



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



MIUCHA MUNIZ PEREIRA ANTONIO

**SITUAÇÕES DE ESFORÇO-RECOMPENSA E SINTOMATOLOGIAS
MUSCULOESQUELÉTICAS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

JEQUIÉ
2022

MIUCHA MUNIZ PEREIRA ANTONIO

**SITUAÇÕES DE ESFORÇO-RECOMPENSA E SINTOMATOLOGIAS
MUSCULOESQUELÉTICAS EM TRABALHADORES DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson Paixão Cardoso

Linha de Pesquisa: Vigilância à Saúde

**JEQUIÉ
2022**

A635s Antonio, Miucha Muniz Pereira.

Situações de esforço-recompensa e sintomatologias musculoesqueléticas em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde / Miucha Muniz Pereira Antonio.- Jequié, 2022.

143f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação do Prof. Dr. Jefferson Paixão Cardoso)

1.Saúde do trabalhador 2.Dor musculoesquelética 3.Desequilíbrio esforço-recompensa 4.Atenção primária à saúde I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 363.11098142

**FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

ANTONIO, Miucha Muniz Pereira. Situações de esforço-recompensa e sintomatologias musculoesqueléticas em trabalhadores da atenção primária à saúde. 2022. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jefferson Paixão Cardoso

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia



Prof. Dra. Tânia Maria de Araújo

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Feira de Santana



Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia

Jequié-Bahia, 16 de dezembro de 2022.

*Ao meu amado esposo **Ismael** e à minha filha (princesa) **Lara**,
por todo amor, incentivo, apoio e compreensão. Nada disso
teria sentido se vocês não existissem na minha vida.*

*À minha tia **Marta** (in memoriam), que sonhou comigo desde o
primeiro passo da jornada.*

*À minha mãe **Magali** e avó **Divanice** (in memoriam), pela
preocupação, carinho e abdicação.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim foi sustento e me deu coragem para enfrentar as adversidades durante o percurso.

A **Lara**, verdadeira razão que me fez retornar à sala de aula.

A **Ismael**, meu parceiro da vida. Sem você não teria dado o primeiro passo. Essa vitória é sua.

A minha avó, **Divanice** (*in memoriam*), meu sopro de vida e de alegria. Parte amputada de mim.

Minha mãe guerreira, **Magali**, por todo amor dedicado, sempre abrindo mão de sua vida para tornar os meus sonhos possíveis.

A minha tia e mãe **Marta** (*in memoriam*), essa etapa também é sua. Obrigada por vibrar por mim, sempre me fazendo mais forte.

A **Jefferson**, que orientou com primor e paciência. Quando tudo parecia difícil, você sempre mostrava, com sua metodologia, que era possível caminhar mais e mais.

A **Rosana**, minha parceira de vida. Sem ela tudo seria mais difícil.

“A distância entre o sonho e a realidade é a disciplina”

Bernardino

ANTONIO, Miucha Muniz Pereira. **Situações entre esforço-recompensa e sintomatologias musculoesqueléticas em trabalhadores da atenção primária à saúde.** Dissertação [Mestrado] - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB, Jequié, Bahia, 2022.

RESUMO

O aumento significativo dos trabalhadores da atenção primária à saúde associado as alterações na organização do trabalho e a peculiaridade do processo de trabalho necessárias para prestação do cuidado, principalmente no setor público, expõe o trabalhador a problemas de saúde, como as sintomatologias musculoesqueléticas. Assim, nestas atividades, o trabalhador está exposto a situações de desequilíbrio entre esforços empreendidos e as recompensas recebidas pelo labor. Apesar do enorme contingente da força de trabalho estudos sobre o esforço-recompensa no trabalho do profissional da saúde e sintomatologias musculoesqueléticas são escassos, assim como os fatores associados a tal evento em trabalhadores da saúde. Neste contexto, o estudo teve como objetivo geral analisar as situações de esforço-recompensa segundo a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética, em trabalhadores da atenção primária à saúde; e objetivos específicos verificar a frequência das situações de esforço-recompensa em trabalhadores da atenção primária à saúde; estimar a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética em trabalhadores da atenção primária à saúde; investigar fatores associados as situações de esforço-recompensa segundo a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética. Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, do qual participaram 3.343 trabalhadores da saúde dos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Salvador, Itabuna e Itaberaba. Os dados foram coletados através de um questionário composto por 5 blocos, abordando características sociodemográficas, ocupacionais e organizacionais do trabalho, estilo de vida e problemas de saúde. A dor musculoesquelética foi investigada pela queixa de dor autorreferida, e as exposições foram avaliadas por meio do *Effort-Reward Imbalance*. Os dados foram analisados com o auxílio do programa estatístico Stata/SE 12.0. A média etária foi 40,9 anos. As prevalências gerais de DME foram 30,2% para membros inferiores; 24,3% no dorso e 20,8% para os membros superiores. Houve associação para os três desfechos, prevaleceu associação para os desfechos membros superiores e inferiores. A exposição recompensa não apresentou associação para nenhum desfecho. As exposições mencionadas interagem na ocorrência do desfecho e a identificação dos fatores associados a ocorrência do evento contribuem estimular discussões sobre a situação, com a operacionalização de políticas públicas para o trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Dor musculoesquelética; Desequilíbrio esforço-recompensa; Atenção primária à saúde.

ANTONIO, Miucha Muniz Pereira. **Situations between effort-reward and musculoskeletal symptoms in primary health care workers.** Dissertation [Master] - Postgraduate Program in Nursing and Health, area of concentration in Public Health. State University of Southwest Bahia - UESB, Jequié, Bahia, 2020.

ABSTRACT

The significant increase in primary health care for workers associated with the change in the organization of work and the manifestation of the functional work process mainly for the promotion of health, musculoskeletal, such as public health, will exhibit the peculiar health problem as the promotion health, musculoskeletal, such as public health. Thus, in these activities, the worker is exposed to the exercise facilities and among the received exercises undertaken by the work. Despite the huge contingent of the workforce, studies on effort-reward in the work of health professionals and musculoskeletal symptoms are scarce, as are the factors associated with such an event in health workers. In this context, the general study analyzed as effort-reward situations according to the occurrence of musculoskeletal symptoms in primary health care workers; and specific objectives the frequency of effort-reward situations in primary health care workers; to estimate the occurrence of musculoskeletal symptoms in primary health care workers; to investigate associated factors such as effort-reward situations according to the occurrence of musculoskeletal symptoms. This is a cross-sectional epidemiological study, in which 3,343 health workers from the municipalities of Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Salvador, Itabuna and Itaberaba participated. The data were defined through lifestyles and a work composed of sociodemographic and occupational health characteristics. The pain complaint was investigated by the pain complaint and the self-refreshing pains through the *Effort-Reward Imbalance*. Data were analyzed using the statistical program Stata/SE 12. The mean age was 40.9 years. The general prevalence of musculoskeletal pain was 30.2% for lower limbs; 24.3% on the back and 20.8% on the upper limbs. There was for the three inferior results, the association for superior results and superior results prevailed. The exposure rewards no association for any results. The mentioned ones interact in the occurrence of the event and the identification of the factors associated with the occurrence of the event of promotion of the operation on the situation, with the public public politics for the worker.

Keywords: Occupational Health; Musculoskeletal pain; Effort-reward imbalance; Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ACE	Agente Comunitário de Endemias
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Acidente de Trabalho
BA	Bahia
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Cisat	Comissão intersindical de saúde e trabalho
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CRST	Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores
CS	Centro de Saúde
CTSST	Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho
DER	Desequilíbrio Esforço Recompensa
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DME	Distúrbio Musculoesquelético
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERI	<i>Effort Reward Imbalance</i>
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social

LDRT	Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MMSS	Membros Superiores
MMII	Membros Inferiores
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NMQ	<i>Nordic Musculoskeletal Questionnaire</i>
NOB	Norma Operacional Básica
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde da População
NEPI	Núcleo de Epidemiologia
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PREV- SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNST	Política Nacional e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
RP	Razão de Prevalência
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Trabalhadores da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESF	Universidade Estadual de Feira de Santana
UESC	Universidade Estadual de Santa Cruz
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo Baiano
UNIVASF	Universidade do Vale do São Francisco
USF	Unidades de Saúde da Família
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
WRMDs	<i>Work-Related Musculoskeletal Disorders</i>

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1.	Descrição das variáveis de exposição ocupacional a serem utilizadas segundo dimensão esforço. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.	83
Tabela 2.	Descrição das variáveis de exposição ocupacional a serem utilizadas segundo dimensão recompensa. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.	83
Tabela 3.	Descrição das variáveis de exposição ocupacional a serem utilizadas segundo dimensão comprometimento excessivo. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.	84
Tabela 4.	Descrição das variáveis de exposição ocupacional a serem utilizadas segundo dimensão ERI. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.	84
Tabela 5.	Análise multivariada para associação entre ERI e variáveis de exposição ocupacional na ocorrência de sintomatologia musculoesquelética. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.	85

MANUSCRITO 2

Tabela 1.	Caracterização das dimensões do ERI segundo variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e ocupacionais. Bahia/Brasil, 2011-2012.	98
Tabela 2.	Análise multivariada para associação entre ERI e dor no dorso em trabalhadores da saúde. Bahia/ Brasil 2011-2012.	100
Tabela 3.	Análise multivariada para associação entre ERI e dor nos membros superiores em trabalhadores da saúde. Bahia/ Brasil, 2011-2012.	101
Tabela 4.	Análise multivariada para associação entre ERI e dor nos membros inferiores em trabalhadores da saúde. Bahia/ Brasil, 2011-2012.	101

LISTA DE QUADRO E FIGURAS

Quadro 1.	Instrumento para avaliação do desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho	35
Quadro 2.	Principais acontecimentos da Atenção Primária à Saúde	48
Quadro 3.	Covariáveis do estudo	71
Figura 1.	Modelo teórico do estudo	26
Figura 2.	Representação esquemática do modelo desequilíbrio esforço-recompensa	30
Figura 3.	Regiões de localização dos sintomas musculoesqueléticos	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 MODELO TEÓRICO DO ESTUDO	18
4 QUADRO TEÓRICO	27
4.1 O trabalho e suas mutações e metamorfoses	27
4.2 Teorias em que embasam o estudo	29
4.2.2 Teorias que apoiam o entendimento dos eventos sobre o sistema musculoesquelético ...	31
4.3 Instrumento para avaliação do esforço-recompensa	34
5 REVISÃO DE LITERATURA	38
5.1 O TRABALHO EM SAÚDE	38
5.1.1 BREVE ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE NO BRASIL	38
5.1.2 ASPECTOS POLÍTICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR	40
5.1.3 A FORMULAÇÃO DA APS NO BRASIL	42
5.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	50
5.2.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO QUE AFETAM TRABALHADORES	50
5.2.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E SUAS ESPECIFICIDADES EM TRABALHADORES DA SAÚDE	53
5.3 OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NA OCORRÊNCIA DE SINTOMATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA	55
5.3.1 AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TRABALHADORES DA SAÚDE	55
5.3.2 EFEITOS DO DESEQUILÍBRIO ENTRE ESFORÇO-RECOMPENSA À SAÚDE DE TRABALHADORES	57
5.3.3 SINTOMATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA EM TRABALHADORES DA SAÚDE	60
5.3.4 SITUAÇÕES DE DESEQUILÍBRIO ENTRE ESFORÇO-RECOMPENSA E SINTOMATOLOGIAS MUSCULOESQUELÉTICAS EM TRABALHADORES DA APS	62
6 METODOLOGIA	65
6.1 Tipo de estudo	65
6.2 Local do estudo	65

6.3 Participantes do estudo.....	67
6.4 Instrumento de coleta.....	67
6.5 Coleta dos dados.....	69
6.6 Variáveis.....	69
6.7 Análise de dados.....	73
6.8 Ética na pesquisa.....	75
7 RESULTADOS.....	76
7.1 MANUSCRITO 1: Condições do ambiente laboral nas situações de esforço-recompensa e sintomatologia musculoesquelética em trabalhadores da saúde.	76
7.2 MANUSCRITO 2: Situações de esforço-recompensa na ocorrência de sintomatologia musculoesquelética, em trabalhadores da atenção primária à saúde.	93
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
9 RECOMENDAÇÕES.....	109
REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS.....	129
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	129
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	142
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	143

1 INTRODUÇÃO

No modelo de atenção à saúde vigente no Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada ordenadora da rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado integral (BRASIL, 2010). No entanto, a APS associada ao processo de reestruturação da economia mundial tem motivado, nas últimas décadas, um aumento da exploração da força de trabalho levando a constantes alterações na forma de organização do trabalho (LOPES, 2013).

