality of Life*, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde.

A avaliação da qualidade de vida no trabalho do TQWL42 é segmentada em cinco esferas: Biológica/Fisiológica, Psicológica/Comportamental, Sociológica/Relacional, Econômica/Política e Ambiental/Organizacional, conforme descrito na metodologia desta dissertação.

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Políticas públicas definem-se como diretrizes para resolução de um problema público (SECCHI, 2014). As diretrizes podem ser realizadas através de programas, de ações e de decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal, que impactam todos os cidadãos.

A definição de Políticas Públicas, de acordo com Dye (1984) sintetiza como “o que o governo escolhe fazer” e “consolidou, nos últimos sessenta anos, um *corpus* teórico próprio, um instrumental analítico útil e um vocabulário voltado para a compreensão de fenômenos de natureza político-administrativa”, e considera, que “[...] as *policy sciences* nasceram para ajudar no diagnóstico e no tratamento de problemas públicos” (SECCHI, 2014).

As ações de políticas públicas requerem a participação direta ou indireta da sociedade civil, visando-se assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa. Assim, conforme Daou e Freitas (2017), políticas públicas são arranjos complexos, típicos da atividade político-administrativa. Referem-se a diferentes institutos com incidências em várias áreas do conhecimento e atuação humana; por isso, o direito deve conhecê-las e descrevê-las, porque norteiam toda a atividade do estado para consecução de direitos das pessoas.

Estes arranjos, ainda conforme Daou e Freitas (2017), estão diretamente ligados aos fundamentos da república elencados na Constituição Cidadã de 1988, especialmente de cidadania e de dignidade da pessoa humana, como citado na segundo seção. Portanto, políticas públicas devem ser entendidas como categorias jurídicas normativas, assim como princípios e regras jurídicas.

A realidade social brasileira impõe ao estado, atualmente, grande gama de atividades em prol da garantia da cidadania e da efetivação de direitos sociais fundamentais, aqui entendidos como mínimo indispensável para uma vida digna. “O

Estado Social legitima-se, antes de tudo, pela realização de políticas, isto é, programas de ação” (GRAU, 2005 apud DAOU; FREITAS, 2017, p. 86).

Nota-se que políticas públicas sociais, de responsabilidade dos Poderes Legislativo e Executivo notadamente, são caminho primeiro de materialização de direitos sociais fundamentais e de normas constitucionais definidoras de tais direitos. Como se caracterizam como verdadeiras normas jurídicas, logo dotadas de imperatividade, são bem mais que simples programas de governo.

Portanto, políticas públicas em saúde denotam dever do estado que assume para si obrigação de realizar projeto político de sociedade desenhado na constituição, no qual a atuação do estado deve sempre considerar a concretização do ideal de sociedade pautado na redução de desigualdades e na promoção da saúde para toda população.

No Brasil, o direito à saúde é possível a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual deverá ser universal, integral e gratuito como evidenciado a seguir.

### 2.3 DIREITOS FUNDAMENTAIS CONSOANTES À SAÚDE

A Constituição de 1988 destacou direito à saúde como direito fundamental do cidadão brasileiro e dever do estado garantir seu cumprimento, mediante efetivação de princípios que, nas palavras de Bonavides (2014), constituem mandamentos nucleares do sistema jurídico, irradiando seus efeitos sobre diferentes normas e servindo de balizamento para interpretação e integração de todo o setor do ordenamento em que radicam.

Identifica-se que princípio é base de um sistema, pois a partir dele nascem normas, devendo ter grande importância, cabendo o respeito e ser levado em consideração. Ao transgredir-se uma norma, está-se diretamente infringindo um princípio presente em um ordenamento jurídico, como bem afirma Melo (1980, p.202):

Princípio é, por definição, mandamento nuclear de um sistema, verdadeiro alicerce dele, disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas, compondo lhes o espírito e servindo de critério para a sua exata compreensão e inteligência, exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo, no que lhe confere a tônica e lhe dá sentido harmônico. É o conhecimento dos princípios que preside a inteligência das diferentes partes componentes do todo unitário que há por nome sistema jurídico positivo.

Portanto, para que haja harmonia em um ordenamento jurídico, é necessário que um princípio esteja basicamente relacionado a outros, ocorrendo-se equilíbrio

necessário, dando maior qualidade a sua importância, garantindo-se segurança jurídica necessária e evitando-se sempre que possível conflito de princípios.

Assim, é imperioso abordar princípios da dignidade da pessoa humana e do direito à vida além de seu consectário: saúde.

O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos e é dele que decorrem todos os outros consolidados na constituição federal. Ele é garantido no caput do art. 5º, que garante a todos os brasileiros e estrangeiros, sem distinção de qualquer natureza, inviolabilidade do direito à vida, sendo este direito primário, garantindo-se a essência dos demais direitos e princípios constitucionais.

O direito à saúde é consectário com o direito à vida, porque, para o cidadão obter uma vida digna são necessários investimentos do estado em políticas públicas de ações sanitárias – v.g. tratamento da água e saneamento básico de comunidades –, de prevenção a doenças, de garantia universal e integral em tratamento de enfermidades, proporcionando-se equidade no atendimento no que tangem ao direito à saúde.

Lima (2010, p.08) cita importância do direito à vida no Estado Democrático de Direito e a assimilação da saúde como direito, e não necessidade:

Constitui a vida o direito primordial que se projeta como essência para garantia de todos os demais direitos. Mas a vida não pode ser assegurada sem que, à condição vital de cada ser humano, seja garantido o direito à saúde. [...] A positivação do direito à saúde, consagrada na Constituição Federal no art. 196 implica em dever do Estado que deverá garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para da saúde como direito e não como “necessidade” é possível empenhar esforços para demandar, seja em processo de mobilização, de negociação ou mediante ação judicial, a sua garantia e a sua exequibilidade. É da positivação do direito à saúde que decorre o reconhecimento da sua exigibilidade.

Depreendemos que o direito à vida representa para todos em viver com dignidade, ou seja, afiança respeito aos valores e necessidades vitais básicas das pessoas. Formas de agressão ao corpo humano que reflitam em risco de morte devem ser combatidas para garantir o bom convívio social e o respeito às leis e às instituições.

O direito à vida é considerado um super direito, porquanto é dele que todos os outros direitos dependem e, sem ele, não seria possível existirem outros relativos à saúde, à liberdade etc. Segundo Moraes (2019, p.76), sobre o direito à vida:

O direito humano fundamental à vida deve ser entendido como direito a um nível de vida adequado com a condição humana, ou seja, direito à alimentação, vestuário, assistência médico-odontologia, educação, cultura, lazer e demais condições vitais. O Estado deverá garantir esse direito a um nível de vida adequado com a condição humana respeitando os princípios fundamentais da cidadania, dignidade da pessoa humana e valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e, ainda, os objetos fundamentais da República Federativa do Brasil de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, garantindo o desenvolvimento nacional e erradicando-se a pobreza e a marginalização, reduzindo, portanto, as desigualdades regionais.

De todos os direitos constitucionais, o direito à vida é inerente à pessoa humana por ser o mais importante deles. Sua garantia estabelece, como pré-requisito da qualidade de ser humano, sua existência e prática de demais direitos. O direito à vida possui ligação com a dignidade da pessoa humana; em outras palavras, significa não somente o direito de permanecer vivo, mas de viver-se dignamente, segundo valores morais e éticos de uma sociedade.

A Constituição brasileira consagra a dignidade da pessoa humana (art. 1º., III) como princípio fundamental. No mesmo plano, assegura valores sociais do trabalho e da livre iniciativa (art. 1º, IV), constituindo-se também como um dos objetivos fundamentais da República (BASTOS; MARTINS, 1989, p.234), “Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, p.173).

Este dispositivo constitucional revela claramente que o legislador colocou o ser humano como objeto central de todo o ordenamento constitucional, fundamentando e orientando todo sistema, de forma que ele esteja totalmente voltado para a sua efetiva proteção. Como se vê, a dignidade da pessoa humana, seguindo as palavras de Almeida Júnior (2017, p.13):

[...] constitui elemento basilar de qualquer instrumento jurídico democrático, fundindo-se com os próprios conceitos de liberdade e igualdade que embasaram o surgimento dos direitos fundamentais. Sem a garantia e implementação da dignidade humana, não há que se falar em liberdade e igualdade. Por outro lado, também não existem liberdade e igualdade efetivas quando não se observa o mínimo necessário para a garantia da dignidade humana.

Seguindo as palavras de Almeida Júnior (2017), pode-se afirmar que é no princípio da dignidade da pessoa humana que se encontra a noção do mínimo existencial a ser resguardado pelos direitos sociais de prestação, os quais exigem garantia de meios satisfatórios de mínimas condições de vivência digna do indivíduo e de sua família. Dentre os direitos que garantem o mínimo existencial ao ser humano

estão: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência social.

Desde 1988, a dignidade da pessoa humana é um dos valores fundamentais da ordem jurídica brasileira, princípio matriz de toda atuação estatal, elencada como fundamento do Estado Brasileiro, razão pela qual se pode afirmar: “é o Estado que existe em função da pessoa humana, e não o contrário, já que o ser humano constitui a finalidade precípua, e não o meio da atividade estatal.” (SARLET, 2012, p. 80).

Sendo assim, o mínimo existencial vincula prestações estatais para que sejam cumpridas aspirações do Estado Democrático de Direito. Logo, o que se busca é que todos tenham direito à uma vida digna, ao acesso à saúde e a um bem-estar efetivo. A existência de legislação que garanta o acesso de todos à saúde no ordenamento jurídico brasileiro é fundamental para cumprimento do princípio da dignidade da pessoa humana.

Daí poder-se afirmar que a dignidade da pessoa humana, como princípio constitucional, constitui base da existência humana e norma fundamental norteadora do sistema. Nesse contexto, para satisfação plena dos direitos sociais de prestação, como saúde, em favor da dignidade humana, o estado deve vedar a edição de medidas que importem na redução, anulação ou revogação do núcleo essencial já reconhecido aos indivíduos, e não unicamente reconhecer o gozo e o exercício desses direitos.

Toda a sociedade precisa viver dignamente e o estado tem papel fulcral no cumprimento deste princípio constitucional tão importante. Todavia, desde o início da pandemia de COVID-19, a saúde pública brasileira passa por situações que ferem a dignidade da pessoa humana, em todas as regiões do país. São inúmeras as pessoas à espera de atendimento, que muitas vezes não é conseguido devido à superlotação – morrendo pela falta de atendimento e/ou oxigênio (como recente situação de Manaus-AM) – e à falta de profissionais de saúde em unidades do SUS. Portanto, a dignidade da pessoa humana tem ligações diretas com o direito à saúde.

Até a Constituição de 1988, somente quem tinha direito à saúde pública eram trabalhadores segurados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - (INAMPS). Os não segurados – ou seja, os mais humildes – ficavam a mercê das instituições filantrópicas e hospitais particulares.

Para modificar tal realidade altamente desigual na assistência à saúde, a Constituição de 1988 regulamentou o princípio da universalidade pela Lei nº 8.080/90, mediante a qual se criou o Sistema Único de Saúde (SUS), com finalidade de promover atendimento público de saúde a qualquer cidadão de forma obrigatória, vedada em qualquer hipótese a cobrança em dinheiro. Hoje, a saúde é um direito garantido a todas as pessoas e cabendo ao estado promovê-la, assegurado o acesso a todas as ações e serviços aos brasileiros e aos estrangeiros que estiverem em território nacional.

A Constituição de 1988 concretizou princípio da universalidade em seu art. 196 ao definir saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Referido artigo assegura todos tem direito de usufruir da saúde independentemente de contribuição, conquanto pertença a um dos ramos da seguridade social. Então, se um estrangeiro estiver em trânsito pelo Brasil e vir a sofrer problema de saúde, será amparado pelo sistema público de saúde, mesmo nunca tendo contribuído, consoante princípio da universalidade, pelo qual todos têm o mesmo direito não cabendo qualquer discriminação.

A universalidade do atendimento presente no ordenamento jurídico brasileiro relaciona-se, outrossim, com gratuidade de acesso a serviços (independentemente de nacionalidade, classe social ou contribuição para o Fundo Nacional de Saúde), para aqueles que precisarem de medicamento para tratamento ou reabilitação de sua saúde.