Desde a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), observou-se um aumento significativo no número de trabalhadores nas Unidades de Saúde da Família (USF). Neste ambiente, o processo de trabalho em que os trabalhadores da saúde estão inseridos é bastante peculiar, no qual interagem habilidades técnicas e relações interpessoais, recaindo sobre eles grandes e crescentes responsabilidades (TOMASI, 2008).

Com isso, os trabalhadores da APS sofrem exigências da atividade do cuidado à saúde; associada as demandas físicas e mentais elevadas, pressão de tempo, problemas ergonômicos pertinentes a não adequação do trabalho ao trabalhador e características individuais, expondo este trabalhador a problemas de saúde, como sintomatologias musculoesqueléticas. Assim, nestas atividades, os profissionais estão expostos a situações de desequilíbrio entre os esforços empreendidos e as recompensas recebidas no trabalho (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

Os distúrbios musculoesqueléticos (DME) são um dos problemas mais frequentes e mais dispendiosos em trabalhadores no mundo (MARRAS et al., 2009). A alta prevalência destes distúrbios tem sido explicada por modificações do trabalho e das empresas que buscam metas e produtividade, considerando suas necessidades, particularmente de qualidade dos produtos e serviços e aumento da competitividade de mercado, desconsiderando os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais (BRASIL, 2012a).

Os DME são caracterizados por sinais e sintomas de desordens inflamatórias e/ou degenerativas que acometem tendões, nervos, músculos, articulações, circulação e bursas, e resultam, especialmente, em dor e incapacidade funcional (MAGNANO et al, 2007). Dentre os distúrbios musculoesqueléticos, a dor é o sintoma mais frequente (HENSCHKE; KAMPER; MAHER, 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os DME foram a principal causa de incapacidade em quatro das seis regiões da OMS em 2017 (PERROT et al, 2019).

O ambiente laboral, sob condições físicas, mecânicas e psíquicas adversas, é considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de alterações no

sistema musculoesquelético (PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002). Além disso, o estresse no trabalho gerado pela alta demanda de trabalho, baixo apoio dos colegas e alta pressão de tempo (LUNDBERG et al, 1999), carga horária elevada, salários reduzidos (SIEGRIST et al, 2004), também tem sido fortemente relacionado a maior risco de dor musculoesquelética e aparecimento de sintomas musculoesqueléticos (RUELA et al, 2020). A exposição contínua e prolongada do corpo aos fatores de risco nesse ambiente favorece o surgimento das doenças ocupacionais (GURGUEIRA et al, 2003).

A mensuração dos fatores psicossociais na saúde do trabalhador ainda é um desafio no campo da epidemiologia social (GRIEP et al, 2011), apesar de serem reconhecidos como desencadeadores e responsáveis pela exacerbação das morbidades musculoesqueléticas associado a fatores ambientais e biomecânicos (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). O modelo “desequilíbrio esforço-recompensa” (*Effort-reward imbalance* - ERI) desenvolvido por Siegrist em meados dos anos 90 é um dos mais conhecidos e utilizados internacionalmente (GRIEP et al, 2011).

Neste modelo, o esforço no trabalho faz parte do contrato social que demanda recompensa adequada. As situações de alto esforço e de baixa recompensa no trabalho estão relacionadas a ocorrência de estresse crônico, uma vez que um alto grau de esforço, não encontrando correspondência com um alto grau de recompensa, aumenta o risco de doenças. Para os trabalhadores com maior qualificação, a recompensa significa estima e reconhecimento; para os menos qualificados, significa a segurança no trabalho (SIEGRIST, 1996).

Diante a exposição contínua a estas situações de desequilíbrio pode contribuir para a perda da satisfação no trabalho, podendo comprometer o trabalho, reduzindo o desempenho ou levar ao afastamento das atividades laborais (CARDOSO et al., 2011).

Embora os trabalhadores APS constituam um enorme contingente da força de trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), há uma complexidade dos DME de origem ocupacional (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). No Brasil, estudos sobre o esforço-recompensa no trabalho do profissional da saúde e sintomatologias musculoesqueléticas são escassos.

Partindo do pressuposto que a análise das condições de saúde e de trabalho desse grupo ocupacional pode ter amplo alcance, contribuindo para a proteção da saúde de um contingente significativo de trabalhadores e que existem profissionais mais vulneráveis dentro dos ambientes laborais esse estudo poderá contribuir para intervenções mais adequadas no trabalho dos profissionais da saúde, reduzindo e controlando a ocorrência desses agravos.

Assim, o presente estudo possui a seguinte questão norteadora: Quais são as situações de esforço-recompensa que contribuem para a ocorrência de sintomatologias musculoesqueléticas na APS?

Considerando a importância dos DME como problema de saúde pública, a escolha desse tema se justifica tendo em vista que os profissionais que atuam na APS convivem cotidianamente com a doença e a dor dos que recorrem aos seus serviços. Com isso, o estudo pode contribuir para promoção da saúde dos trabalhadores, e conseqüentemente elevar a qualidade do atendimento prestado, redução de faltas, atestados e licenças por condições de adoecimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética segundo as situações de esforço-recompensa, em trabalhadores da atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a frequência das situações de esforço-recompensa em trabalhadores da atenção primária à saúde;
- Estimar a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética em trabalhadores da atenção primária à saúde;
- Investigar os fatores associados à ocorrência de sintomatologia musculoesquelética segundo as situações de esforço-recompensa em trabalhadores da atenção primária à saúde.

3 MODELO TEÓRICO DO ESTUDO

A capacidade para o labor refere-se à autopercepção do indivíduo sobre sua própria saúde, trabalho e estilo de vida. Isso é uma construção multidimensional e versátil por abranger pré-condições físicas, mentais e sociais. Esse conceito, em geral, trata-se de um equilíbrio entre o trabalho e os recursos pessoais, salientando que todas as condições que o afetam alteram constantemente (CORDEIRO; ARAÚJO, 2016).

Com o aumento mundial do setor de serviços, os trabalhadores da saúde tornaram-se um dos maiores contingentes da força de trabalho. O trabalho em saúde é coletivo contando com a participação de vários trabalhadores e envolve características em sua forma assalariada e fragmentada, quanto artesanal (PIRES, 2014).

O país tem vivenciado um processo de transição epidemiológica como a evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro panorama, onde prevalece os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônico-degenerativas. Essa transição ocorreu ainda na primeira metade do século XX, resultado de medidas sanitárias básicas e avanços médicos (BUCHALLA, 2003).

Associado a transição demográfica pela tendência declinante das taxas de mortalidade e natalidade, com envelhecimento populacional e enfermidades, sendo indispensáveis ações de promoção da saúde e prevenção de doenças durante a toda a vida da população, ou seja, necessidade de políticas públicas que respondem às necessidades geradas pelas rápidas transformações (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Diante disso, faz necessário a existência de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, associado as diretrizes, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social (TEIXEIRA, 2011).

Após a criação do SUS, algumas estratégias foram formuladas no sentido de colocá-lo em prática. Como exemplos, a criação dos distritos sanitários, os sistemas locais de saúde e o PACS.

Concomitante, a crise econômica, política e financeira, o trabalhador sofre com enormes perdas, devido a práticas de redução das ações do Estado, como as privatizações, redução dos postos públicos de trabalho, originados do modelo político neoliberal (XIMENES-NETO, 2007).

Na saúde, houve um aumento do número de empregos públicos, como consequência da descentralização da APS, com a institucionalização das ESF e ACS, contudo estes trabalhadores

vivenciaram o processo de desregulamentação do trabalho e precarização contratual, acoplado às perdas significativas no valor final do salário (NETO, 2010).

Apesar da Constituição Federal prever contratação para cargos públicos mediante a concurso público, o país vivencia grandes dificuldades na contratação de pessoal, pelas três esferas de governo, resultando nas formas precárias de contratação, sem vínculo empregatício, sem garantia de direitos trabalhista (NETO, 2010).

Desde 1990, ocorreram importantes mudanças no mercado do trabalho em saúde, com muitos trabalhadores enfrentando ambientes laborais alarmantes, salários irrisórios, ausência de apoio da gestão, insuficiente reconhecimento social e débil desenvolvimento da carreira (DUSSAULT; DUBOIS, 2003).

Contudo, estudo evidencia que a rescisão da função de trabalho por exclusão ou perda possa definir experiência visível e estressante relacionado à vida ocupacional, associado a infinidades de trocas sociais desfavoráveis, como acontece com os trabalhadores da saúde no Brasil, são frequentemente mais prevalentes e, talvez igualmente estressante. Uma desses problemas é a falta de reciprocidade entre o esforço despendido e as recompensas recebidas no trabalho (SIEGRIST, 2002).

Devido à natureza do trabalho do setor saúde todos diferentes tipos de esforços; demanda psicológica ou cognitiva, demanda física (DME) e demanda emocional (relacionamento interpessoal); são prevalentes (VAN VEGCHEL et al., 2001).

Pesquisa evidencia que trabalhadores da saúde relatam incompatibilidade entre seus esforços e recompensas, com riscos elevados de sintomas, independentemente do tipo de constructo de esforço utilizado (demanda física, psicológica ou emocional). Além disso, queixas psicossomáticas de saúde eram mais comuns para indivíduos com altos esforços e baixas recompensas que relatam, alto nível psicológico ou emocional. A insatisfação com o trabalho era mais comum em trabalhadores que declaram alto nível físico ou esforço emocional e baixas recompensas (VAN VEGCHEL et al., 2001).