O princípio da universalidade mira modificar desigualdades em assistência à saúde de toda a população, tornando-a obrigatória a qualquer pessoa sem discriminação, proibindo-se cobrança em dinheiro seja qual for a hipótese.

Universalidade do direito à saúde e garantia de integralidade da atenção são princípios que expressam solidariedade social e compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento de necessidades de saúde, independentemente de condições pessoais, econômicas e sociais.

A fim de cumprir princípios da universalidade e da integralidade, considera-se a pessoa humana de forma integral para atender suas necessidades de saúde, com

todas as assistências necessárias: ambulatorial, cirúrgicas e farmacêuticas. Portanto, em caso entrada em hospital público, se houver diagnóstico de enfermidade, o médico responsável deverá prescrever medicamento correto para seu combate, tendo o usuário direito a tratamento integral, ou seja, tratamento completo desde o início, incluindo distribuição gratuita do medicamento.

A integralidade, contudo, foi desde o princípio, termo polissêmico. Adversidades já eram sentidas em debates ao longo dos anos 1970 e 1980. Diferentes autores expressavam concepções distintas. Nos anais da VIII conferência, é possível identificar múltiplas acepções do termo, as quais podem ser agrupadas conforme a seguir:

Atenção integral às pessoas, significando uma nova percepção ao lidar com as queixas, os sintomas, os diagnósticos e as terapêuticas, e ao considerar a integridade dos sujeitos. Conferia ênfase ao cuidado da saúde e à percepção da interdependência entre os problemas e às necessidades das pessoas, bem como à existência de diferentes premências, associadas a idade, gênero, etnia, padrões culturais etc., que o sistema deveria respeitar. Tal concepção aparece com nitidez na fala da representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Carmen Barroso “O direito à saúde implica em atenção especial às necessidades específicas de saúde de cada setor da população. As mulheres, por sua dupla carga de trabalho - no lar e fora do lar - e por seu papel especial de reprodutoras da espécie, apresentam problemas específicos de saúde que não podem ser ignorados pela rede de serviços públicos. Esses devem ser abordados de forma integrada [...] (BRASIL, 1987).

Referido princípio está previsto no art. 198, inciso II, da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

Para cumprimento dele, a lei nº 8.080/90, em seu art. 7º, inciso II, conceitua a integralidade em todas as ações e níveis de complexidades do sistema:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Assim, serviços públicos de saúde e particulares contratados ou conveniados com o SUS devem oferecer procedimentos tanto preventivos quanto curativos, em

todos os níveis de complexidade. Para fundamentar tal afirmativa, é imperioso citar trechos da publicação do Ministério da Saúde sobre gestão de saúde:

Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento [...]. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 2001).

Para tanto, imprescindível é promoção da saúde por políticas públicas que reflitam em ações de atendimento de necessidades da sociedade e prevenção de enfermidades.

A fim de universalizar e integrar, indispensável é princípio da equidade, o qual objetiva reduzir desigualdades sociais, tratando desigualmente os desiguais, com mais investimentos onde detectada maior necessidade.

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS e possui, pelo menos de forma explícita, estatura jurídica dos demais – universalidade, integralidade, descentralização e participação social. Na área da saúde, o princípio da equidade é assim definido:

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social (BRASIL, 2001).

Definição acima implica que todos tenham direito de fato aos serviços e acesso à saúde no Brasil. Cabe, então, ao estado suprir necessidades reais da população.

O que a Constituição e a lei preveem expressamente acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (CF/88, art.196) e a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Lei nº 8.080/1990, art. 7º, inciso IV). A Constituição Federal anuncia a equidade no art. 194, inciso V, que a trata de participação de custeio relativo à seguridade social, ainda que o preceito de atendimento igualitário possa expressar o princípio de equidade horizontal, isto é, igual atenção para igual necessidade.

Portanto, o princípio da equidade consiste na busca do reconhecimento das necessidades dos grupos específicos objetivando reduzir os impactos das diferenças,

de modo que propõe o respeito das especificidades de cada cidadão para se obter justiça social.

#### 2.4 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE DE CAMAÇARI

O município de Camaçari está situado na região metropolitana de Salvador. Situa-se na zona geográfica do Recôncavo baiano, mais precisamente no Recôncavo Norte e faz parte da Região Metropolitana de Salvador (RMS) que abrange os municípios de Salvador, Lauro de Freitas, Candeias, Simões Filho, São Francisco do Conde, Vera Cruz, Dias D'Ávila, Itaparica e Madre de Deus. Camaçari é um dos mais ricos municípios do Nordeste. Possui um Polo Petroquímico, plástico e químico, um importante polo industrial o que alterou profundamente seu processo de urbanização e as condições ambientais do Município. Possui uma área de aproximadamente 759,8 Km<sup>2</sup>, 42 Km de faixa costeira, sendo o maior território da região metropolitana, possui clima tropical úmido e três áreas de proteção ambiental. Tem influência Portuguesa, indígena e negra nas manifestações culturais.

Os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, publicados em 2022, informa uma população é de 334.195 habitantes (IBGE, 2022). É o município com maior produto interno bruto (PIB) industrial da região Nordeste e possui o maior polo industrial do Estado da Bahia, responsável por 30% do PIB baiano (IBGE, 2010).

Dados de 2014 posicionaram Camaçari como o quarto PIB per capita do estado e o centésimo vigésimo nono (129º) do Brasil, com R\$ 62409,50. Em 2017 houve um aumento do PIB per capita para R\$ 77.816,68. Esse crescimento não se refletiu no aumento do rendimento médio, indicando uma maior concentração de renda. 61,5% das receitas de Camaçari advêm de recursos externos. Dos 417 municípios, Camaçari está na posição 372. Isso significa que o impacto das receitas externas no seu orçamento é menor que mais de 80% dos municípios baianos. A atividade econômica do município calcada no vetor industrial reflete diretamente na composição do orçamento em receitas próprias.

A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; entendendo-se como a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado na saúde do município.

A atenção primária à saúde (APS) é considerada a principal e mais adequada forma de acesso das pessoas ao sistema de saúde, estando diretamente associada a uma distribuição mais equitativa da saúde entre populações, devendo cumprir três funções essenciais:

- a) Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- b) Organização: visa organizar os fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- c) Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Nesse sentido, a Rede de Atenção Primária de Camaçari atualmente é composta por 78 equipes, destas, 65 são equipes de saúde da família (eSF) e 13 são equipes de atenção primária à saúde (eAP) distribuídas em 42 Unidades de Saúde, sendo 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 38 Unidades de Saúde da Família (USF), situadas em 09 Regiões de Saúde, nos 02 Distritos (Sede e Costa), conforme Quadro 4.

**Quadro 4 - Rede física de estabelecimentos de saúde - Rede Própria**

<b>ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI</b>
<b>TIPO 02 – CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA</b>
UBS CAMACARI DE DENTRO
UBS DA GLEBA E
UBS DE AREMBEPE
UBS DO GRAVATA
USF BURI SATUBA I
USF BURIS DE ABRANTES
USF CAMINHO DO MAR
USF DA FONTE DA CAIXA
USF DA LAMA PRETA
USF DA NOVA VITORIA
USF DA PIACAVEIRA I E II
USF DE AREIAS
USF DE BARRA DO JACUIPE
USF DE BARRA DO POJUCA
USF DE CACHOEIRINHA
USF DE CAJAZEIRA DE ABRANTES
USF DE CATU DE ABRANTES
USF DE COQUEIRO DE MONTE GORDO
USF DE FONTE DAS ÁGUAS
USF DE MACHADINHO
USF DE MONTE GORDO
USF DE PARAFUSO
USF DE VILA DE ABRANTES
USF DO DOIS DE JULHO
USF DO FICAM II
USF DO GRAVATA
USF DO NOVO HORIZONTE
USF DO PARQUE DAS MANGABAS
USF DO PARQUE FLORESTAL I E II
USF DO PHOC III - I E II

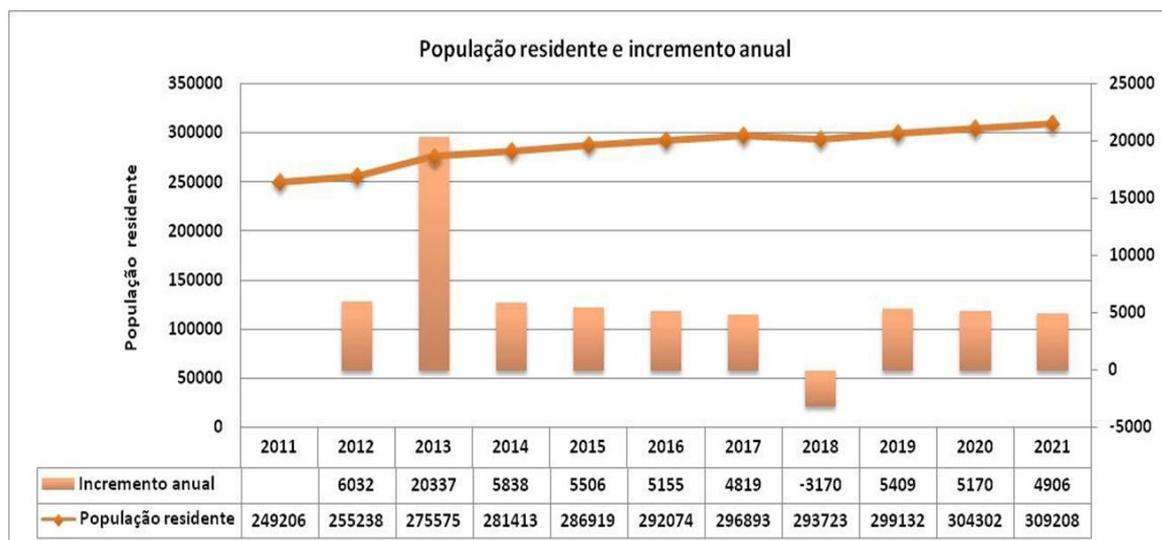
<b>ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI</b>
USF DO PONTO CERTO
USF DO SANTO ANTONIO
USF GLEBA B
USF JARDIM LIMOEIRO I
USF JARDIM LIMOEIRO II
USF NOVA ALIANCA
USF PARQUE VERDE I
USF PARQUE VERDE II
USF PE DE AREIAS
USF PHOC – CAIC
USF VERDE HORIZONTE I

Fonte: DIPLAN / SESAU Camaçari (2022).

Neste contexto, observa-se que a Equipe de Saúde da Família, passa a ter, então, um papel que vai além de apenas dar respostas as demandas de saúde, traz também a responsabilização de um conjunto de ações curativas e preventivas, a partir de um nível de organização, com desenvolvimento de tecnologias, que respondam ao planejamento da dinâmica da assistência à saúde (VIEIRA, 2019).

A reorientação do modelo assistencial tem como base a humanização e acolhimento dos usuários nos serviços de saúde, que nas diversas experiências têm trazido impacto para melhoria das relações entre gestores, equipes de saúde e usuários. Essas relações foram ampliadas na Reforma Sanitária, quando se estabeleceu um vínculo entre ensino, ações e serviços, pautadas na formação profissional, desenvolvimento institucional e controle social em saúde, com o intuito de ampliar a estratégia de Educação Permanente (EP) e alcance da integralidade da atenção à saúde, individual e coletiva (BRASIL, 2007).

Entre os anos 2011 e 2021, Camaçari apresentou um crescimento populacional de 24%, contabilizando um incremento de 60.000 habitantes ao longo deste período. A média de incremento populacional em Camaçari foi cerca de 5 mil habitantes por ano, excluindo-se os anos de 2013 (quando se registrou o aumento de 20.337 habitantes) e o ano de 2018 (quando foi registrada redução de 3170 habitantes). Para o ano de 2021, a estimativa populacional foi de 309.208 indivíduos, conforme a Figura 2.

**Figura 2** - Gráfico de Evolução da população residente estimada, Camaçari-BA, 2011 a 2021

Fontes: IBGE - Estimativas de população. Acessado em: DIVEP/SUVISA.  
 Estimativas para o TCU-BA. Última atualização realizada em 27/08/2021.  
 Nota: Acessado em 14/09/2022.

## 2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) é uma política pública da área de Saúde Pública que atua como prevenção através de estudos, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. A formulação de políticas nacionais em Saúde do Trabalhador tem diversas instâncias, como os Ministérios da Previdência Social, do Trabalho e Emprego e da Saúde.

De acordo com Santana (2011, p.568), a saúde do trabalhador compreende:

A produção do conhecimento científico, a utilização de tecnologias e práticas de saúde, seja no plano técnico ou político visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, sejam de origem ocupacional ou relacionadas ao trabalho.

O direito à saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, um dos principais documentos internacionais no âmbito dos direitos humanos, e estabelece em um dos seus artigos, que todo ser humano, independentemente de estar trabalhando, tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

No atual contexto brasileiro, compreende-se que, em períodos de crise econômica e política, os direitos humanos são afetados. Para Bobbio (1992, p. 28), existem muitas críticas desse universalismo:

Na história da formação das declarações de direitos podem-se distinguir, pelo menos, três fases. As declarações nascem como teorias filosóficas. Sua primeira fase deve ser buscada na obra dos filósofos. Se não quisermos remontar até a ideia estoica da sociedade universal dos homens racionais — o sábio é cidadão não desta ou daquela pátria, mas do mundo, a ideia de que o homem enquanto tal tem direitos, por natureza, que ninguém (nem mesmo o Estado) lhe pode subtrair, e que ele mesmo não pode alienar (mesmo que, em caso de necessidade, ele os aliene, a transferência não é válida), essa ideia foi elaborada pelo jus naturalismo moderno.

Na visão do Bobbio (1992, p. 29), existe o argumento do estado de natureza tenha sido desconsiderada, então, descreve “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. Uma forma diferente de dizer que todos os homens e mulheres são livres e iguais por natureza.

No Brasil, o direito à Saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, conseqüentemente, da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 que estabelece no seu artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, separando a saúde da previdência e tornando um sistema universal, público e gratuito de saúde (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 (CF88) incluiu a Saúde do Trabalhador como competência do Sistema Único de Saúde (SUS), descrita como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL,1990).

A abordagem saúde-doença, no que tange a saúde dos trabalhadores, tem relação direta com seu trabalho, fatores de riscos (físico, químicos, biológicos, mecânicos) e o modo que vivenciam essas condições, os processos e os ambientes em que trabalham. As organizações começaram a intensificar as preocupações sobre o trabalhador a partir da Revolução Industrial, devido à sobrecarga de trabalho para atingir a produtividade da empresa e, conseqüentemente lucros, mas, não se pode

pensar somente em produtos, sem antes pensar na qualidade de vida do trabalho das pessoas que nelas atuam (VASCONCELOS et al., 2011). É durante a Revolução Industrial que surgiu, na Inglaterra, o primeiro serviço de Medicina do Trabalho quando Robert Dernham, empresário de uma fábrica têxtil, sinaliza ao seu médico, Robert Baker, que seus funcionários não tinham nenhuma assistência médica.

Este cenário da implementação da medicina do trabalho se expandiu por outros países passando a constar na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e, através da Recomendação 97 de 1953, é criada a Proteção da Saúde dos Trabalhadores. Com efeito, aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho, surge a Recomendação 112, definindo sobre Serviços de Medicina do Trabalho (OIT, 1966), com a finalidade principal de assegurar aos trabalhadores contra os riscos ou condições de trabalho que possa prejudicar à saúde.

Os avanços tecnológicos e a permanência dos trabalhadores nas indústrias, desencadearam muitos problemas de saúde relacionados aos ambientes de trabalho, surgindo como consequência, a Saúde Ocupacional. Este modelo de Saúde Ocupacional, segundo Mendes (1991, p. 344) “desenvolvido para atender a uma necessidade da produção – não conseguiu atingir os objetivos propostos”.

As inquietações com a saúde do trabalhador começaram quando Bernardino Ramazzini descreveu diversas e variadas doenças decorrentes dos processos de trabalhos, mas ficou mais evidente decorrente dos efeitos da revolução industrial, devido ao ritmo acelerado de trabalho com foco na produtividade. O proprietário da fábrica contratou um serviço médico para proteger a saúde e condição física dos seus funcionários, resultando a origem da Medicina do Trabalho. Segundo Minayo (1997), a saúde do trabalhador possibilita o protagonismo dos trabalhadores na perspectiva interdisciplinar abrangente e com finalidade de proporcionar bem estar e respeito aos trabalhadores.

No Brasil, os anos 1980 é marcada por vários avanços na política pública de saúde sendo na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a proposta de criação do SUS e posteriormente, conforme inciso V do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde “I – universalidade; II – integralidade; III – participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; IV – descentralização; V – hierarquização; VI – equidade; e VII – precaução”. (BRASIL, 2012).

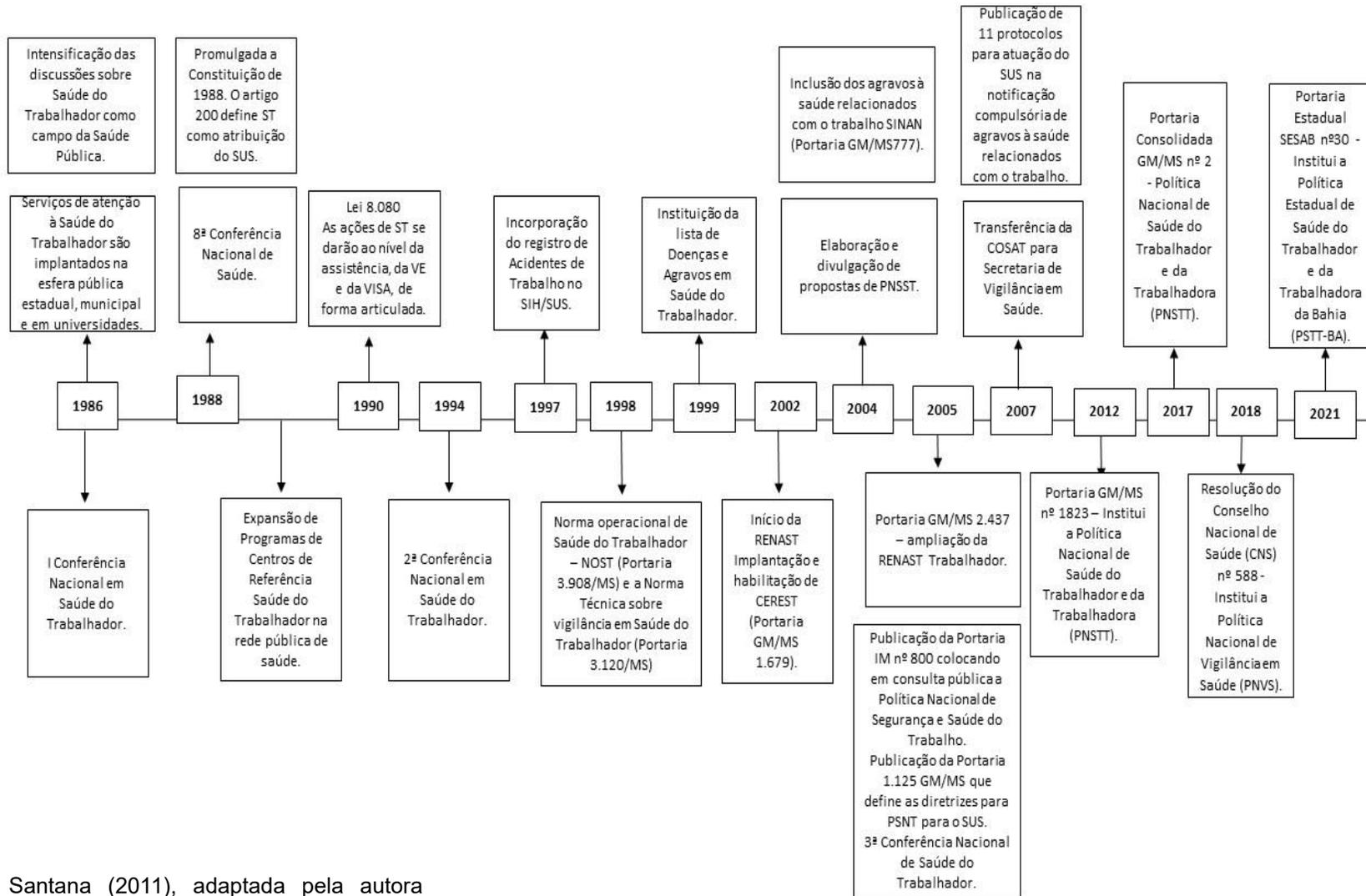
Assim, surge também a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que tem como finalidade (BRASIL, 2012).

Definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora está em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Constituição Federal e Ministério da Saúde. Alguns estados do Brasil ainda não dispõem da política estadual e municipal. Na Bahia, a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi publicada recentemente, através da Portaria Estadual SESAB Nº 30, de 15 de janeiro de 2021, mas, o município de Camaçari não tem sua Política Municipal.

Em síntese, na Figura 3, segue a linha do tempo das ações em Saúde do trabalhador no SUS descrita por Santana (2011).

**Figura 3 - Linha do tempo das ações em Saúde do Trabalhador (ST) no SUS, 1986-2021**



Fonte: Santana (2011), adaptada pela autora

Ainda nos dias atuais, decorrente dos diversos fatores que interferem na relação saúde-doença, de acordo com Fernandes (1996), a qualidade de vida no trabalho proveniente da satisfação do trabalhador, contribuirá para o aumento da produtividade porque proporciona melhores desempenhos do trabalhador na sua tarefa. Nesse sentido, é de suma importância as organizações investirem nas pessoas, “as pessoas passam a significar um diferencial competitivo que mantém e promove o sucesso organizacional: elas passam a ser competência básica da organização, a sua principal vantagem competitiva em um mundo globalizado, instável, mutável e fortemente competitivo”. (CHIAVENATO, 2014).

Segundo dados do Observatório de Saúde e Segurança do Trabalho (SmartLab), da OIT e do Ministério Público do Trabalho (MPT), o Brasil teve 2,5 mil óbitos e 571,8 mil Comunicações de Acidente de Trabalho (CATs) em 2021. Isso significa um acréscimo de 30% em relação ano de 2020. Esse quadro repercute nos gastos do Estado advindo dos tratamentos de saúde e dos afastamentos desses trabalhadores de suas atividades laborais.

Em meados dos anos 80, o SUS, tem se organizado para dispor de ações voltadas à Saúde do Trabalhador (ST) no âmbito da saúde pública, o que antes era exclusivamente do Ministério do Trabalho. Embora, muitos trabalhadores sequer conhecem as atribuições de cada serviço que compõe a rede (LACAZ, 1996).

A atenção integral à saúde do trabalhador, ampliado através das ações desenvolvidas pelos CEREST, que possuem grandes desafios:

[...] a atenção integral à Saúde do Trabalhador se dá no conjunto das redes de atenção à saúde do SUS, devendo ser organizada de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção, incluindo ações de promoção, de vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação. (BRASIL, 2012).

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), surgiu na perspectiva de atendimento especializado em Saúde do Trabalhador em conformidade a Política Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PSTT) “tem por função o provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho”. (BRASIL, 2005). As ações executadas pelo CEREST, requerem articulações com a rede nacional de atenção integral à Saúde do

Trabalhador (RENAST) e que, em geral são fragmentadas, o que torna um desafio a efetivação de uma política de saúde para os trabalhadores.

O CEREST de Camaçari, Bahia, é um órgão de retaguarda técnica voltada para ações de vigilância em saúde do trabalhador de Camaçari e dos municípios limítrofes, como Pojuca, Simões Filho, Dias D'ávila, Mata de São João e Conde. A estrutura organizacional conta com equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, assistente social, fisioterapeutas, médico do trabalho, engenheiro de Segurança). Desenvolvem ações de comunicação de informações de registro de acidentes e doenças do trabalho, educação em saúde, acolhimento e atendimento presencial para encaminhamento à rede, identificação dos agravos e onexo da queixa do trabalhador, emissão o documento no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), investigação de acidentes, atendimento as solicitações do Ministério do Trabalho e outros órgãos competentes além de matriciamento para identificação das realidades dos municípios e ações de promoção e prevenção à Saúde dos Trabalhadores.