Diante desses fatores, estudo expõe que entre os trabalhadores da saúde destaca-se as queixas musculoesqueléticas, que são largamente, as de maior frequência e significativamente associadas ao baixo desempenho no trabalho (VAN DEN HEUVEL et al., 2010). Os DME levam à incapacidade do trabalhador por interferirem significativamente na execução da tarefa (SOUZA; ALEXANDRE, 2012).

Além das características organizacionais, como os agentes psicossociais e carga física do trabalho; e das particularidades individuais, como sexo, idade, peso e altura do indivíduo, os agentes extra-ocupacionais podem contribuir para sintomatologia dolorosa (DANTAS, 2020).

A ESF contribuiu para a abertura de diversas maneiras de empregabilidade, como contratos temporários e outras modalidades de vínculos quase sempre precários. Pesquisas demonstram que a irregularidade do vínculo de trabalho pode alcançar metade ou mais dos trabalhadores na esfera municipal, principalmente na ESF (GIRARDI et al., 2007).

Segundo o IBGE, o número de trabalhadores em saúde aumentou substancialmente, em 1992, de 1.438.708, para 2.180.598, em 2002 (MACHADO; OLIVEIRA, 2006).

A APS representa um panorama especial de precarização do labor em saúde, visto as exigências contraditórias representadas pela existência de políticas sociais que necessitam de contingente expressivo de pessoal e de políticas econômicas centradas na racionalidade da máquina pública (XIMENES-NETO, 2010).

Os governos estaduais e municipais, almejando apenas o bônus político e financeiro que a descentralização da APS traria para suas administrações, passaram a contratar profissionais de saúde com critérios mínimos para trabalharem em condições de trabalho difíceis. Essa administração influenciou o aumento do clientelismo e do assistencialismo (XIMENES-NETO, 2010). O fenômeno da municipalização proporcionou aos municípios serem os maiores empregadores do sistema e do segmento público (MACHADO; OLIVEIRA, 2006).

Dos anos 1990 até os dias atuais, é notório a ausência de vínculo, a ausência de vínculos, a não garantia de proteção social aos trabalhadores e a inexistência de Plano de Carreira, Cargos e salários do SUS. Período marcado pela exclusão social do trabalho em saúde e precarização dos trabalhadores. A flexibilização do trabalho em saúde se transformou em diversas situações de trabalho em condições inseguras, em uma área essencial, a ausência desses direitos e benefícios acarreta elevado grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde das populações (CAMPOS, 2006).

Diante desta conjuntura o trabalhador da saúde encontra-se frente às situações peculiares proporcionadas por suas atividades laborativas, tendo em vista que a realização do seu trabalho não depende apenas de sua competência e compromisso, mas também de fatores exógenos, que podem resultar em estresse e sofrimento deste profissional. Adicionalmente, ao considerar todos os fatores de risco que este profissional está exposto, a exemplo do trabalho em turno, da exposição biológica, do convívio com o sofrimento alheio, redução do tempo para convívio social, lazer e família, da complexidade da tarefa, que muitas vezes pode estar associada à pressões externas, ausência de autonomia na realização das suas funções, o excesso de burocracias, as pressões por produtividade, impulsionam o desgaste do trabalhador

comprometendo paulatinamente sua saúde e bem-estar (LUCCA et al., 2018; ROSADO et al., 2015).

Posto isso, o trabalho remunerado é imprescindível para a saúde e o bem-estar do indivíduo adulto na maioria das populações. O excesso de emprego em alguns segmentos da força de trabalho é paralelo por subemprego, instabilidade do emprego ou desemprego estrutural. Mais trabalhadores são propensos a trabalhar com contratos temporários, em prazo ou em regime de trabalho flexível. A força de trabalho está envelhecendo e uma proporção crescente de mulheres estão entrando no mercado de trabalho, com aumento de dupla exposição entre mulheres com filhos (SIEGRIST, 2002). Isso aflora um ambiente de trabalho psicossocial desfavorável o que está se tornando altamente prevalente na vida profissional moderna (COOPER, 1998; DUNHAM, 2001).

O contentamento reduzido após a exposição em situações psicossociais desfavoráveis no ambiente laboral pode resultar em absenteísmo, redução na produtividade, prevalência elevada de transtornos psicossociais e afetivos, ou mesmo comportamento aditivos (SIEGRIST, 2002).

Associado as queixas musculoesqueléticas e à consequente perda do desempenho, e também pelo fato de que é o mais prevalente problema de saúde relacionado ao trabalho trata-se dos DME (POHLING et al., 2015).

Logo, entende-se que fatores biomecânicos, organizacionais e, inclusive, fatores psicológicos são possíveis predisponentes para acometimentos musculoesqueléticos nestes trabalhadores, especialmente relacionados à dor (COLUCI; ALEXANDRE, 2014).

Associado, a frequência e duração da exposição são decisivos para o desfecho, e que a exposição a apenas um fator pode desencadear o sintoma. No entanto, na maioria dos casos, estes atuam em conjunto, muitas vezes com efeito sinérgico para a ocorrência da dor (BARROS-DUARTE; CUNHA, 2014).

Os elementos contextuais citados, confirma a abordagem do modelo de desequilíbrio esforço-recompensa, onde a disponibilidade de um trabalho está associada a opções recorrentes de contribuição e de desempenho, de ser recompensado ou estimado. Todavia, a ausência de reciprocidade entre custos e ganhos provocam emoções negativas com propensão especial para ativação autonômica e neuroendócrina sustentada (SIEGRIST, 1996).

Na APS é visível a contratação com vínculos precários dos trabalhadores da saúde, sejam na ESF, da EACS, ou de outras maneiras de organização do trabalho (XIMENES-NETO, 2010).

Desde a institucionalização da ESF, em 1994, a precarização tem sido marco nas maneiras de contratação dos profissionais da saúde, permitindo instabilidade destes, associado à inexistência de pisos salariais regionais com a não seguridade de direitos e garantias trabalhistas, como férias, 13º salário, licença doença, maternidade, paternidade, dentre outros, fatores, que tem levado a não permanência dos trabalhadores (XIMENES-NETO, 2010).

Estudo aborda que contratos incompletos em condições de alto custo/ baixo ganho em colaboradores que não tem escolha alternativa no trabalho, existe risco de não reciprocidade na troca, sendo prejudicial para a autorregulação da carreira profissional do indivíduo. Em contrapartida, profissionais caracterizados com excesso de comprometimento relacionado ao labor e uma grande necessidade de aprovação sofrem de percepções inadequadas de demandas e de seu próprio enfrentamento (SIEGRIST, 2002).

Os trabalhadores de saúde não concursados, com a mudança da gestão municipal, geralmente são substituídos. Além dos salários são diferenciados entre os trabalhadores de uma mesma categoria, de acordo a influência política. Também existem os trabalhadores que se transferem de um município para outro, por conta de uma pequena diferença salarial, não se comprometendo com sua responsabilidade sanitária para com as famílias e comunidades (XIMENES-NETO, 2010).

A baixa remuneração destes trabalhadores incide diretamente no acesso adequado aos serviços de saúde, lazer e recreação, dentre outros serviços (PEDROSA; TELES, 2001).

Estudo realizado com trabalhadores da saúde no Brasil, demonstra que a prática de atividade física é pouco frequente, e a maioria refere dedicar um tempo considerável do seu tempo livre para a realização de atividades sedentárias (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

O vínculo estatutário é fonte de satisfação e segurança, favorece as relações com o trabalho e com a comunidade, permite o planejamento das intervenções produtoras de cuidado em médio e longo prazo e uma melhor organização dos serviços. Esses fatores possibilitam a criação dos laços de vínculo com a comunidade, o compromisso e a corresponsabilidade entre trabalhadores, usuários e população. Vínculos precários ocasionam menor envolvimento dos trabalhadores nos processos de trabalho, baixa qualificação e descompromisso com o atendimento (MARQUES, 2013; DOS SANTOS FLEGELER et al., 2008).

Também ressalta os múltiplos vínculos de alguns profissionais que podem fragilizar o envolvimento do trabalhador com a comunidade a qual ele assiste, além de um fator de risco para o adoecimento e um indicador de precarização da vida e da assistência prestada por esses profissionais (MACIEL et al. 2010).

Na APS, a fragilidade não se restringe aos vínculos empregatícios, mas a própria organização do processo de trabalho da equipe, pois os trabalhadores da saúde enfrentam realidades diversas e têm que realizar atendimento às famílias, sujeitos e comunidades, sem uma estrutura física adequada, improvisada em casas emprestadas, interferindo na ambiência e privacidade. O transporte que desloca as equipes da ESF, quando existe, apresenta um estado de conservação lastimável que põe em risco a segurança destes; inexistem ou faltam equipamentos e insumos mínimos necessários ao processo de trabalho (XIMENES-NETO, 2010).

Além disso, existem situações descritas como “inaceitáveis”, o que torna fundamental repensar a realidade cotidiana de trabalho de equipes, incluindo as dificuldades relacionadas à violência à qual estão expostos os profissionais, como violência decorrente de tiroteios, prestação de cuidados, na unidade e no domicílio, a membros envolvidos nos conflitos, aumentando a vulnerabilidade dos profissionais a todo tipo de conflito, o que influencia, ainda que indiretamente, no funcionamento dos serviços e cotidiano dos trabalhadores (VELLOSO et al., 2005).

Siegrist (2002) relata que essas condições relatadas são em parte estruturais (ou extrínsecas) e em parte pessoais (ou intrínsecas). Condições estruturais de experiência recorrente de alto esforço e baixa recompensa no labor incluem a falta de escolha alternativa no mercado de trabalho, a falta de mobilidade, baixo nível de qualificação e confinamento a um contrato de curta duração.

Essas condições de trabalho postas aos trabalhadores da saúde na APS, associado a situações que exigem física e mentalmente, como jornada semanal maior que 40 horas, ficam muito tempo em pé e andar a pé são fatores de riscos relacionados aos DME (PALMER et al., 2012). Associado ao ambiente laboral desfavorável torna estes trabalhadores vulneráveis ao acometimento dos sintomas musculoesqueléticos (RIBEIRO et al., 2011).

Diante desse cenário, têm-se requerido dos trabalhadores da APS novas habilidades e atribuições, além de maneiras singulares de produzir e relacionar-se com o labor, associando-se o importante valor pela saúde (PEREIRA; ZILLE, 2010). Todos os aspectos estão diretamente relacionados à qualidade de vida do homem e suas motivações, refletindo nos níveis de produtividade (SAUTER, 2005).

Todavia, cada um dos componentes de esforço e recompensa pode contribuir para a redução da saúde e do bem-estar, mas o desequilíbrio entre alto esforço e baixa recompensa produz efeitos adversos à saúde do trabalhador. Pois, baixo nível socioeconômico (estrutural)

ou baixa autonomia e sentimentos de desamparo (pessoal) podem potencializar os efeitos com respostas psicobiológicas resultando em doenças (SIEGRIST, 2002).