Ainda sobre o CEREST desse município, todos os servidores públicos que necessitarem da prestação dos serviços, não são atendidos neste centro porque a gestão alega que a Prefeitura de Camaçari tem na sua estrutura organizacional a Gerência Especializada em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - GESMT, subordinada diretamente à Coordenadoria da Junta Médica Oficial do Município de Camaçari, cuja atribuições estabelecem diretrizes e controlam a execução da política de assistência social ao servidor público municipal, conforme Regimento Interno e parâmetros da Norma Regulamentadora, número 4, de Portaria 3.214/78 do Ministério do Trabalho e Emprego.

A GESMT, conforme mencionada e publicada, não está vigente tecnicamente por não dispor de uma estrutura técnica e de apoio para o exercício das atividades. Sendo assim, todos os servidores da Prefeitura Municipal de Camaçari, não são atendidos com ações de promoção e prevenção à saúde mas sim, apenas nos casos que estão acometidos de alguma doença.

O contexto atual de crise política e econômica no Brasil e as mudanças legislativas como por exemplo, a redução do financiamento do SUS, resultaram em perdas de direitos sociais, previdenciários e trabalhistas. Sobre os efeitos dessa crise, o argumento a seguir:

Os efeitos da conjuntura político-econômica sobre o Brasil – e demais países latino-americanos – são conhecidos. Recessão, déficit público, inflação, crise

fiscal etc., agravaram desequilíbrios estruturais, encurtando recursos e aumentando as necessidades por proteção; em especial e talvez mais grave para esta finalidade, os condicionantes impostos pelas agências multilaterais ao crédito externo passaram a acentuar com absoluto rigor o enxugamento do Estado e seu desengajamento na oferta de benefícios e serviços coletivos. Condicionantes que foram aceitos pelos governantes brasileiros e transpostos para praticamente todas as decisões (e não decisões) que afetam a economia (e, por conseguinte, a sociedade). (VIANA, 2012, p. 177).

Percebe-se, no contexto de Camaçari, a fragilidade dos sindicatos dos servidores públicos, aliada às políticas públicas reducionistas sobre as ações da Saúde do Trabalhador. É necessário compreender a saúde do trabalhador como uma política pública e de Estado.

### 3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

A metodologia engloba duas etapas, uma primeira de revisão integrativa, que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos por meio de levantamento bibliográfico sobre a saúde do trabalhador e suas políticas públicas. A segunda etapa foi realizado um estudo epidemiológico de campo.

A pesquisa é de abordagem qualitativa/quantitativa visando o mapeamento do universo dos servidores da saúde no contexto estudado. A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, já a pesquisa qualitativa, Vergara (2010, p.80) destaca:

A pesquisa qualitativa envolve dados qualitativos e formas qualitativas de análises. São exemplos de fontes de dados qualitativos: dados em forma verbal, como os obtidos em entrevistas, grupos focos, discursos; dados na forma escrita, como os obtidos em diários, cartas, livros, artigos. Imagens e sons também podem compor dados qualitativos.

Para tanto, foram utilizadas as coletas de dados através da aplicação de questionário do Google Formulário. No questionário constam antes das perguntas o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), apêndice B (em cumprimento da normativa circular nº1/2021-CONEP/SECNS/MS, referente às orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual), que foi lido pelo entrevistado com a opção de aceitar ou não a sua participação no projeto.

#### 3.1 REVISÃO INTEGRATIVA

Nesta revisão integrativa foram reunidos conhecimentos sobre a saúde do trabalhador a partir de estudo com coletas de dados realizada por fontes secundárias através de levantamento bibliográfico.

A pesquisa bibliográfica foi de suma importância para elaboração do projeto porque subsidiou o pensamento crítico acerca da temática, através dos dados e informações, que serviram de base para construção da investigação proposta. Além disso, foram realizadas correlações com problemáticas semelhantes validando a necessidade de repetir a investigação. Nesse sentido, o Quadro 5 ilustra as fontes de pesquisa bibliográfica que embasou o desenvolvimento dos Capítulos deste estudo:

Quadro 5 - Fontes de Pesquisas Bibliográficas

TEMA GERAL	ESPECIFICAÇÃO	AUTOR/ANO
Direito e Saude	Definição do Termo Saúde	OMS/1990
	Dos Direitos e Garantias Fundamentais e Competências	Constituição Federal/1988
	Assistência à saúde	Vieira/2019
	Mandamentos nucleares do sistema jurídico	Bonavides/2014
	Importância do direito à vida	Lima/2010 e Moraes/2019
	Definição de Princípio	Melo/1980
	Efetivação dos direitos sociais imposta ao estado	Grau, 2005, apud Daou; Freitas, 2017
	Valores sociais do trabalho e da livre iniciativa	Bastos; Martins/ 1989
	Impactos aos direitos humanos em períodos de crise	Bobbio/1992
	Declaração Universal dos Direitos Humanos	ONU/1948
SUS e suas diretrizes	Assistência à saúde	Vieira/2019
	Princípio da universalidade	Constituição Federal/1988
	Atenção integral às pessoas	BRASIL/1987
	Ações e serviços públicos de saúde	Constituição Federal/1988
	Conceito da integralidade	Constituição Federal/1988
	Integração de ações para a promoção da saúde	Ministério da Saúde/2001
	Objetivo da equidade	Ministério da Saúde/2001
Diagnóstico Situacional de Camaçari	Competências do Sistema Único de Saúde	BRASIL/1990
	Dados do PIB de Camaçari	IBGE/2010
	Rede física de estabelecimentos de saúde - Rede Própria	DIPLAN / SESAU CAMAÇARI
Qualidade de Vida no Trabalho	Evolução da população residente estimada, Camaçari-BA, 2011 a 2021	IBGE/2021
	Conceito e modelos de qualidade de vida no trabalho	Campos (2008), Putkonen (2009), Walton (1975), Westley (1979), Nadler e Lawler (1983), Werther e Davis (1983), Huse e Cummings (1985) e Hackman e Oldham (1975), WHOQOL (1995), Ferreira (2012), Fernandes apud Vasconcelos (2001), Timossi et al. 2009 apud Pedroso, Pilatti (2012).
Políticas Públicas em Saúde	Definição de Políticas Públicas	Secchi/ 2014; Dye/1984; Daou e Freitas/2017
	Dignidade da pessoa humana	CF/1988; Almeida Júnior/2017 e Sarlet/2012
	Os efeitos da conjuntura político-econômica sobre o B	Viana/ 2012
Políticas Públicas em Saúde do Trabalhador	Definição e formulação de políticas públicas para a saúde do trabalhador	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2012) / Santana (2011)
	Linha do tempo de ações em ST	Santana (2011)
	Qualidade de vida do trabalhador pós Revolução Industrial	Vasconcelos et al./ 2012
	Princípios, diretrizes e estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	BRASIL/2012
	Fatores que interferem na relação saúde-doença	Fernandes/1996
	Dados sobre abertura de CATs	MPT/2021
	Ações voltadas à Saúde do Trabalho	Lacaz/1996
	Desafios à atenção integral à saúde do trabalhador	BRASIL/2012
	Objetivo do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	BRASIL/ 2005
	Comunicações de Acidente de Trabalho	MPT/2021
	Ações voltadas à Saúde do Trabalho	Lacaz/1996
	Desafios à atenção integral à saúde do trabalhador	BRASIL/2012
	Objetivo do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	BRASIL/ 2005
	Fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho	CLT Brasil/1943
	Pessoas como diferencial competitivo	Chiavenato/2014

Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação (2022).

## 3.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Foi realizado um estudo de corte transversal, utilizando o inquérito epidemiológico referente à percepção de qualidade de vida dos 244 servidores da Saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari. As coletas das informações iniciaram em outubro de 2022. Para este estudo foi realizado um cálculo amostral, considerando o universo de 2.880 servidores, considerando um (alfa) de 5% e um poder (beta) de 80%. Neste sentido, chegou-se a um número de 234 entrevistados. O software utilizado para cálculo da amostragem foi o STATA v.14.

### 3.2.1 População e local de estudo

A população de estudo foi constituída pelos Servidores da Saúde do Município de Camaçari.

O município de Camaçari está situado na região metropolitana de Salvador. Situa-se na zona geográfica do Recôncavo baiano, mais precisamente no Recôncavo Norte e faz parte da Região Metropolitana de Salvador (RMS) que abrange os municípios de Salvador, Lauro de Freitas, Candeias, Simões Filho, São Francisco do Conde, Vera Cruz, Dias D'Ávila, Itaparica e Madre de Deus. Camaçari é um dos mais ricos municípios do Nordeste. Possui um Polo Petroquímico, plástico e químico, um importante polo industrial o que alterou profundamente seu processo de urbanização e as condições ambientais do Município. Possui uma área de aproximadamente 759,8 Km<sup>2</sup>, 42 Km de faixa costeira, sendo o maior território da região metropolitana, possui clima tropical úmido e três áreas de proteção ambiental. Tem influência Portuguesa, indígena e negra nas manifestações culturais.

Os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, publicados em 2022, informa uma população é de 334.195 habitantes (IBGE, 2022). É o município com maior produto interno bruto (PIB) industrial da região Nordeste e possui o maior polo industrial do Estado da Bahia, responsável por 30% do PIB baiano (IBGE, 2010).

Dados de 2014 posicionaram Camaçari como o quarto PIB per capita do estado e o centésimo vigésimo nono (129º) do Brasil, com R\$ 62409,50. Em 2017 houve um aumento do PIB PERCAPITA para R\$ 77.816,68. Esse crescimento não se refletiu no aumento do rendimento médio, indicando uma maior concentração de renda. 61,5% das receitas de Camaçari advêm de recursos externos. Dos 417 municípios, Camaçari

está na posição 372. Isso significa que o impacto das receitas externas no seu orçamento é menor que mais de 80% dos municípios baianos. A atividade econômica do município calcada no vetor industrial reflete diretamente na composição do orçamento em receitas próprias.

A atenção básica em Camaçari é composta por 38 unidades de Saúde da Família e 04 Unidades básicas de saúde, divididas em 02 Distritos Sanitários de Saúde. A Equipe de Saúde da Família, passa a ter, então, um papel que vai além de apenas dar respostas as demandas de saúde, traz também a responsabilização de um conjunto de ações curativas e preventivas, a partir de um nível de organização, com desenvolvimento de tecnologias, que respondam ao planejamento da dinâmica da assistência à saúde (VIEIRA, 2019). A atenção especializada é composta de 23 unidades considerando emergência fixa, móvel, hospital, policlínicas, saúde mental e Centros de Referência.

### 3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DA INFORMAÇÃO

O instrumento utilizado neste estudo para avaliar a qualidade de vida no trabalho dos servidores da saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari foi o *Total Quality of Work Life* (TQWL-42), construído e validado por Pedrosa (2010), que segue estrutura dos instrumentos WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*).

As técnicas de coleta de dados programados foram disponibilizadas através de *Google Forms* com perguntas estruturadas de acordo com instrumento TQW42, sendo 42, o número de questões relacionadas a qualidade de vida no trabalho, sendo a primeira e a última de autoavaliação. Os participantes tiveram sua identidade protegida e o anonimato garantido durante todo o processo de coleta, análise e divulgação dos resultados do estudo e possível de responder em até 20 minutos. Foram utilizados números cardinais arábicos para numerar os entrevistados e assim manter o anonimato dos participantes da pesquisa e serão realizadas após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento que utilizado possuem cinco esferas: biológica/fisiológica, psicológica/comportamental, sociológica/relacional, econômica/política e ambiental/organizacional, conforme Quadro 6.

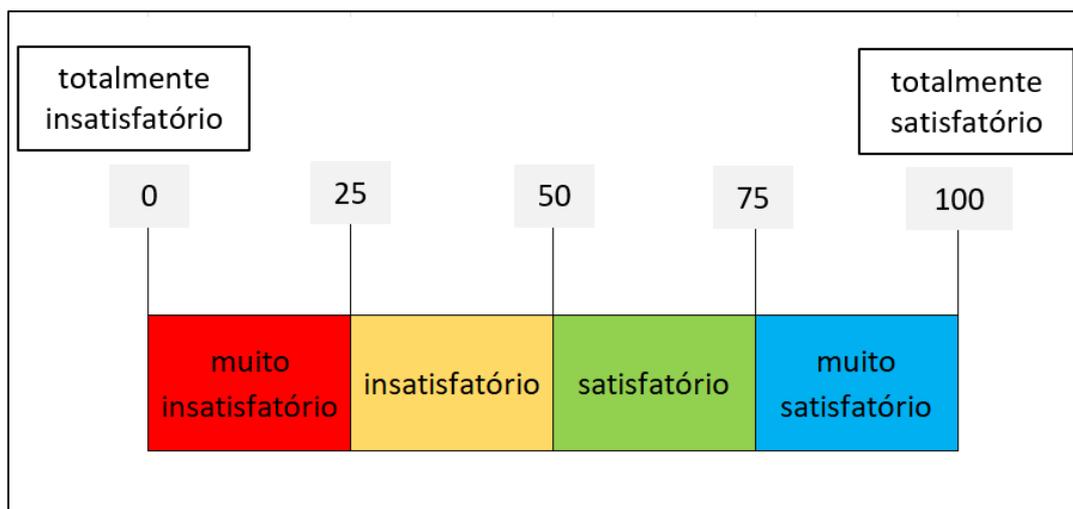
**Quadro 6** - Esferas e aspectos do TQWL-42

ESFERAS	ASPECTOS
Biológica/fisiológica	Disposição física e mental Capacidade de trabalho Serviços de saúde e assistência social Tempo de repouso
Psicológica/comportamental	Autoestima Significância da tarefa Feedback Desenvolvimento pessoal e profissional
Sociológico/relacional	Liberdade de expressão Relações interpessoais Autonomia Tempo de lazer
Econômica/política	Recursos financeiros Benefícios extras Jornada de trabalho Segurança de emprego
Ambiental/organizacional	Condições de trabalho Oportunidade de crescimento Variedade da tarefa Identidade da tarefa

Fonte: Pedroso (2014) adaptado pelo autor.

Em relação aos dados pessoais dos servidores, o TQWL-42 solicita informações sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade e tempo de serviço.

A análise de resultados de Qualidade de Vida Total, sugeridos por Pedroso e Pilatti (2014), foram obtidos através de estatística descritiva para os Aspectos e Esferas. Os resultados foram obtidos através de média dos escores em uma escala de 0 à 100 representando a percepção da qualidade de vida do trabalho sendo, 0 a 49 como nível de insatisfação onde 0 à 25, Muito Insatisfatório e 25,01 a 49,9 Insatisfatório. Os valores acima de 50, o nível de satisfação de qualidade de vida no trabalho, sendo 50,1 à 75, Satisfatório e 75,01 à 100, Muito Satisfatório, conforme Figura 4.

**Figura 4** - Classificação de qualidade de Vida no Trabalho

Fonte: Adaptado de Timossi *et al.* (2009 *apud* PEDROSO; PILATTI, 2014).

### 3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram tabulados e analisados. As variáveis qualitativas foram apresentadas em números absolutos e relativos, enquanto que as variáveis quantitativas foram apresentadas por médias e desvios padrão. Foram realizados testes de hipótese para observação das diferenças de médias dos escores, teste T de *Student*, em caso de duas categorias analíticas e o teste ANOVA, quando havia mais de duas categorias. Nos dois casos foram realizados testes de homogeneidade e, caso as variáveis contínuas que representavam os escores não passasse no teste, se aplicaria os testes não paramétricos correspondentes, Mann-Whitney substituindo o Teste T e Kruskal-Wallis em substituição à ANOVA. O teste de Levene foi utilizado para avaliar a igualdade de variâncias de uma variável calculada para dois ou mais grupos e, assim, determinar a aplicação de um teste paramétrico (Teste T e ANOVA) ou não paramétrico (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis).

Em toda a análise foi considerado o intervalo de confiança de 95% e o nível de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ). Para todas as análises foi utilizado o IBM SPSS v.26.

A interpretação dos resultados foi articulada com a teoria, o que favoreceu o desenvolvimento de uma leitura crítica da situação e apresentação dos resultados sobre a percepção de qualidade de vida no trabalho.

### 3.5. QUESTÕES ÉTICAS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da UNIFACS de acordo com o parecer número 5.688.986 (CAAE: 59775122.6.0000.5033), presente no apêndice C.

Conforme determina a Resolução nº 466/2012 - CONEP/CNS - MS, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o trabalho requer a coleta de informações por meio de um questionário eletrônico aplicado aos servidores da Saúde de Camaçari da Bahia, Brasil a fim de analisar a qualidade de vida no trabalho.

#### 4 RESULTADOS

Participaram do estudo 244 profissionais da saúde do município de Camaçari, através do preenchimento do questionário online. A idade dos servidores varia entre 16 e 66 anos, com média da idade de 42 anos (desvio padrão de 9,9), sendo que estão mais concentrados na faixa etária de 36 a 42 anos (28,3%). No que diz respeito ao estado civil, a amostra configurou-se de 33,6% indivíduos solteiros, 53,7% casados ou vivendo em união estável, 0,4% viúvo e 12,3% separados ou divorciados. Já no quesito nível de escolaridade, a distribuição dos respondentes foi a seguinte: 1,6% com ensino médio incompleto, 14,3% com ensino médio completo, 19 com superior incompleto, 35 com superior completo, 2% com pós-graduação incompleto e 50,8% com pós-graduação completo, conforme Tabela 1, características sociodemográficas da população.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da população

<b>Variável</b>		<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
Idade	<36	61	25,0
	36-42	69	28,3
	42-46	56	23,0
	>46	58	23,7
	Total	244	100,0
Sexo	Feminino	210	86,1
	Masculino	34	13,9
	Total	244	100,0
Escolaridade	Ensino Médio completo	35	14,3
	Ensino Médio incompleto	4	1,6
	Ensino Superior completo	52	21,3
	Ensino Superior incompleto	24	9,8
	Pós-graduação completo	124	51,0
	Pós-graduação incompleto	5	2,0
	Total	244	100,0
Estado Civil	Casado (a)/União estável	131	53,7
	Separado(a)/Divorciado (a)	30	12,3
	Solteiro (a)	82	33,6
	Viúvo (a)	1	0,4
	Total	244	100,0

Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação (2023).

Na Tabela 2, observa-se as médias dos escores no que tange os aspectos da percepção da qualidade de vida no trabalho. Sendo que, o maior escore foi observado

para o aspecto significância de tarefa, na esfera psicológica/comportamental, valor 86,17 (DP:16,06) e o mais baixo para o aspecto serviços de saúde e assistência social, valor 31,71 (DP:28,06).

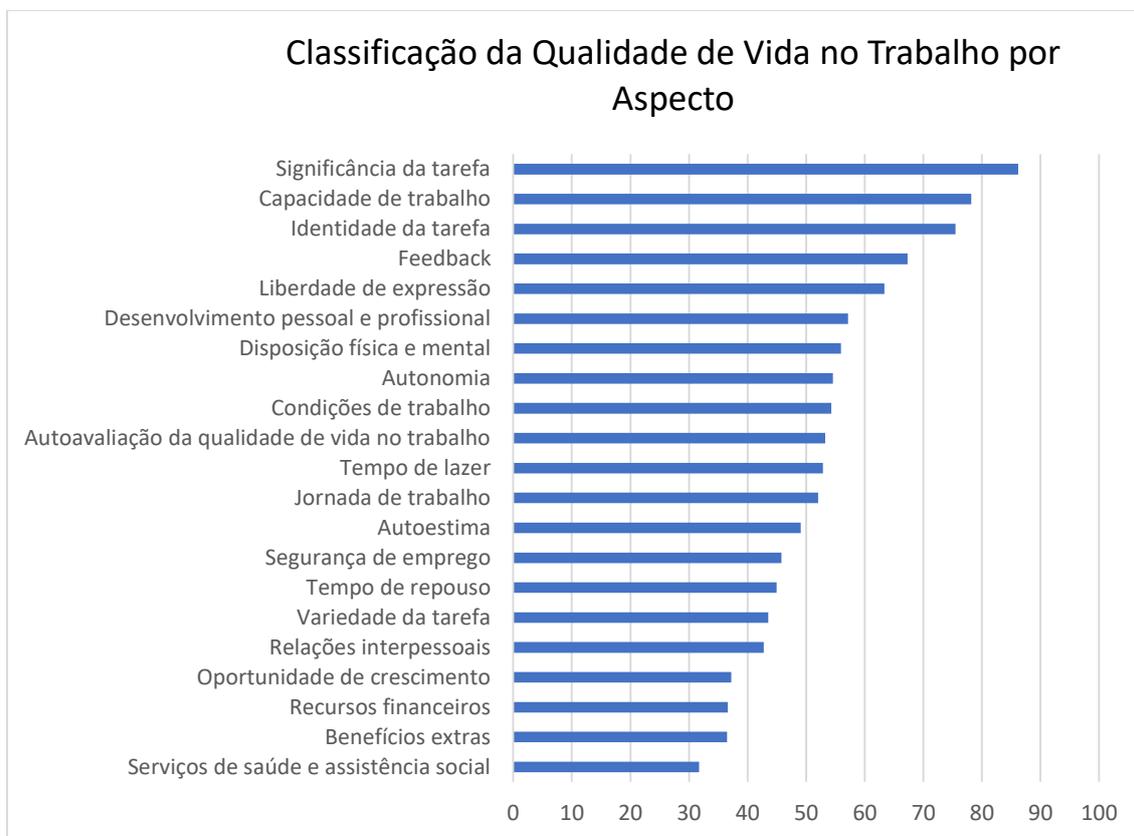
**Tabela 2 - Esferas e aspectos**

<b>Esferas</b>	<b>Aspectos</b>	<b>Média*</b>	<b>Desvio padrão</b>
A - Biológica/ Fisiológica	Disposição física e mental	55,94	16,01
	Capacidade de trabalho	78,18	20,76
	Serviços de saúde e assistência social	31,71	28,06
	Tempo de repouso	44,93	18,02
B - Psicológica/ Comportamental	Autoestima	49,08	14,40
	Significância da tarefa	86,17	16,06
	Feedback	67,32	21,12
	Desenvolvimento pessoal e profissional	57,12	32,09
C - Sociológica/ Relacional	Liberdade de expressão	63,37	29,48
	Relações interpessoais	42,73	15,41
	Autonomia	54,56	26,21
	Tempo de lazer	52,87	29,56
D - Econômica/ Política	Recursos financeiros	36,63	23,37
	Benefícios extras	36,48	26,62
	Jornada de trabalho	52,05	15,20
	Segurança de emprego	45,80	16,05
E - Ambiental/ Organizacional	Condições de trabalho	54,30	26,56
	Oportunidade de crescimento	37,19	28,75
	Variedade da tarefa	43,55	14,81
	Identidade da tarefa	75,46	19,91
F - Autoavaliação	Autoavaliação da qualidade de vida no trabalho	53,23	25,34

Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação (2023).

Na Figura 5, encontra-se estes escores transformados em representação gráfica para melhor interpretação, onde apenas três dos vinte e um aspectos foram classificados como muito satisfatória, sendo eles a significância da tarefa, capacidade de trabalho e identidade na tarefa. Enquanto nove apresentaram resultados insatisfatórios sendo o serviço de saúde e assistência social e benefícios extras como os de mais baixa escala. Contudo, nove encontram-se com resultados insatisfatórios e nove com resultados satisfatórios. Além disso nenhum aspecto foi classificado como muito insatisfatório.

**Figura 5** - Representação gráfica da amostra de acordo com a distribuição dos aspectos do instrumento TQWL-42



Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação (2023).

Na Tabela 3, foi constituído os escores de acordo com as esferas, cuja maior média foi para a esfera Psicológica/ Comportamental (64,92) e o menor foi para Econômica/Política (42,74).