Existem aspectos positivos que podem ser atribuídos a situações agradáveis, como promoção no trabalho ou aspectos negativos relacionados a situações indesejáveis como pressão de tempo para realizar determinada atividade (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

Estudo epidemiológico comparativo em cinco países europeus revelou que trabalhadores com níveis educacionais mais elevado tendem a apresentar pontuações mais alta de supercomprometimento. O menor esforço está associado ao aumento da idade com alta proporção de idosos, e maior recompensa está associada também ao aumento da idade, em especial do sexo masculino (SIEGRIST, 2005).

Experiências estressantes no trabalho é atribuída a condições adversas no labor pelos próprios indivíduos expostos (SIEGRIST, 2002). As situações de pressão excessiva no trabalho contribuem para causar nos indivíduos quadros de estresse, com isso tornam-se vulneráveis a doenças como infarto prematuro do miocárdio, derrame cerebral, quadros psiquiátricos, úlceras, colites, manifestações psicológicas diversas, distúrbio do sistema imunológico, câncer, entre outras (GOLDEBERG, 1986).

Além dessas patologias, a dor musculoesquelética, é um problema no campo da saúde do trabalhador e saúde pública em nível mundial (BRASIL, 2001b), sendo multifatorial, com fatores de riscos relacionados a demandas físicas (repetitividade de movimentos, posturas inadequadas, posturas estáticas), psicossociais (concentração, ritmo, pressão de tempo, tempo de recuperação insuficiente, alta demanda e baixo controle, trabalho monótono, insatisfação no labor) e individuais (sexo, idade, realização de atividade de lazer, obesidade, tabagismo e comorbidades) (PEREIRA, 2015).

Estudo demonstra a prevalência de dor musculoesquelética em trabalhadores da saúde do sexo feminino, com mais de dois filhos, casados, e que não praticavam atividade física (COELHO et al., 2012). Outra pesquisa evidencia que prática de atividade física é pouco frequente, e a maioria dos trabalhadores da saúde prefere dedicar um tempo considerável do seu tempo livre para a realização de atividades sedentárias (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Alguns fatores comportamentais e relacionados ao estilo de vida podem aumentar o sintoma musculoesquelético. Entre a população de trabalhadores da saúde, as atividades de lazer e as atividades físicas (ASSUNÇÃO et al., 2014), têm uma importante função na recuperação da saúde (TUISKU et al., 2016).

A dor musculoesquelética pode ocorrer sem alterações fisiológicas ou danos teciduais evidentes, podendo ser modulada por processos cognitivos (INSTITUTE OF MEDICINE AND

NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001), e devido sua natureza subjetiva e da falta de sinais clínicos físicos e exames que a concretizem, faz com que os trabalhadores vivenciem situações de desconfiança a respeito do seu adoecimento (YENG et al., 2009).

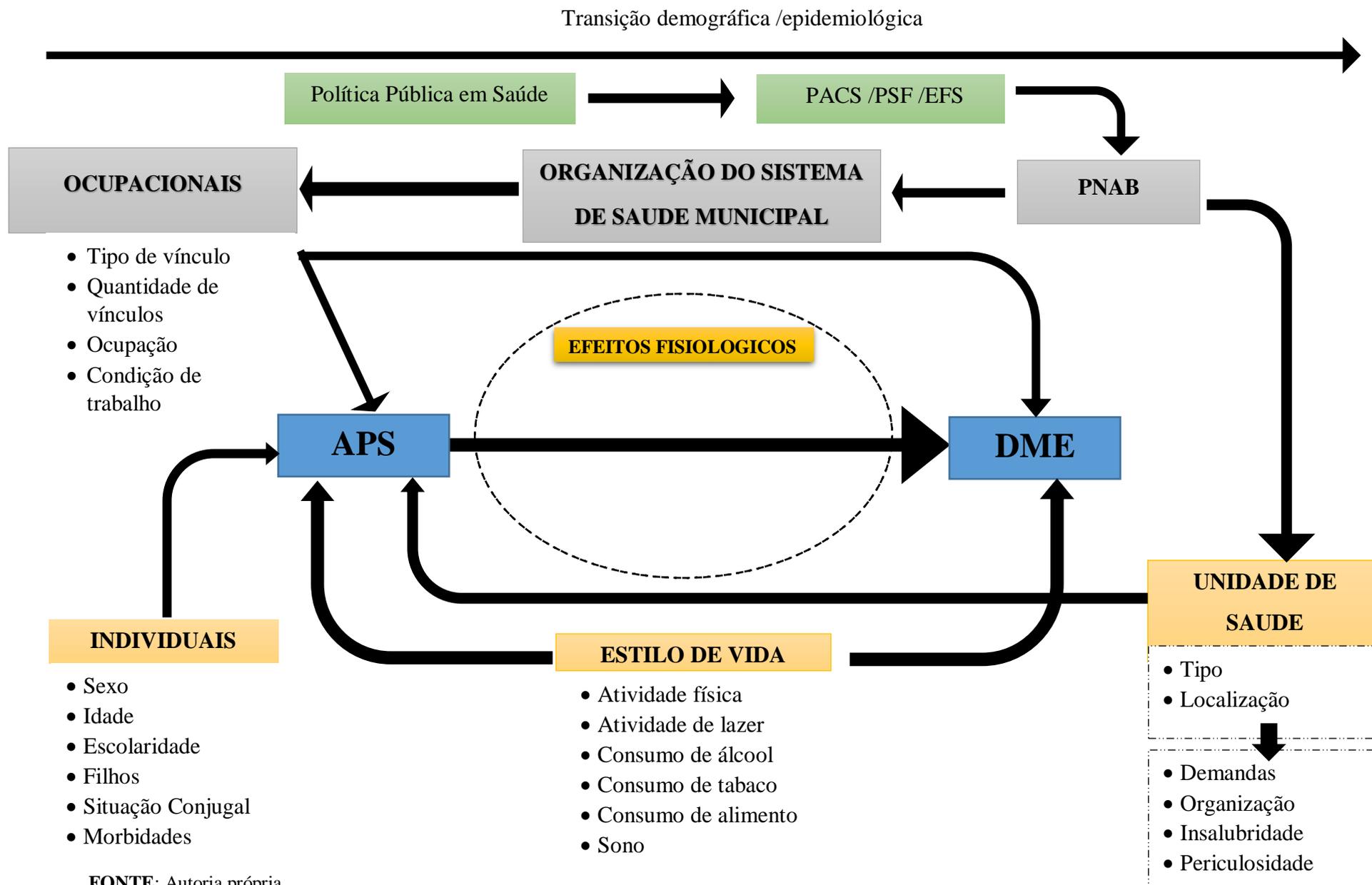
Lohela Karlsson et al. (2015) e Chambers et al. (2017) provam que a limitação ao trabalho, o mau funcionamento de trabalho e, conseqüente perda de desempenho funcional são mais fortemente relacionados aos distúrbios de caráter físico em comparação aos distúrbios psicológicos e mentais.

Além disso, existe uma diferença na prevalência da DME com relação aos gêneros, que pode ser atribuída à divisão técnica e sexual do trabalho em saúde (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011) e também a características extra laborais, como a jornada dupla ou até mesmo tripla de trabalho realizada pelas mulheres em decorrência de ainda serem responsáveis pelo trabalho doméstico, menor tempo das mulheres para realizar atribuições que minimizem os desgastes à saúde oriundos do trabalho (FERNANDES et al., 2004; STRAZDINS; BAMMER, 2004).

A alta prevalência de sintomas musculoesqueléticos de dor relacionados ao labor tem sido esclarecida pelas modificações provenientes das relações e condições de trabalho, em razão das exigências da globalização e informatização que não consideram os limites físicos e psicossociais dos trabalhadores (BRASIL, 2012a).

Todas as informações acima citadas foram expressas graficamente na figura 1.

Figura 1 – Modelo Teórico do Estudo



4 QUADRO TEÓRICO

4.1 O trabalho e suas mutações e metamorfoses

A palavra trabalho tem origem etimológica no latim *tripalium*, que significa instrumento de tortura. Assim, ela está relacionada ao estado daquele que padece, que é atormentado (LHUILIER, 2013). Trabalhar existe diversos significados de acordo com a língua. Em português, apesar de existir *labor* e *trabalho*, é possível achar na palavra trabalho ambas significações: a de executar uma ação que gera reconhecimento social e dê frutos futuros; e a de esforço diário e recorrente, sem livre-arbítrio, de efeito consumível e incômodo inevitável (ALBORNOZ, 2017).

Existem outros significados de trabalho singulares, como o de esforço empreendido à produção de utilidades ou obras de arte, mesmo dissertação ou discurso. Também pode constituir a união de discussões e deliberações de uma sociedade ou assembleia convocada para debater assuntos de interesse público, coletivo ou particular. Pode exprimir o serviço de repartição burocrática, ou as atividades escolares dos estudantes a serem corrigidas pelos professores. Pode indicar o processo de nascimento da criança. Além de atividade e treinamento, trabalho também indica dificuldade e incômodo (ALBORNOZ, 2017).

O trabalho é uma condição de existência do indivíduo, independente das formas sociais, permanente necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana (MARX, 2013).

De fato, o trabalho possui diversas definições, que deve ser uma atividade útil, determinada por um objetivo definido, associado ao prazer gerado por sua execução, com uma remuneração (MORIN, 2001).

Atualmente, o sentido evoluiu, porém, existe a relação de pressão, limitação e constrangimento que perdura através da noção de esforço. Não existe trabalho sem que a atividade se sustente sobre uma mobilização de energia, tensão em direção a um objetivo. O esforço está relacionado ao objetivo e a atividade integrada, por conta deste objetivo, está orientada em direção à sua representação. Associado ao caráter social que o trabalho representa, visto que é realizado coletivamente, organizado, coordenado e gerido. Com isso, ele é objeto de enfrentamento de conflitos (LHUILIER, 2013).

O trabalho tem sempre um fim e esforço. Este esforço poderá ser preponderantemente físico ou intelectual, porém a maioria do empenho intelectual é acompanhado do esforço físico. O trabalho humano é o esforço desprendido aliado ao seu resultado enquanto processo e ação (ALBORNOZ, 2017).

O trabalho possui duplo valor, por vezes espaço privilegiado da construção do sujeito e por outras, universo de pressões e de exploração. A concepção de trabalho como *tripalium* oculta o trabalho como criação e como desenvolvimento de si mesmo. Em contrapartida, o labor pode oferecer satisfações substitutivas ou defensiva (LHUILIER, 2013). Ou seja, trabalho é esforço coletivo e desejado, associado ao resultado (ALBORNOZ, 2017).

Compreender o sentido do trabalho atualmente e determinar as características que deveria apresentar, com intuito de que tenha um sentido para aqueles que o realizam, possibilitando desenvolver suas competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de avaliar a evolução de suas atuações; constitui o principal indicador de uma organização eficaz (MORIN, 2001).

As mutações e metamorfoses vem acontecendo no mundo do trabalho com conjunto de tendências que podem provocar mudanças importantes baseados no capitalismo (ANTUNES, 2009). Na mesma escala em que ocorre a globalização do capitalismo, constata-se a globalização do mundo do trabalho, que envolve a questão social e o movimento operário (IANNI, 1994).