**Tabela 3** - Caracterização da amostra de acordo com a distribuição das esferas do instrumento.

Esferas	Média	Desvio
A - Biológica/ Fisiológica	52,69	12,34
B - Psicológica/ Comportamental	64,92	13,49
C - Sociológica/ Relacional	53,38	16,73
D - Econômica/ Política	42,74	13,47
E - Ambiental/ Organizacional	52,63	15,17
SCORE GLOBAL	53,27	11,27

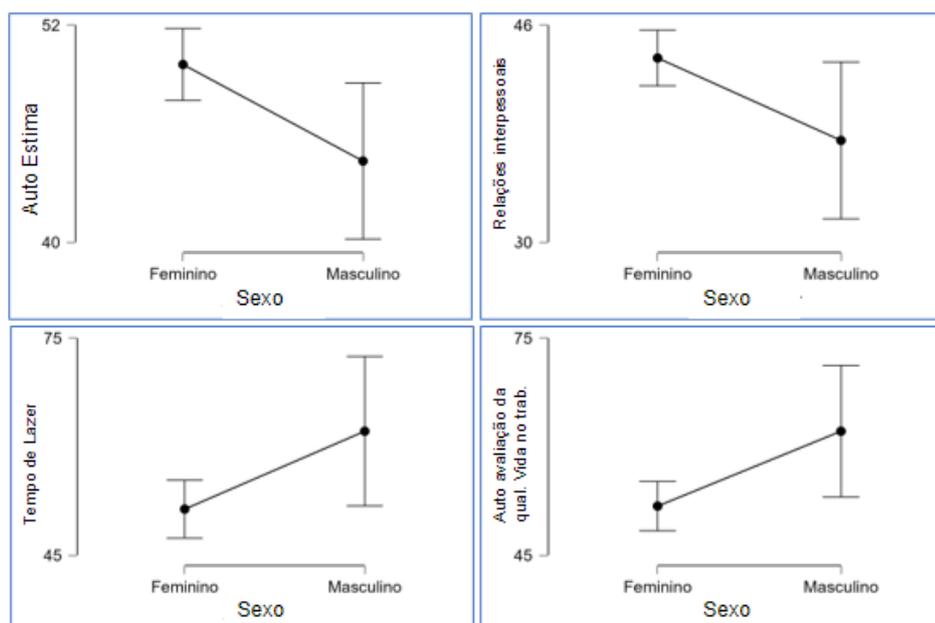
Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação (2023).

Nas figuras 6, 7 e 8 foram realizados testes de associação entre os escores e as variáveis categóricas, sendo apresentado apenas aqueles que tiveram associação

estatística (valor de  $p < 0,05$ ). Na Figura 6, foi realizado o Teste *T de Student* para comparar as duas médias e, nas figuras 7 e 8, foi realizado o teste ANOVA por se tratar de mais de duas variáveis. Os testes de Levene, para igualdade da variância e que antecede a escolha dos testes T e ANOVA, foram apresentados nas tabelas suplementares S1-S3 no apêndice D.

Observa-se que as mulheres, conforme Figura 6, têm escore mais elevado para autoestima do que homens, assim como sobre a percepção de relações interpessoais, entretanto os homens têm escore mais elevado para autoavaliação da QVT e tempo de lazer.

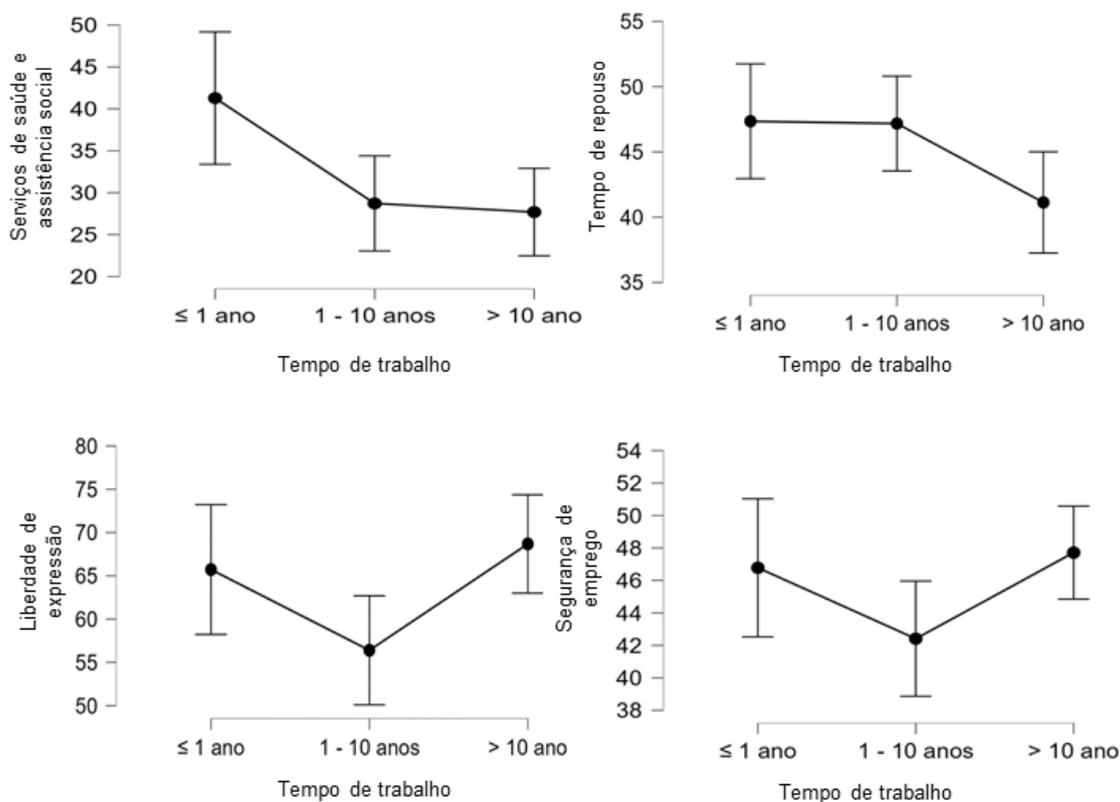
**Figura 6 - Associação dos escores com sexo**



Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação (2023).

No que se refere ao tempo de trabalho, na Figura 7, observa-se um declínio nos escores de percepção de serviços de saúde e assistência social, percepção de tempo de repouso a medida que aumenta o tempo de trabalho. Já referente a percepção de liberdade de expressão e segurança no emprego aumenta com o decorrer do tempo de trabalho.

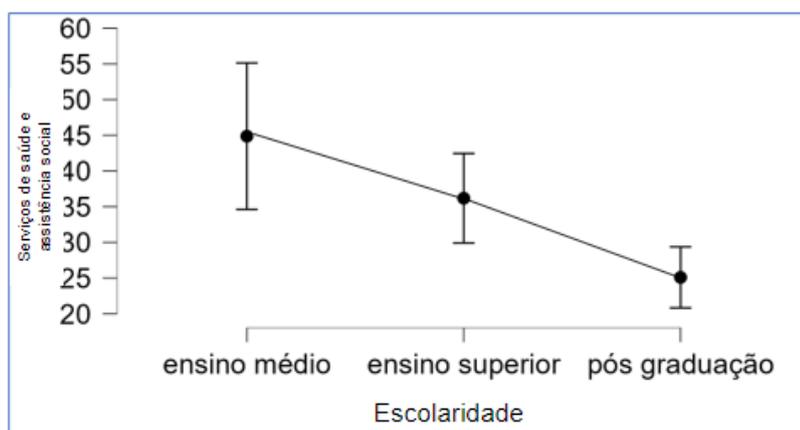
**Figura 7 - Associação dos escores com tempo de trabalho**



Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação (2023).

Por fim, em relação à escolaridade dos funcionários, conforme Figura 8, quanto maior o nível de formação, pior a percepção quanto aos serviços de saúde e assistência social. Os demais escores não apresentaram associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo, tempo de trabalho e escolaridade.

**Figura 8 - Associação dos escores com escolaridade**



Fonte: Elaborado pela própria autora desta dissertação (2023).

## 5 DISCUSSÃO

Na sociedade contemporânea, a falta de limites determinados pelos processos e ambientes de trabalhos, interferem diretamente na sua percepção da qualidade de vida no trabalho. Os estudos de Araújo *et al.* (2015), retrata que, em um ambiente de competitividade, é comum a percepção negativa da qualidade de vida no trabalho.

O produto da investigação é o TQWL-42, um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho baseado na Organização Mundial de Saúde, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), mundialmente conhecida na comunidade científica. A OMS reuniu diversos especialistas de todo o mundo que definiram qualidade de vida como “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Os dados apresentados deste estudo são semelhantes aos encontrados nos estudos de Lima, Gomes, Barbosa (2020), realizado com 120 profissionais da APS de Foz do Iguaçu, no qual 82,5% eram do sexo feminino, 82,5% casados assim como os estudos de Brandão, Aragão, Maganhoto (2022), realizado com 25 profissionais da APS do município mineiro, que 81,8% eram do sexo feminino e 81,8% estado civil casado e também Ribeiro *et al.* (2021), que predominou o sexo feminino com 93,6% e estado civil casado com 74,36% além dos estudos de Alves e Pinho (2011), Levorato (2016); Araújo *et al.* (2016); Klein (2013); Santos (2011), Marques (2011); Both *et al.* (2010). De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (2023), destaca também a predominância das mulheres, representando cerca de 70% das equipes de trabalho e o representam 65% dos mais de seis milhões de profissionais de saúde, considerando as esferas pública e privada. Gonçalves, Borges e Detoni (2017) afirma que há uma propensão de aumentar o número de mulheres profissionais de saúde devido ao aumento da escolaridade e diminuição da taxa de fecundidade deste gênero.

Identificou-se que as idades com maior frequência na amostra estão entre 36 à 42 anos, atingindo uma média de aproximadamente de 42 anos em conformidade com os estudos de Levorato (2016), Santos e Marques (2013) e Souza e Gouveia (2011).

No que tange a percepção da qualidade de vida no trabalho, o instrumento aplicado retrata os variados aspectos que influenciam, e as diferentes perspectivas neste quesito. No escore global, conforme apresentado na tabela 3, os servidores da saúde de Camaçari obtiveram avaliação satisfatória (53,27%) assim como apresentado no estudo de Rabelo (2021) no qual o escore global representou 55,76% sendo que a esfera que teve a melhor avaliação em ambos os estudos, foram a psicológica/comportamental demonstrando que os servidores estão satisfeitos com a gestão da instituição onde atuam.

As análises dos resultados, considerando os aspectos do instrumento, foram insatisfatórios nos quesitos de serviços de saúde e assistência social, tempo de repouso, autoestima, relações interpessoais, recursos financeiros, benefícios extras, segurança no emprego, oportunidade de crescimento e variedade na tarefa. divergindo parcialmente de Ribeiro, Silva, Jatobá *et al.* (2021) que apresentaram insatisfatórios nos aspectos serviço de saúde e assistência social, tempo de repouso, desenvolvimento pessoal e profissional, liberdade de expressão, benefícios extras, jornada de trabalho, condições de trabalho e oportunidade de crescimento (33,65, 46,96, 46,15, 48,56, 43,43, 43,43, 40,06, 40,06, respectivamente). No que se refere a comparação realizada através dos dados mencionados, o artigo se refere a percepção da qualidade de vida dos enfermeiros de duas instituições hospitalares da rede pública localizados em Maceió, Alagoas, onde 78 enfermeiros responderam os questionários.

Dias, Chaveiro e Porto (2021), Lima (2020) e Ribeiro *et al.* (2021) estudaram a relação entre escolaridade e qualidade de vida dos profissionais da atenção primária à saúde do distrito sanitário de Foz do Iguaçu, Paraná, considerando que, quanto maior a escolaridade, maior a tendência de uma avaliação positiva de qualidade de vida. Foi constatado nos resultados deste estudo que 47,5% dos profissionais possuem pós-graduação completa, contudo eles não realizaram análises comparáveis deste estudo através de análise estatística, conforme mencionado na Figura 7. Além disso, em todos os demais estudos, não foram realizadas associação dos escores com sexo, tempo de trabalho e escolaridade através do Teste T de *Student* e ANOVA caracterizando, portanto, um estudo inovador na literatura.

Diante dos resultados apresentados, apontam que há necessidade de implementação de programas institucionais para promover a qualidade de vida no trabalho, que perpassa por todos os aspectos apresentados pelo instrumento TQWL42. Mesmo considerando a avaliação satisfatória na maioria dos dados

apresentados, ainda há casos de adoecimento, acúmulo de cargos e uma discrepância acerca dos conceitos de QVT.