Desde o início do século XXI, verifica-se novas formas e novos significados do trabalho, amplamente favorecidas pelas tecnologias eletrônicas. Essas mudanças quantitativas e qualitativas afetam os arranjos e a dinâmica das forças produtivas, a composição e a dinâmicas da classe trabalhadora (IANNI, 1994), e conseqüentemente, o sentido do trabalho para esta classe.

Estas transformações precarizam as relações de trabalho, resultando em um “universo do não-trabalho, o mundo do desemprego” (Antunes, 2005, p.139). As pessoas que tem trabalho, diversas vezes, o executam de maneira temporária, precária, flexível, desregulamentada, causando ao trabalhador uma vida de labor inconstante, sobrecarregada, podendo levar ao adoecimento. Entretanto, a questão é dar sentido ao trabalho fazendo com que a vida tenha sentido fora dele (FARIA, 2017).

Contudo, mesmo dentro da fragilidade vivenciada Antunes (2005, p. 139) não espera que estejamos “na finitude do trabalho”, mas chama atenção quando o homem vivencia somente o trabalho, pois torna-se um esforço penoso, alienante, devendo recusar o trabalho que explora, aliena e aniquila o ser social.

Atualmente, os empregos são definidos mais por demandas mentais e emocionais que por demandas físicas. Os trabalhos de produção em massa estão diminuindo e o setor de serviços encontra-se em ascensão. Essas modificações na natureza do trabalho coincidiram com

as mudanças no mercado de trabalho. Mulheres e idosos constituem uma proporção crescente da força de trabalho (SIEGRIST, 2005).

A precarização do trabalho intensificou a crise da subjetividade humana que foi dividida em crise da vida pessoal, a crise de sociabilidade e a crise de autorreferência pessoal, resultado das novas facetas do capitalismo que atinge os trabalhadores (ALVES, 2011).

O trabalho saudável é quando os trabalhadores o desenvolvem respeitando suas habilidades e que tenham controle das suas atividades. Ao contrário, quando o trabalho não ocorre o reconhecimento e sem identidade social, o labor pode gerar sofrimento psíquico, deixando de ter significado que o mesmo representa (FARIA, 2017).

4.2 Teorias em que embasam o estudo

4.2.1 Modelo sobre o desequilíbrio esforço-recompensa

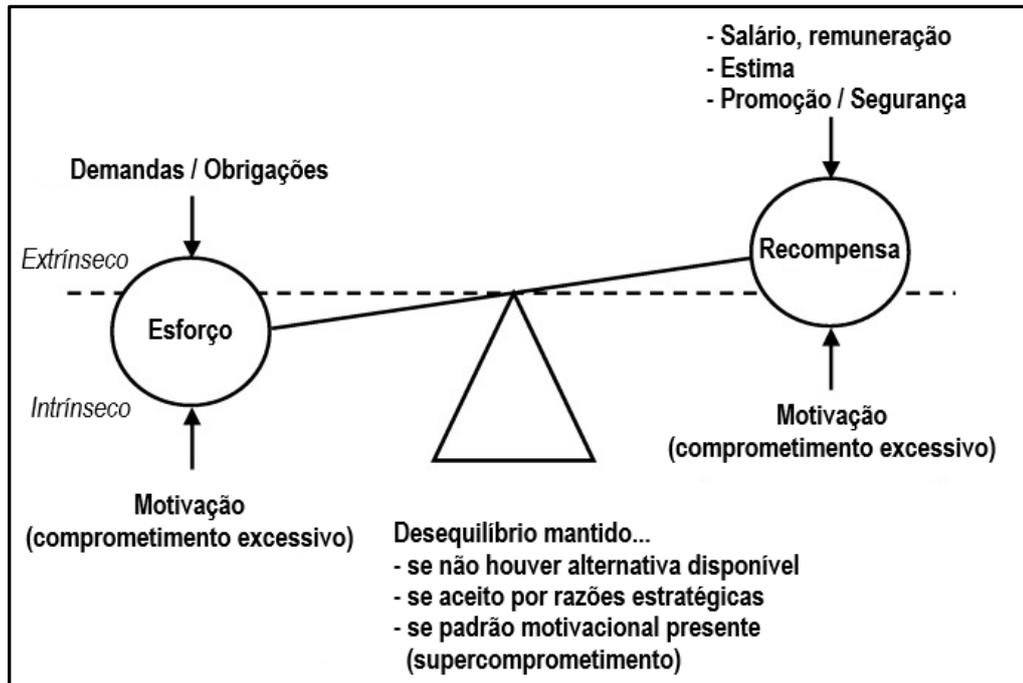
A função do trabalho na vida do homem é atribuída pela relação que envolve o sentimento de ser recompensado ou estimado e de pertencimento significativo a um grupo social. Com isso, nota-se que o trabalho pode exercer um papel benéfico na vida emocional das pessoas, porém para isso, exige como pré-requisito fundamental uma relação de reciprocidade, o esforço gasto no trabalho como parte de um processo de intercâmbio no qual a sociedade contribui com determinadas recompensas (SIEGRIST, 1996).

O modelo de desequilíbrio esforço-recompensa, em inglês *Effort-Reward Imbalance* (ERI), proposto por Johannes Siegrist em 1996 traz o princípio da reciprocidade social que se caracteriza pelo investimento na cooperação mútua baseado na norma da expectativa de retorno, ou seja, equilíbrio entre o esforço realizado e a recompensa recebida. A ausência de reciprocidade, resultante da violação dessa regra, desencadeia emoções negativas e prolongado estímulo estressor entre as pessoas expostas. Por sua vez, a recompensa social justa, promovem emoções positivas, saúde, qualidade de vida e bem-estar (SIEGRIST, 1996).

O modelo preconiza que o esforço empregado na execução das tarefas e obrigações do trabalho é parte de um processo de troca socialmente organizado cuja recíproca deve ser uma recompensa equivalente, distribuída, equitativamente, por três sistemas transmissores: dinheiro, estima e oportunidades na carreira profissional, incluindo segurança no emprego (SIEGRIST, 1996).

O modelo desequilíbrio esforço-recompensa foi representado através de uma figura (Figura 1).

Figura 2 - Representação esquemática do modelo desequilíbrio esforço-recompensa



FONTE: SIEGRIST; PETER (1996).

O autor considera duas fontes de esforço no trabalho que são intrínsecos e extrínsecos. A fonte intrínseca está relacionada às características pessoais do trabalhador e a extrínseca diz respeito às condições do trabalho.

Algumas vezes, o mercado de trabalho propicia uma aceitação compulsória do desequilíbrio entre alto nível de esforço e recompensa insuficiente. Isso ocorre em contratos de trabalho mal definidos ou funcionários com baixa qualificação profissional, a competição excessiva e situações que os trabalhadores têm poucas oportunidades de emprego devido às altas taxas de desemprego. Também os trabalhadores podem aceitar esse desequilíbrio por razões estratégicas, como um investimento em futuras perspectivas de carreira profissional. Essa condição pode ser observada em pessoas supercomprometidas com as demandas do trabalho. Nesta situação, o trabalhador sofre de percepções inapropriadas de demandas, tanto subestimando a magnitude das demandas, quanto superestimando os seus recursos estratégicos para enfrentá-las. Isso o impede de avaliar com precisão a relação entre o esforço despendido e a recompensa recebida (SIEGRIST, 2005).

O modelo prediz que a exposição prolongada a situações de desequilíbrio entre o esforço e a recompensa e o supercomprometimento com o labor aumentam o risco de patologias relacionadas ao estresse de forma independente entre si e tem um efeito aditivo quando estão associados como resposta de contínuas reações de tensão. Além disso, aborda as diferenças

individuais na experiência do desequilíbrio esforço-recompensa com a saúde (SIEGRIST, 2005).

O modelo de desequilíbrio esforço-recompensa inclui características estruturais e individuais. Os componentes do modelo, salário, oportunidade de carreira, estabilidade no emprego, estão ligados a condições macroeconômicas do mercado de trabalho. Além de oferecer oportunidade para combinar estresse no trabalho e saúde, visto que baixo controle e baixa recompensa no labor, frequentemente, se acumulam em grupos ocupacionais específicos (SIEGRIST, 2005).

Esse modelo já foi utilizado em diversos desenhos de estudos epidemiológicos, incluindo estudos prospectivos, transversais, caso-controle, experimentais e estudos de intervenção (SIEGRIST, 2011).

4.2.2 Teorias que apoiam o entendimento dos eventos sobre o sistema musculoesquelético

Os distúrbios musculoesqueléticos, atualmente, estão entre os problemas de saúde pública mais onerosos que a sociedade vivencia (MARRAS et al., 2009).

Distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho, conhecido como *Work-Related Musculoskeletal Disorders* (WRMDs) são patologias que se instalam insidiosamente em determinados segmentos corpóreos como efeito do labor que exige movimentos repetitivos ou monótonos, posturas extremas e cargas estáticas, em trabalhadores de diversos ramos de atividade (SCHNEIDER et al, 2010).

Os modelos descritos por Huang, Feuerstein e Sauter (2002) fornecem uma perspectiva abrangente sobre como os fatores físicos e psicossociais de organização do trabalho podem interagir para influenciar os resultados musculoesqueléticos.

Os fatores de organização do trabalho e/ou os aspectos de nível organizacional do processo de trabalho que dão origem ao estresse e potenciais resultados adversos à saúde, pois são a forma como o trabalho é organizado, supervisionado e executado, com isso existe a necessidade de distinguir as características estruturais (objetivas) do labor e as subjetivas, como as percepções do trabalhador sobre tais características, em esforços que envolvem a avaliação desses fatores (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

É necessário conhecer os modelos e teorias que vinculam os fatores de estresse no trabalho a saúde ocupacional. O estresse e saúde ocupacional enfoca o papel das demandas psicológicas, latitude de decisão (controle) e suporte social no trabalho (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

Como prefácio para discussão como a organização do trabalho e o estresse podem influenciar o risco de WRMDs, três modelos genéricos representativos de estresse no trabalho são apresentados para descrever de forma mais completas os enfoques conceituais do estresse ocupacional e da saúde (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

O **modelo dose-resposta** para distúrbios musculoesqueléticos de membros superiores e pescoço relacionados ao trabalho foi desenvolvido por Armstrong et al. (1993) e destaca a importância dos fatores mecânicos e fisiológicos nos DME relacionados ao trabalho. Esse modelo a exposição externa aos requisitos de trabalho pode resultar em uma exposição interna, como demandas metabólicas. As alterações mecânicas, fisiológicas ou psicológicas, chamadas de "perturbações" internas, são hipotetizadas como resultado dessas doses internas. Esses distúrbios internos podem abranger a deformação do tecido ou alterações nos processos celulares do corpo. Quando sucedem doses repetidas ou sustentadas, a capacidade do trabalhador de se adaptar às mudanças internas pode ser melhorada ou comprometida. Quando a capacidade de adaptação a essas mudanças é comprometida, podem ocorrer distúrbios musculares, tendinosos ou nervosos (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