Destaca-se, com os resultados encontrados, a importância da implementação de políticas públicas voltadas à Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde pois a satisfação com o trabalho é um dos fatores de suma importância na melhoria da percepção da qualidade de vida no trabalho. Nesse sentido, sugere-se a criação de uma política pública municipal de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras.

Destacam-se ainda algumas limitações deste estudo, como a baixa adesão dos servidores para preenchimento dos questionários e associa-se ao cenário atual de constantes paralisações e a forte atuação municipal das políticas partidárias mas, mesmo assim, não influenciou negativamente na percepção destes servidores. Além disso, é importante a investigação em outras organizações públicas municipais a fim de confrontar com os resultados encontrados neste estudo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações precisam ter um olhar humanizado do trabalho e maior preocupação com a saúde e o bem-estar dos seus servidores. A busca pela humanização dos processos de trabalho, diante das transformações do mundo globalizado, requer cuidados aos servidores da saúde que cuidam dos usuários do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, é importante a implementação de ações voltadas à qualidade de vida no trabalho destes servidores.

Diante do atual cenário de sobrecarga de trabalho dos servidores da saúde, a percepção da qualidade de vida destes servidores foi satisfatória, porém foram considerados insatisfatórios nos quesitos da percepção sobre serviços de saúde e assistência social, tempo de repouso, autoestima, relações interpessoais, recursos financeiros, benefícios extras, segurança no emprego, oportunidade de crescimento e variedade na tarefa. No que tange aos pontos de melhoria citados, é importante ações que estimulem a compreensão dos servidores sobre a gestão do trabalho a fim de obter melhor percepção destes aspectos apresentados. Além disso, sugere-se a realização de pesquisas que investiguem sobre a percepção de serviços de saúde e assistência social, benefícios extras, recursos financeiros e oportunidades de crescimento, o qual representaram o menor percentual de todos os itens apresentados das esferas.

Ainda sobre as questões sobre a percepção de recursos financeiros e benefícios extras, requer uma análise comparativa da estrutura organizacional da SESAU e também de órgãos externos, considerando os dados econômicos e sociais do município, com o porte de Camaçari, visando a uma equidade desses aspectos apresentados.

Sendo assim, os resultados encontrados por meio deste estudo contribuirão para as ações de políticas públicas voltadas aos servidores da saúde e a serem planejadas pela Diretoria de Planejamento da SESAU através da Coordenação da Gestão da Educação, Trabalho e Humanização em Saúde com papel estratégico e oportuno para implementação de ações que busquem a melhoria destes níveis.

De tal modo, é importante a implementação de uma política pública municipal de saúde dos trabalhadores para desenvolvimento de ações voltadas à vigilância

epidemiológica, sanitária, de proteção e promoção à saúde para evitar os riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho.

No âmbito da Secretaria de Saúde é importante destacar que, para implementação das políticas públicas, é necessário constar no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Programação Anual de Saúde (PAS) que são instrumentos de planejamento, em consonância com os instrumentos de planejamento e de orçamento do governo, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Assim, para implementação destas políticas públicas, é fundamental a participação dos servidores, conselhos gestores, organizações não governamentais e os cidadãos do município de Camaçari para construção coletiva das questões relacionadas à saúde, ambiente e trabalho dos servidores pois, com base neste estudo, foi possível compreender como influencia a percepção da qualidade de vida no trabalho.

Além disso, pode-se considerar, diante do perfil sociodemográfico dos servidores de Camaçari, o envelhecimento destes servidores, então nesse sentido, é importante que a gestão possa priorizar a saúde dos servidores estabelecendo ações de promoção à saúde e prevenção aos riscos do ambiente e trabalho.

No contexto histórico brasileiro ainda é tardio as iniciativas das políticas públicas de Estado no que tange aos servidores públicos em um sentido mais amplo. Nesse aspecto, é importante a investigação de outros fatores que poderão influenciar na percepção da qualidade de vida no trabalho como, por exemplo, questões psicossociais na perspectiva do indivíduo.

Pode-se considerar, diante o exposto, a necessidade do aparato participativo e democrático mediante a criação de espaços de discussão e fomento às questões da Qualidade de Vida no Trabalho e a saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS de Camaçari e espera-se que a dissertação sirva como parâmetro para demais organizações.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e saúde, fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ALMEIDA JUNIOR, Elmo José Duarte de. Aspectos relevantes dos direitos sociais de prestação frente ao mínimo existencial e à reserva do possível. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 11, n. 1522, 2017. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10357>. Acesso: 12 jul. 2021.
- BASTOS, Celso Ribeiro; MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1989.
- BOBBIO, Nolberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus. 1992.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2014.
- BRANDÃO, T. P.; ARAGÃO, A. S.; MAGANHOTO, A. M. S. Qualidade de vida no (do) trabalho e as perspectivas de profissionais da atenção primária à saúde em município mineiro. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 3, 2022. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i3.1210>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A epidemiologia da saúde do trabalhador no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/epidemiologia\\_saude\\_trabalhador\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/epidemiologia_saude_trabalhador_brasil.pdf) Acesso em: 12 jul. 2021.
- BRASIL. **Constituição Federal**. *Vade Mecum*. São Paulo: Saraiva, 2019.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: texto básico**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_municipal\\_de\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf) Acesso em: 12 jul. 2021.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 8., 1987, Brasília. **Anais** [...] Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 17-21 mar. 1986. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 07 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1996. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF19C09E2799/nr\\_07\\_sst.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF19C09E2799/nr_07_sst.pdf). Acesso em: 17 set. 2021.
- \_\_\_\_\_. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante volume 1**. Brasília: Ipea, 2018. v. 1.
- \_\_\_\_\_. Consolidação das Leis do Trabalho. **Decreto-Lei nº 5.442, de 01 maio**

1943. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del5452compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452compilado.htm). Acesso em: 03 set. 2021.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras do Ministério de Estado do Trabalho, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no art. 200, da Consolidação das Leis do Trabalho, com redação dada pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Disponível em: [http://www.jacoby.pro.br/diversos/nr\\_16\\_perigosas.pdf](http://www.jacoby.pro.br/diversos/nr_16_perigosas.pdf). Acesso em: 07 out. 2021.

Campos, T. L. O efeito da pressão de tempo na realização de tarefas de tradução: considerações sobre o produto tradutório. **Revista da ABRALIN**, v.7, n.2, p.223-241, 2008.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Barueri: Manole, 2014.

DAOU, Heloisa Sami; FREITAS, Juliana Rodrigues. Políticas públicas e direito à saúde: necessidade de uma alternativa para além da judicialização. **Revista de Direitos Fundamentais nas Relações do Trabalho, Sociais e Empresariais**. Brasília, v. 3, n. 1, p. 79-95, jan./jun. 2017.

DIAS, A. C. B.; CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C. Qualidade de vida no trabalho de fisioterapeutas docentes no município de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232018239.15672016.

DYE, Thomas D. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1984.

FERREIRA, M. C. Qualidade de vida no trabalho. *In*: CATTANI, A. D. ; HOIZMANN, L. (org.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2006. p. 219-222.

FERREIRA, M. C. A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, n.11, p.83-99, 2008.

FERREIRA, M. C. Inventário de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho (IA\_QVT): instrumento de diagnóstico e monitoramento de QVT nas organizações. *In*: REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 61., 2009, Manaus, AM. **Anais [...]** Manaus, AM 2009.

FERREIRA, M. C. A ergonomia da atividade pode promover a qualidade de vida no trabalho? Reflexões de natureza metodológica. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, n.11, p.8-20, 2011.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores**. 2. ed. Brasília, DF: Paralelo 15, 2012.

FLECK, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n.1, p.19-28, 1999.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.2, p.198-205, 1999.

FLECK, M.P.A. *et al.* O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve): aplicação da versão em português. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n.2, 2002.

GONÇALVES, C. R.; CRUZ M. T.; OLIVEIRA, M. P.; MORAIS, A. J. D.; MOREIRA, K. S.; RODRIGUES, C. A. Q. Human resources: critical factor for primary health networks. **Saúde Em Debate**, v. 38, n.100, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-104.20140012>. Acesso: 2 jan. 2023.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciências Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, dez. 2005.

HONORATO, Fernando. **O Brasil depois do Corona Vírus**: desafios e oportunidades. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/wp-content/uploads/2020/08/VEJA-INSIGHTS-Cena%CC%81rios-Po%CC%81s-Pandemia.pdf>. Acesso: 13 jul. 2021.

LIMA, Isabel Sampaio Oliveira. **Direito à vida e à saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/acervo.php?b=3>. Acesso: 12 jul. 2021.

LIMA, G. K. M.; GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. **Saúde Em Debate**, v.44, p.774–89, 2020. DOI:10.1590/0103-1104202012614.

MAZZUCATO, Mariana. A tríplice crise do capitalismo. **Revista IHU on-line**, abr. 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597796-a-triplice-crise-do-capitalismo-artigode-mariana-mazzucato>. Acesso:13 jul. 2021.

MELO, Celso Antônio Bandeira de. **Elementos de Direito Administrativo**. São Paulo: Ed. RT, 1980.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. Conceitos básicos: Primeira parte. In: MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J.M.H.; PENA, P.G.L. **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. São Paulo: Atlas, 2019.

NUNES, Letícia Coelho; SANTOS, Ornélio O. **A eficácia dos direitos sociais frente ao princípio da reserva do possível**. São Paulo: Atlas, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org>. Acesso: 08 ago.2022.

PADILHA, V. Qualidade de vida no trabalho num contexto de precarização: a panaceia delirante. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.7, n.3, p.549-563, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L.; PICININ, C. T. Construção e validação do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. **Rev Salud Publica**, Bogotá, v.16, n.6, p.885-96, 2014.

RABELO, C. B. **Qualidade de vida no trabalho docente**: estudo no Sul de Minas e no Vale do Paraíba Paulista. 2021. Dissertação. (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Programa de Pós-Graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional – Centro Universitário do Sul de Minas, Varginha, 2021.

RIBEIRO, E. S.; SILVA, E. K. V.; JATOBÁ, L. A.; ANDRADE, W. N.; MIRANDA, L.N. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Enfermería Global**, n.63, 2021. <https://doi.org/10.6018/eglobal.456911>.

RODRIGUES, Marcus Vinicius Carvalho. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. São Paulo: Saraiva, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.10, p.1403-1409, 1995.

TIMOSSI, L. S.; PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; FRANCISCO, A. C. Adaptação do modelo de Walton para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho. **Revista da Educação Física**, v.20, n.3, p. 395-405, 2009.

\_\_\_\_\_. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

SANTANA, V. Sistemas de informação em saúde do trabalhador. **Rev Bras Med Trab**. v.17, suppl. 1, p.34-5, 2019.

THE WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.10, p.1403-1409, 1995.

THE WHOQOL GROUP 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, v.12, p.1569-1585.

The WHOQOL Group 1998b. Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. **Social Science and Medicine**, v.28, p.551-558, 1998a.

VASCONCELOS, L. C. F; MACHADO, J. M. H. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado. *In*: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H; PENA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

VIEIRA, K. J. F. S. **Processo de implantação do acolhimento à demanda espontânea em equipes de saúde da família nas regiões de saúde da Bahia.** 2019. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2019.

WHOQOL GROUP. **WHOQOL user manual.** World Health Organization. Geneva; 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization.** Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL:** study protocol. MNH/PSF/93.9. Genebra, 1993.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Country protocol for developing the WHO quality of life (WHOQOL):** HIV/Aids module. MNH/PSF/97.3. Genebra, 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB).** Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra, 1988.

ZANELLI, J. C.; BASTOS, A. V. B. Inserção profissional do psicólogo em organizações e no trabalho. *In:* ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

### TQWL-42 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Este questionário objetiva diagnosticar como você se sente a respeito da sua **Qualidade de Vida no Trabalho**. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Nós estamos perguntando o quanto você está satisfeito(a), em relação a vários aspectos do seu **trabalho nas últimas duas semanas**. Escolha entre as alternativas de cada questão e coloque um círculo no número que melhor representa a sua opinião.

#### DADOS PESSOAIS

1) Idade: \_\_\_ anos

2) Sexo:

Masculino       Feminino

3) Estado civil:

Solteiro(a)  
 Casado(a)/União estável  
 Viúvo(a)  
 Separado(a)/Divorciado(a)

4) Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo
<input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Médio completo
<input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior completo
<input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleto	<input type="checkbox"/> Pós-graduação completo

5) Tempo de serviço (em meses) na empresa em que você trabalha: \_\_\_\_ meses

#### QUESTIONÁRIO

F1.1 - Como você avalia a sua Qualidade de Vida no Trabalho?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

A1.1 - Com que frequência você se sente cansado(a) durante o trabalho?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

A1.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a disposição que você possui para trabalhar?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

A2.1 – Você se sente capaz de realizar as suas tarefas no trabalho?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

A2.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

A3.1 - A empresa em que você trabalha disponibiliza atendimento médico, odontológico e social aos seus colaboradores?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

A3.2 - Quão satisfeito(a) você está com a qualidade dos serviços de saúde e de assistência social disponibilizados pela empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

A4.1 - Com que frequência você se sente sonolento(a) durante o trabalho?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

A4.2 - Quão satisfeito(a) você está com o tempo que você possui para dormir?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

B1.1 - Com que frequência você se sente incapaz de realizar o seu trabalho?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

B1.2 - O quanto você está satisfeito(a) consigo mesmo(a)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

B2.1 - O quão importante você considera o trabalho que você realiza?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

B2.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a contribuição que o seu trabalho representa para a empresa como um todo e para a sociedade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

B3.1 - Em que medida você consegue compreender o quão correto ou errado você realiza o seu trabalho?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

B3.2 - Quão satisfeito(a) você está com as informações que te fornecem sobre o seu desempenho no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

B4.1 - A empresa em que você trabalha te incentiva e/ou libera para fazer cursos e outras atividades relacionadas com o seu trabalho?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

B4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o apoio que a empresa em que você trabalha concede para o seu desenvolvimento pessoal e profissional?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

C1.1 - Na empresa em que você trabalha, você pode expressar a sua opinião sem que isso te prejudique?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

C1.2 - O quanto você está satisfeito(a) com relação à possibilidade de expressar suas opiniões livremente na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

C2.1 - Com que frequência você tem desentendimentos com os seus superiores ou colegas de trabalho?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

C2.2 - Quanto satisfeito(a) você está com a sua equipe de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

C3.1 - Em que medida você pode tomar decisões no seu trabalho, sem a necessidade de consultar o seu supervisor?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

C3.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o nível de autonomia que te é concedido no seu trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

C4.1 - Com que frequência você pratica atividades de lazer?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

C4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o tempo que você possui para praticar atividades de lazer?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

D1.1 - O seu salário é suficiente para você satisfazer as suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

D1.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o seu salário?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

D2.1 - Em que medida a empresa em que você trabalha apresenta vantagens e benefícios?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

D2.2 - O quanto você está satisfeito(a) com as vantagens e benefícios oferecidos pela empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

D3.1 - Você julga o seu trabalho cansativo e exaustivo?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

D3.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a sua jornada de trabalho semanal?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

D4.1 - Com que frequência ocorrem demissões na empresa em que você trabalha?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

D4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com relação à segurança de permanecer empregado na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

E1.1 - As condições de trabalho (temperatura, luminosidade, barulho, etc.) do seu cargo são adequadas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

E1.2 - Quanto satisfeito(a) você está com as suas condições de trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

E2.1 - A empresa em que você trabalha oferece plano de carreira e/ou possibilidades de você ser promovido de cargo?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

E2.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o plano de carreira e/ou a possibilidade de promoção de cargo presentes na empresa em que você trabalha?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

E3.1 - Com que freqüência você julga o seu trabalho monótono?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

E3.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a variedade de atividades que você realiza no seu cargo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

E4.1 - Com que freqüência você realiza no seu trabalho atividades completas, ou seja, do início ao fim?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

E4.2 - O quanto você está satisfeito(a) com o trabalho que você realiza?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F1.2 - O quanto você está satisfeito(a) com a sua Qualidade de Vida no Trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **PROJETO DE PESQUISA**

**Título: QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UM ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL DOS SERVIDORES DA SAÚDE NA PREFEITURA DE CAMAÇARI – BAHIA.**

**Linha temática:** Estudo epidemiológico para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho dos servidores da Saúde do Município de Camaçari.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo acima referido, com o objetivo de compreender a Saúde dos Servidores da Saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari. A pesquisa será desenvolvida pela mestrandia pesquisadora da Universidade Salvador (UNIFACS), Neide Maria Martins da Silva Bezerra Filha que possui interesse em comum e convergente no que tange ao tema em perspectiva multidisciplinar, orientado pelo Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira Costa. Conforme determina a Resolução nº 466/2012 - CONEP/CNS - MS, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o trabalho requer a coleta de informações por meio de um questionário eletrônico aplicado aos servidores da Saúde de Camaçari da Bahia, Brasil a fim de analisar a qualidade de vida no trabalho. Este termo será assinado pelos convidados por meio de preenchimento eletrônico via Google Forms (Formulário do Google), onde serão consideradas apenas as respostas dos indivíduos que confirmarem sua participação. Seguindo a normativa da carta circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, referente às orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, o participante terá acesso ao arquivo deste documento através do formulário eletrônico já na página do formulário, assim como tem o direito de não responder à quaisquer das questões presentes no formulário eletrônico. Quanto aos riscos deste estudo, pode ocorrer a quebra de sigilo por se tratar de uma pesquisa online através de uma plataforma pública. Em se tratando de ambiente virtual, os dados compartilhados podem não permanecer anônimos em função das limitações da tecnologia utilizada. Os benefícios para os participantes desta pesquisa serão indiretos, onde será possível contribuir com maior

conhecimento relacionado ao grupo a ser estudado. Desta forma é possível contribuir para à formação do conhecimento e futuramente para políticas públicas mais direcionadas e voltadas para a Saúde dos Trabalhadores. Não será coletada informações que possam te identificar, mesmo assim os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação às informações coletadas individualmente de cada participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para se recusar a participar da mesma, assim como retirar este consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, e também não haverá remuneração financeira relacionada a sua participação. Os participantes têm assegurado o direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012 item IV.3.h) Caso tenha dúvidas ou problemas relacionados a este estudo, deverá entrar em contato com o pesquisador responsável, Gustavo Nunes de Oliveira Costa em qualquer momento durante a pesquisa, no email: [gustavo.oliveira@unifacs.br](mailto:gustavo.oliveira@unifacs.br), ou através dos telefones: (71) 99283-2488. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Salvador (CEP/UNIFACS) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UNIFACS é localizado no Campus Prof. Barros, s/310 –Torre Norte, Avenida Luiz Viana, nº 3146, Paralela – Salvador- BA. CEP- 41.720-200, Tel.: (71) 3271-2740, Tel. corporativo: (71) 98138-6189, E-mail: [cep@unifacs.br](mailto:cep@unifacs.br).

## APÊNDICE C - PÁGINA 1 DO PARECER DO PROJETO NO CEP-UNIFACS

UNIVERSIDADE SALVADOR -  
UNIFACS/BA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR: UM ESTUDO DE CASO DOS SERVIDORES DA SAÚDE, NA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI,

**Pesquisador:** GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA COSTA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 59775122.6.0000.5033

**Instituição Proponente:** Universidade Salvador - UNIFACS/BA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.688.986

#### Apresentação do Projeto:

O termo Saúde do Trabalhador, de acordo com o Ministério da Saúde, refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde e doença. Fundamentalmente no Capítulo V da consolidação das Leis do Trabalho (CLT), trata das condições de Segurança e Medicina do Trabalho sendo o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), responsável de realizar a inspeção e fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo território nacional.

No Brasil, o sistema público de saúde atende os trabalhadores desde sua existência, porém, sobre os impactos do trabalho sobre o processo saúde e doença, surgiu nos anos 80 quando a Constituição Brasileira de 1988 incluiu o artigo 200 regulando o Direito à Saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Compreender a situação de saúde ocupacional dos servidores da Saúde no município de Camaçari.

Objetivos específicos

1. Analisar a relação Saúde, Trabalho e Ambiente a partir do ciclo das políticas públicas e Gestão de

**Endereço:** Av. Luís Viana Filho 3146, 4º. andar -Torre Norte - Campus Paralela

**Bairro:** Paralela **CEP:** 41.720-200

**UF:** BA **Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3271-2740 **Fax:** (71)3271-2740 **E-mail:** cep@unifacs.br

## APÊNDICE D - TABELAS SUPLEMENTARES S1-S3

**Tabela S1** - Teste para igualdade de variâncias (Levene) entre os scores e o sexo

<b>Variáveis dependentes (scores)</b>	<b>valor de p</b>
Disposição física e mental	0,930
Capacidade de trabalho	0,280
Serviços de saúde e assistência social	0,855
Tempo de repouso	0,333
Autoestima	0,955
Significância da tarefa	0,517
Feedback	0,820
Desenvolvimento pessoal e profissional	0,037
Liberdade de expressão	0,958
Relações interpessoais	0,910
Autonomia	0,737
Tempo de lazer	0,830
Recursos financeiros	0,102
Benefícios extras	0,323
Jornada de trabalho	0,795
Segurança de emprego	0,037
Condições de trabalho	0,124
Oportunidade de crescimento	0,980
Variedade da tarefa	0,326
Identidade da tarefa	0,546
Autoavaliação da qualidade de vida no trabalho	0,865
Esfera Biológica/ Fisiológica	0,546
Esfera Psicológica/ Comportamental	0,100
Esfera Sociológica/ Relacional	0,821
Esfera Econômica/ Política	0,549
Esfera Ambiental/ Organizacional	0,618
Score Global	0,531

**Tabela S2** - Teste para igualdade de variâncias (Levene) entre os scores e a escolaridade

<b>Variáveis dependentes (scores)</b>	<b>valor de p</b>
Disposição física e mental	0,922
Capacidade de trabalho	0,798
Serviços de saúde e assistência social	0,023
Tempo de repouso	0,554
Autoestima	0,561
Significância da tarefa	0,258
Feedback	0,082
Desenvolvimento pessoal e profissional	0,973
Liberdade de expressão	0,067
Relações interpessoais	0,029
Autonomia	0,076
Tempo de lazer	0,633
Recursos financeiros	0,621
Benefícios extras	0,478
Jornada de trabalho	0,850
Segurança de emprego	0,051
Condições de trabalho	0,445
Oportunidade de crescimento	0,147
Variedade da tarefa	0,078
Identidade da tarefa	0,470
Autoavaliação da qualidade de vida no trabalho	0,388
Esfera Biológica/ Fisiológica	0,385
Esfera Psicológica/ Comportamental	0,362
Esfera Sociológica/ Relacional	0,604
Esfera Econômica/ Política	0,943
Esfera Ambiental/ Organizacional	0,692
Score Global	0,655

**TabelaS3** - Teste para igualdade de variâncias (Levene) entre os scores e a tempo de trabalho

<b>Variáveis dependentes (scores)</b>	<b>valor de p</b>
Disposição física e mental	0,019
Capacidade de trabalho	0,309
Serviços de saúde e assistência social	0,013
Tempo de repouso	0,535
Auto-estima	0,170
Significância da tarefa	0,650
Feedback	0,359
Desenvolvimento pessoal e profissional	0,260
Liberdade de expressão	0,672
Relações interpessoais	0,922
Autonomia	0,233
Tempo de lazer	0,286
Recursos financeiros	0,575
Benefícios extras	0,771
Jornada de trabalho	0,083
Segurança de emprego	0,035
Condições de trabalho	0,935
Oportunidade de crescimento	0,613
Variedade da tarefa	0,571
Identidade da tarefa	0,008
Autoavaliação da qualidade de vida no trabalho	0,552
Esfera Biológica/ Fisiológica	0,964
Esfera Psicológica/ Comportamental	0,249
Esfera Sociológica/ Relacional	0,084
Esfera Econômica/ Política	0,699
Esfera Ambiental/ Organizacional	0,989
Score Global	0,506