O ponto positivo do modelo é a definição de relação dose-resposta entre a exposição a fatores biomecânicos e um resultado musculoesquelético, sendo pré-requisito indispensável para determinar a plausibilidade de uma exposição-resultado. A limitação do modelo encontra-se na capacidade de fornecer perspectiva abrangente acerca da maneira como os fatores físicos e psicossociais da organização do trabalho podem interagir para influenciar os resultados musculoesqueléticos (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

O **modelo epidemiológico** de distúrbios musculoesqueléticos desenvolvido por Bongers et al. (1993) introduz conceitos de estresse e saúde e as dimensões psicológicas de pacientes com dor nas costas. A hipótese do modelo é que fatores psicossociais relacionados ao trabalho, em conjunto com a capacidade de enfrentamento influenciam o estresse relacionado ao trabalho. Por sua vez, o estresse no local de trabalho influencia a atividade muscular e/ou modera a relação entre a carga mecânica e a percepção dos sintomas musculoesqueléticos. Também postulam que os sintomas musculoesqueléticos podem surgir com como resultado de uma acurácia aprimorada dos sintomas e / ou uma capacidade reduzida de lidar com esses sintomas na presença de condições de labor estressantes. Contudo, independente das circunstâncias que os sintomas ocorrem, existe uma hipótese que esses sintomas podem subsequentemente se tornarem crônicos e levar a incapacidade ou aumento da utilização de cuidados de saúde (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

Concluiu-se que o baixo controle e baixo suporte social no trabalho, provavelmente, se associaram positivamente a problemas musculoesqueléticos, independentemente do aumento das cargas mecânicas. A hipótese de que o estresse percebido ou os sintomas de estresse desempenham um papel intermediário entre os fatores psicossociais ocupacionais e o aparecimento de sintomas musculoesqueléticos. As limitações observadas pelos autores do modelo destacam a necessidade de cautela, sendo necessário estudos longitudinais para uma maior elaboração sobre as associações propostas (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

O **modelo ecológico** de DME de Sauter e Swanson (1996) incorpora fatores psicossociais, biomecânicos e cognitivos na explicação dos resultados musculoesqueléticos. Ele é específico para trabalho envolvendo terminais de exibição visual, tecnologia de escritório e foi projetado para ajudar a explicar a etiologia dos WRMDs (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

O modelo possui diversos componentes. O biomecânico envolve demandas físicas que levam ao desgaste biomecânico, que é indicado como principal mecanismo pelo qual os DME ocorrem. Os componentes psicossociais, organização do trabalho, estresse e cognitivos deste modelo desempenham papéis moderadores. O componente psicossocial e organização do trabalho envolve a interação de elementos da organização do trabalho com fatores individuais e é uma fonte primária de tensão psicológica. A tensão psicológica pode consequentemente impactar a tensão biomecânica através da influência na tensão muscular e moderar a relação entre a tensão biomecânica e os resultados, como utilização de cuidados de saúde e deficiência (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

A organização do trabalho pode afetar as demandas físicas que um trabalhador experimenta, influenciando na maneira que ocorre a execução do trabalho e, com isso, aumenta as exposições ergonômicas. Diante disso, propõe-se que a organização do trabalho desempenha um papel indireto no mecanismo causal de um desfecho musculoesquelético. O componente cognitivo desempenha um papel na detecção, rotulagem e atribuição da fonte das sensações, com isso, por implicação, o nível de estresse no local de trabalho pode influenciar na rotulagem de sintomas ou doenças e correlacionar ao local do labor ou outras fontes (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

Este modelo postula diversos caminhos plausíveis entre fatores psicossociais e WRMDs, contudo são necessários mais estudos para desvendar e validar os múltiplos caminhos causais propostos (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

O **modelo biopsicossocial de estresse no trabalho** foi proposto por Melin e Lundberg (1997) que traz a combinação das demandas mentais e físicas pode resultar em aumento da

tensão muscular, bem como aumento da atividade do cortisol e catecolaminas. O modelo propõe que uma recuperação completa da resposta ao estresse aos níveis anteriores à exposição aos estressores no local de trabalho pode não ocorrer rapidamente, produzindo um aumento maior dessas respostas (MELIN; LUNDBERG, 1997).

No trabalho, a resposta ao estresse pode permanecer como tensão muscular sustentada e/ou secreção de hormônios do estresse, adrenalina e cortisol. Ainda, quando a pessoa exposta as cargas de trabalho físico pode ser mais afetada. Com o tempo, a persistência da resposta fisiológica ao estresse laboral o indivíduo corre um risco de desenvolver DME (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002)

A particularidade do modelo é a contribuição potencial de fatores relacionados à família nos sintomas musculoesqueléticos e ressalta a forma que as respostas ao estresse do trabalho podem ser mantidas ou exacerbadas quando um trabalhador está fora do ambiente laboral. Esse conhecimento é importante, visto, na atualidade, a dificuldade de segregar as experiências de trabalho, casa e família (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

Esse modelo sugere o conceito de “carga de trabalho total”, pois associa os fatores de trabalho e domésticos, com isso auxilia a ligação entre estresse laboral e WRMDs. Contudo, o modelo tende a se concentrar nos processos fisiológicos potenciais em resposta ao estresse (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

O **modelo abrangente** que incorpora WRMDs entre uma diversidade de resultados de saúde, proposto por Carayon; Smith; Haims (1999), conhecido como teoria do equilíbrio de projeto de trabalho e estresse. Nesse modelo, os elementos da organização do trabalho apresentam-se como estressores no ambiente laboral e ainda impactam as demandas ergonômicas. Diante disso, esses elementos dão origem a diversos distúrbios relacionados ao estresse, inclusive os DME, seja diretamente ou mediados por reações agudas de estresse. Esse encadeamento causal é mediado por características individuais (incluindo personalidade), enfrentamentos, percepções e experiências, indicando que os danos à saúde retroalimentam a influência da organização do trabalho e da natureza das reações de estresse. Este modelo tem como peculiaridade descrever mecanismos que vinculam elementos da organização do trabalho a sintomas musculoesqueléticos, processos psicobiológicos, psicológicos e comportamentais. (HUANG; FEUERSTEIN; SAUTER, 2002).

4.3 Instrumento para avaliação do esforço-recompensa

A avaliação do desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho se baseia em indicadores que são aferidos por escalas psicométricas contendo itens na escala de Likert. Inicialmente, o

instrumento era composto por 23 questões e medidas por três escalas psicométricas (esforço, recompensa, comprometimento excessivo) (SIEGRIST et al., 2004).

Posteriormente, Siegrist sugeriu uma nova versão em 2014 com modificação dessa escala (retirou 1 item da dimensão recompensa) e transformou as opções de resposta dos domínios de esforço e recompensa em escala Likert de 4 pontos ao invés de 5 pontos que era utilizada anteriormente (SIEGRIST; LI; MONTANO, 2014). As opções de respostas de todos os itens são do tipo escala Likert de 4 pontos: “Concordo totalmente”, “Concordo parcialmente”, “Discordo totalmente” e “Discordo parcialmente”. As questões da escala estão mostradas no quadro 1.

O instrumento para avaliação do desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho foi representado pelo quadro 1.

Quadro 1 – Instrumento para avaliação do desequilíbrio esforço-recompensa no trabalho

ESFORÇO
1-Eu frequentemente trabalho além de minha jornada
2-Meu trabalho exige muito esforço físico
3-Sou pressionado pelo tempo pela carga pesada de trabalho
4- Sou interrompido e incomodado no trabalho
5-Tenho muita responsabilidade no trabalho
6-O trabalho passou a exigir cada vez mais de mim
RECOMPENSA
1-Sou tratado com respeito pelos meus colegas de trabalho
2-Tenho respeito que mereço de meus supervisores
3-Tenho poucas possibilidades de ser promovido no futuro
4-Passei e ainda posso passar por mudanças indesejáveis
5-Tenho pouca estabilidade no emprego
6-Levando em conta todo meu esforço e conquistas meu salário/renda é adequado-
7-Levando em conta meu esforço e conquista recebo o respeito e o reconhecimento que mereço
8-As expectativas de promoção no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquista
9- Eu recebo apoio adequado em situações difíceis
10-A posição que ocupo não está de acordo com a minha formação e treinamento
11- Sou tratado injustamente no trabalho
COMPROMETIMENTO EXCESSIVO
1-Me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo
2-Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho
3-Quando chego em casa não consigo relaxar e nem me “desligar” facilmente do meu trabalho
4-As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do trabalho
5-O trabalho não me deixa, ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir
6-Não consigo dormir direito se adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito

FONTE: SIEGRIST et al (2004)

Esse instrumento já foi traduzido e adaptado para a população brasileira e estudos que avaliaram suas propriedades psicométricas demonstraram evidências favoráveis à aplicação do questionário na pesquisa epidemiológica, sobretudo em indivíduos com características socioeconômicas e ocupacionais semelhantes (SILVA; BARRETO, 2010).

No Brasil, o estudo de validação foi conduzido com 111 trabalhadores da saúde e funcionários de uma Universidade (CHOR et al., 2008) e com 100 trabalhadores de instituições bancárias evidenciando confiabilidade satisfatória desse instrumento (SILVA; BARRETO, 2010).

O **esforço** é aferido por cinco ou seis itens que se referem a aspectos exigidos do ambiente de trabalho (três itens aferindo carga quantitativa, um item medindo carga qualitativa, um item medindo o aumento da carga total ao longo do tempo). Às vezes, faz-se necessário incluir um item que aferi a carga física, pois contempla os grupos ocupacionais que desenvolvem atividades eminentemente manuais ou com prevalência de carga física. A pontuação da soma dessas classificações é construída em uma escala unidimensional, com uma pontuação total com base nos seis itens que medem o esforço e variam de 6 a 24. Quanto maior a pontuação, mais demandas percebidas são sentidas como estressantes (SIEGRIST et al., 2004).

A **recompensa** é aferida por 11 questões. Teoricamente, espera-se três fatores resultantes da análise fatorial: (a) recompensa financeira, (b) recompensa por estima, (c) recompensa relacionada às perspectivas de promoção na carreira e segurança no emprego. Empiricamente, é difícil separar os aspectos financeiros dos relacionados à carreira. Portanto, postulou-se uma estrutura de três fatores do constructo de recompensa ocupacional, o primeiro fator são os aspectos financeiros e relacionados à carreira, o segundo recompensa por estima e o terceiro fator gratificação da segurança no trabalho. Os procedimentos de resposta e pontuação são os utilizados para os itens de esforço. A pontuação de 11 indica a percepção das recompensas mais baixas, enquanto uma pontuação de 55 reflete nível muito elevado de recompensa (SIEGRIST et al., 2004).

O **comprometimento excessivo** é aferido pela escala unidimensional de Likert contendo 6 questões, na versão curta, variando de 1 a 4 pontos e escore variando de 6 a 24 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a probabilidade de o indivíduo ter um comprometimento excessivo no labor. É recomendada para aferir o componente pessoal do modelo (SIEGRIST et al., 2004).

A confiabilidade, a estrutura fatorial e os diferentes tipos de validade (convergente, discriminante e validade de critério) dessas escalas foram analisadas, incluindo a comparação de dados de autorrelatos com informações contextuais (SIEGRIST et al., 2004).

Originalmente, o comprometimento excessivo relacionado ao trabalho e uma elevada necessidade de aprovação foi estimado por uma escala psicométrica contendo 29 questões (necessidade de controle). Esses itens medem quatro aspectos relevantes desse padrão de

enfrentamento: necessidade de aprovação (6 questões), competitividade e hostilidade latente (6 questões), impaciência e irritabilidade desproporcional (8 questões), e incapacidade de se afastar das obrigações de trabalho (9 questões). As quatro respectivas subescalas foram repetidamente carregadas em um fator latente na análise fatorial em segunda ordem. O comprometimento excessivo é definido pela linha de corte no tercil superior do escore em duas categorias: presente e ausente (SIEGRIST et al, 2004). Um escore alto, é definido pelo tercil superior do escore total do fator das 29 questões e mostrou predizer saúde adversa em diversos estudos prospectivos e transversais (SIEGRIST, 2002).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O TRABALHO EM SAÚDE

5.1.1 BREVE ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE NO BRASIL

A saúde no Brasil iniciou-se com os cuidados de entidades filantrópicas e religiosas com atenção prestada por meio de caridade. As instituições religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia se responsabilizavam em atender as pessoas que necessitavam de atenção à saúde (FARIA et al, 2010).

Com a abolição da escravatura e a vinda dos imigrantes europeus, o Brasil inicia seu primeiro crescimento industrial, com fábricas primitivas e insalubres, empregando mão de obra barata, crianças e mulheres (JUNIOR, 1999). A medicina se preocupou com grandes epidemias, tais como febre amarela, peste bubônica, varíola e outras, para as quais o governo se atentou aos matadouros, presídios, cemitérios, hospitais e fábricas e impôs medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores (FINKELMAN, 2002).

No começo do século XX, a melhoria das condições sanitárias, era entendida e tratada basicamente no controle das endemias e no saneamento dos portos e do meio urbano, e tornou-se uma efetiva política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (FINKELMAN, 2002).

A partir 1921, Carlos Chagas, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, promoveu a expansão dos serviços de saúde para o país. Com proibições de viagens de portadores de doenças sem autorização prévia de autoridade sanitária do local de destino, utilização de forma impositiva das autoridades sanitárias com utilização de força policial para obrigar as pessoas suspeitas de lepra realizar o exame diagnóstico ou isolamento compulsório do doente (FINKELMAN, 2002).

Neste período, instituiu os Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde, código sanitário e a Lei Eloy Chaves, contudo as questões de saúde pública não haviam por parte do governo federal um programa de ação. A atuação do Estado restringia-se, a situações emergenciais, como epidemias em centros urbanos (FINKELMAN, 2002).

Em 1930, período de transição da economia agrário-exportador para economia urbano-industrial, emerge um sistema de saúde com cunho de proteção social, onde os trabalhadores assalariados tinham uma proteção diferenciada, e se traduziu na promulgação da legislação trabalhista e previdenciária (FINKELMAN, 2002).

Diante disso, observa-se que o trabalho é um fator importante de agressão à saúde, visto que as doenças infecciosas predominavam, pois, haviam condições sanitárias precárias acompanhado de aglomeração de pessoas nas fábricas, recém-criadas.

Entre as décadas de 60 e 70 houve um crescimento do entendimento do processo saúde-doença, até mesmo na articulação com o labor. Essa nova maneira de interpretar a relação trabalho-saúde e de interferência no trabalho implanta, na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores. Desta maneira, expande o conhecimento acerca da medicina do trabalho e saúde ocupacional. (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Em 1970, evidencia-se profundas mudanças sociais no país com movimentos políticos pelo retorno ao regime democrático, visando à viabilidade legal e pública da luta política por transformações das práticas e políticas de saúde que foi o movimento da reforma sanitária (PAIM, 2008).

Diante disso, ressalta-se a necessidade da concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, com destaque aos determinantes sociais (PEREIRA, 2018), pois até então, havia um limite de atuação apenas para o adoecimento físico, sem um olhar para os riscos ocupacionais.

De 1985 a 1988, a saúde, foi marcada com o movimento da Reforma Sanitária, que teve como objetivo a construção do direito a saúde e como institucionalidade a reforma democrática do Estado (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

O processo da reforma sanitária teve como marco institucional a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 cujo relatório final serviu como subsídio para elaborarem os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIVA; TEXEIRA, 2014).

O advento do SUS é considerado como maior movimento de inclusão social na história do Brasil, foi instituído por meio de uma legislação universal que garante acesso e direito a todos os cidadãos através da Lei n. 8.080 de 1990 e pelas suas diretrizes norteadoras, sendo algumas delas: universalidade de acesso aos serviços, equidade na assistência e integralidade, objetivando a promoção, prevenção e recuperação da saúde (CARVALHO, 2013).

Tais elementos doutrinários apontam a edificação de um sistema de saúde que reverta a coerência de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (FINKELMAN, 2002).

5.1.2 ASPECTOS POLÍTICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Com o processo de democratização do país, associado às práticas no âmbito da saúde pública, bem como em alguns setores sindicais e acadêmicos, que forma o campo denominado Saúde do Trabalhador (ST). Para Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997, p. 28), a ST compreende “práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais”, ou seja, é um fenômeno complexo com uma articulação multidisciplinar.

A discussão sobre Política de Saúde do Trabalhador no Brasil, enquanto política pública, inicia-se a partir da 1ª CNST, em 1986, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, período de maior fortalecimento da Reforma Sanitária no Brasil e está muito associado ao processo social em que se inseriu. Evidencia-se a política como uma demanda legal e não como uma questão de saúde, propondo a criação de um Conselho específico e a inserção no SUS (CRUZ; FERLA; LEMOS, 2018).

Em 1994, acontece a 2ª CNST, que teve como tema central a construção da PNST, retomando reinserção da Saúde Ocupacional (SO) enquanto racionalidade de atenção à saúde dos trabalhadores, no conjunto de análise das relações de poder que se articulam nesse evento, uma vez que a abertura fica centrada no discurso da vigilância sanitária, campo que se tornará presente constantemente nas ações de saúde na área do trabalho ao longo dos anos (CRUZ; FERLA; LEMOS, 2018).

Fica evidente, que há um retrocesso do que foi proposto na 1ª CNST, onde há uma ampliação da SO em detrimento da ST, ou seja, retoma o pensamento saúde-controle, em prejuízo da subjetividade/saúde-integralidade (CRUZ; FERLA; LEMOS, 2018).

Nesse período, ocorreu a inauguração e implementação dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRST), nos principais municípios do país, visando incorporar a atenção a saúde dos trabalhadores na rede de serviços, sob a ideia de municipalização da saúde, atuando por meio de equipes multiprofissionais e com participação sindical nos conselhos gestores (LACAZ, 1996).

Diante do esgotamento de sua capacidade para contribuir com novos avanços, em setembro de 2002, os CRST foram substituídos pela Rede Nacional de Atenção Integral de Saúde do Trabalhador (RENAST), através da portaria 1.679/02 do MS. A Renast se fundamenta na experiência dos CRST, mas com intuito de incorporação da prevenção a agravos e promoção da saúde, com articulação das instituições locais do Trabalho e da Previdência, em consonância com marcos teóricos da vigilância em saúde do trabalhador, em todos os níveis técnico-assistencial adotadas pelo SUS (GOMES; LACAZ, 2005).

Em 2005, ocorreu a 3ª CNST, com o tema “trabalhar sim, adoecer não”, quando há a transversalidade da ação pública com a tríade dos ministérios (Saúde, Trabalho e Previdência) convoca a Conferência, com intuito de implementar a Política Nacional e Saúde no Trabalho (PNST) (ANDRADE, 2019).

A PNSST é rediscutida e deliberada em 23 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010a), sendo formalizada em 2011, através do decreto 7.602, de novembro de 2011. Esta política foi produto de uma “articulação entre ministérios da Previdência, do Trabalho e da Saúde desde 2004 e trazida para espaço decisório na Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho – CTSST” (ANDRADE, 2019, p. 17), onde vários atores sociais discutiram sobre sua construção.

A PNSST deveria ser uma resposta do Estado à fragmentação e à inconsistência das ações públicas na área da saúde, sendo resultado da pressão dos trabalhadores e representantes da sociedade civil. Esse instrumento legal associado a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) são criados com intuito de servir de suporte à melhoria e à efetivação dos serviços (COSTA et al., 2013).

A instituição, no âmbito do SUS, das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS foi um progresso, pois dispôs promover um avanço das condições de saúde do trabalhador do SUS, por meio do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e organização do labor que possam propiciar a ocorrência de agravos à saúde, do empoderamento dos trabalhadores, mediante a garantia ao acesso, ações e a serviços de atenção integral à saúde (BRASIL, 2011b).

Diante esse cenário, o Ministério da Saúde institui a PNSTT, através da Portaria MS 1.823/2012 (BRASIL, 2012), que estabelece a participação do SUS nos vários níveis para o desenvolvimento da atenção integral à ST, reafirma os princípios e diretrizes da ST e, enfatiza a vigilância em seu segundo artigo “visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, 2012, p.46).

As ações de ST implicam além de recursos materiais, humanos suficientes e capacitados, “uma política de Estado condizente com a perspectiva de superação da precariedade do trabalho contemporâneo e com a proteção integral da saúde dos trabalhadores. ” (COSTA et al., 2013).

Na Bahia, em 15 de janeiro de 2021, através da Portaria Estadual da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) número 30, institui a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia (BAHIA, 2021).

Esta demonstra um avanço na área de saúde pública para estado, visto que busca através dos princípios, diretrizes, objetivos e estratégias contribuir para redução das inequidades e da injustiça social no estado, relacionadas às desigualdades de trabalho, renda, acesso às políticas e direitos sociais, garantindo a descentralização das ações de saúde e acesso a toda classe trabalhadora (BAHIA, 2021).

A saúde do trabalhador como campo da saúde coletiva, implementada através do SUS por meio de ações integradas e articuladas, é um importante desafio para a efetivação do direito à saúde. A APS como parte da rede do SUS se constitui em um local essencial para a prática das ações e, conseqüentemente, para a garantia da atenção integral à saúde do trabalhador (MENDES et al, 2015).

É necessário a compreensão do trabalho enquanto um dos determinantes do processo saúde-doença e da necessidade de envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir o cuidado integral aos trabalhadores (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011). Ademais, faz-se necessário a construção de práticas de atenção à saúde que transcendam a abordagem individual curativa e apontem para enfoques interdisciplinares e intersetoriais (LOURENÇO; BERTANI, 2007).

5.1.3 A FORMULAÇÃO DA APS NO BRASIL

Em 1916, surgem os primeiros locais que objetivavam prestar assistência com objetivo na saúde pública. Anterior a este período existiam as delegacias de saúde que coordenavam o trabalho em setores, como inspeção sanitária de casas e estabelecimentos, controle de alimentos e bebidas, campanhas de vacinas, etc. (CAMPOS, 2006).

Entretanto, devido a ampliação das atribuições da saúde pública houve a necessidade da criação de postos de saneamento e profilaxia rural, dedicados a assistir de maneira permanente a populações definidas (BRAGA; PAULA, 1981). “Médicos sanitaristas e enfermeiras visitadoras eram considerados recursos estratégicos para essa nova política” (CAMPOS, 2006, p. 2).

Em 1920, surge a ideia de APS como forma de organização dos sistemas de saúde, contrapondo o modelo americano curativo, constituindo uma referência para o modelo inglês que era caro, com uma complexidade médica elevada e baixa resolutividade (FAUSTO; MATTA, 2007).

O documento trazia um modelo de atenção baseado em Centros de Saúde (CS) primários e secundários. Os primários e serviços domiciliares deveriam estar organizados de maneira regionalizada, com resolutividade por médico generalista. Quando esse médico não conseguisse

resolver o problema encaminharia ao CS secundário ao especialista ou ao hospital. Essa organização diferencia-se pela hierarquização dos níveis de atenção (FAUSTO; MATTA, 2007).

Essa concepção influenciou a organização dos sistemas de saúde mundial, definindo duas características: regionalização, onde os serviços de saúde devem ser dispostos de maneira a atender as regiões através das necessidades locais de saúde, tendo em vista bases populacionais; e integralidade, evidenciando a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 1925, surgem os primeiros CS no Brasil. Estes foram baseados no trabalho desenvolvido pelos postos de saneamento e profilaxia rural. Os CS, são unidades mais complexas, e foram por sete décadas unidades consagradas à atuação da APS no país (CAMPOS, 2006).

Os CS tinham como objetivo de transformar as práticas existentes, como de polícia sanitária, enfocando em concepções educativas e preventivas, com intuito de sensibilizar a população para práticas sanitárias (CAMPOS, 2006).

Nesse período, década de 1940, surgiu o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), antecessor da APS, as atividades do SESP foram influenciadas pela medicina preventiva, dentro do modelo norte-americano, com serviços preventivos e curativos, que contemplava de maneira hierarquizada e regionalizada, desde campanhas sanitárias, assistência domiciliar até assistência médica ambulatorial, serviços de urgência e emergência (FONSECA, 2001).

Porém, devido sua fragilidade com atuação apenas em áreas estratégicas, com ações centralizadas sem articulação com as demais instituições de saúde gerou uma crítica profunda ao sistema de saúde existente (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 1978, com a divulgação da ideia de APS na Conferência de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS), conclamou os países a redirecionarem seu sistema de saúde para proporcionar atenção à população, evidenciando que a viabilidade da extensão estava na adoção da estratégia da APS (RIBEIRO, 2007).

Nesse contexto, em 1978, o governo federal criou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), onde as ações de saúde previam o uso de tecnologias simples, com trabalhadores auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades. Esse programa permitiu ampliação da cobertura, propôs reorientação do sistema colocando a atenção primária como porta de entrada e estimulou a integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, os quais deveria compor uma rede única (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 1980, houve uma nova expansão da APS decorrente da redemocratização do país com colapso do modelo de saúde previdenciária, ocasionou medidas de restrição dos gastos em saúde, beneficiou-se a APS e a municipalização da prestação de serviços. Essas medidas estavam respaldadas na Conferência de Alma Ata, com reformulação do modelo assistencial, privilegiando a universalização, a integralidade das ações e serviços de saúde, e a democratização da gestão local. (CAMPOS, 2006).

Em 1981 foi formulado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que previa a ampliação da rede pública de saúde por intermédio dos municípios e estados, com ligação da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção (FAUSTO; MATTA, 2007).

A crise do sistema previdenciário na década de 1980 afetou a base da política de saúde brasileira, sendo imprescindível a reforma do sistema. As medidas foram colocadas em prática pelo MS e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), principais órgãos que determinaram alterações importantes na trajetória da política de saúde. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), abriram espaço para construção do SUS. (FAUSTO, 2005).

Nesta perspectiva, a APS defendida e garantida na Constituição Federal de 1988, foi elaborada com base em princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Até meados de 1990, as medidas implantadas no SUS estavam voltadas especialmente para o financiamento e a descentralização das ações e serviços de saúde. A falta de discussão pelo MS sobre organização da atenção, fez com que sobrepusesse a centralização das ações com enfoque na doença e ênfase curativa ofertada pelos hospitais. As ações de prevenção mantiveram-se o campanhismo e programas verticais (FAUSTO; MATTA, 2007).

A partir da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS 01/96 a APS ganha evidência, pois o MS fez alterações na organização da atenção à saúde, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Estes, surgem com objetivo de estimular os municípios, principalmente os pequenos, a assumirem alternativas de organização da rede de serviços de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A institucionalização do PACS estava associada ao enfrentamento pelo governo federal dos altos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Já o PSF, que foi uma ampliação do PACS, sua instalação foi priorizada em áreas de maior vulnerabilidade social (FAUSTO; MATTA, 2007).

Todavia, estes programas ocupavam uma posição marginal na estrutura do MS, não havia nenhuma área peculiar que abrangesse a atenção primária como nível de atenção, sendo vinculados ao departamento de Políticas de Saúde com vinculação junto à Coordenação da Saúde da Comunidade dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, sob responsabilidade da Gerencial Nacional do Agente Comunitário e da Gerência da Saúde da Família. Isso contribuiu para que assumisse um perfil segmentado (FAUSTO; MATTA, 2007).

O fortalecimento do PSF veio com a transferência do programa para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e a instituição do Piso da Atenção Básica (PAB). O PAB fixo com o repasse por meio do fundo municipal de saúde de um valor específico, de acordo a renda *per capita*, e o PAB variável destinado a implantação de as ações e serviços prioritários, para incentivar a organização da rede básica de saúde dos municípios. Estas adequações fizeram parte do processo de descentralização do país (FAUSTO; MATTA, 2007).

Diante disso, o MS assumiu o PSF como estratégia para reorganização da atenção básica no SUS. Os incentivos deste ministério para implantação do PSF visavam desenvolver “ações básicas e promover a reorganização das práticas de saúde” em todo o sistema (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 19).

A proposição do PSF é o momento que a atenção primária passa a ocupar o centro das propostas de reformulação do sistema e a ter impacto nas políticas públicas de modo mais global (RIBEIRO, 2007).

Matta (2006) traz que no Brasil existe a indissolubilidade dos termos APS e ABS, apesar do reconhecimento e utilização internacional da APS.

O termo atenção básica foi assumido na política nacional de saúde a partir da NOB 01/96, pois existia resistência ao termo APS devido seu propósito seletivo segundo a concepção mundial e o que se propôs com a reforma sanitária foi a integralidade e universalidade (FAUSTO, 2005). Conforme a atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a ABS é baseada nos princípios do SUS, universalidade, integralidade e participação popular (BRASIL, 2006).

Doze anos depois, já consolidada como eixo norteador do SUS, o PSF foi modificado para Estratégia de Saúde da Família (ESF), enunciada na PNAB em 2006 (BRASIL, 2006), posteriormente foi revisada em 2011 (BRASIL, 2011a) e 2017 (BRASIL, 2017a).

Para operacionalização da APS utiliza-se a estratégia nacional prioritária que é a saúde da família de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2011). A ESF é uma das maiores experiências sistêmicas de APS no mundo (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Equipes multiprofissionais, responsáveis por territórios específicos e populações definidas como

primeiro contato com o sistema, representam uma das inovações mais significativas na APS desde Alma Ata (FACCHINI et al, 2016).

Então, a APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde ao modelo de saúde, com princípios, valores e elementos próprios, da qual busca integrar todos os aspectos desses serviços e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Esta deve ser o primeiro contato do usuário e o local responsável pelo cuidado da população ao longo do tempo, melhorando a situação de saúde dos mesmos e proporcionando equidade na distribuição de recursos (BRASIL, 2011).

Contudo, existe uma fragilidade da formulação da política para lidar com a complexidade das situações concretas, ou há disjunção entre a formulação e implementação devido a incapacidade política (nacional) apreender as concretas limitações ou as condições de possibilidade do mundo real (municípios) (MEDINA, 2018).

Desde 2017, o sistema de saúde brasileiro enfrenta uma onda de contrarreformas em políticas, com foco na APS, que minaram princípios do SUS e processos de planejamento, financiamento e provisão de ações e serviços (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

A PNAB em 2017 passa a remunerar Equipe de Atenção Básica (eAB) formadas por médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem; faculta a presença de dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) e de controle de endemias (ACE); e fixa a carga horária mínima por categoria profissional na eAB em 10 (dez) horas e o máximo de três profissionais por categoria com 40 horas/semanais. Para as Equipes de Saúde da Família (eSF), ela deixa de estabelecer o mínimo de quatro ACS por equipe, que poderão aferir sinais vitais e glicemia e realizar curativos (BRASIL, 2017a).

Nova Portaria estabeleceu como componente mínimo da eAB, agora chamada Equipe de Atenção Primária (eAP), o médico e o enfermeiro, com 20 ou 30 horas semanais; permitir a sua participação em mais de uma eSB, eAP ou eSF, sem risco de suspensão de repasse; flexibilizar a carga horária das equipes de saúde bucal (eSB) nos mesmos moldes (BRASIL, 2019a).

A Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde do Brasil objetiva “estabelecer um cenário favorável para a implementação e oferta de serviços clínicos nas unidades de saúde” e o “fortalecimento da clínica da APS com base científica para tomada de decisão”. Ela prevê: a) rol de serviços de Atenção à Saúde (Adulto/Idoso; Criança, Procedimentos na APS e Saúde Bucal); b) remuneração por capitação mediante “uma lista de pacientes” e “pagamento por pessoa acompanhada”; c) cesta mínima de serviços; d) detalhamento da organização do

Programa “Saúde na Hora”, em que as unidades básicas de saúde (UBS) funcionam 60 a 75 horas por semana; e) secundariza objetivos de promoção da saúde na APS, exemplificada mediante “o enfermeiro, que historicamente encontra-se focado na realização de atividades repetitivas e pouco eficazes centradas na promoção e prevenção de saúde em detrimento das atividades curativas e/ou assistenciais” (BRASIL, p. 10, 2019b).

O Programa Médicos pelo Brasil institui a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), serviço social autônomo federal para prover médicos para a APS em locais de difícil lotação ou alta vulnerabilidade. Durante a formação, o profissional trabalhará por dois anos com bolsa de estudos, sem vínculo empregatício. O Conselho Deliberativo da ADAPS terá representantes do Ministério da Saúde, dos Conselhos de Secretários de Saúde e do setor privado; ausentes, portanto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), usuários e trabalhadores (BRASIL, 2019c).

O Programa Previne Brasil é uma nova política de financiamento da APS, com objetivo de aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2019d).

Este programa tem novos critérios baseado em três eixos: Substituição dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável pela capitação ponderada. Extinção dos repasses regulares de base populacional e incentivos para custeio de eAB, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Incentivos do PMAQ foram substituídos por repasses condicionados ao desempenho em sete indicadores a serem instituídos em 2020, referentes a processos e resultados em Saúde da Gestante, da Mulher, da Criança e Doenças Crônicas; Repasses vinculados a ações e programas de saúde contidos no PAB variável, passam a compor o eixo de adesão a programas estratégicos (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Em 2019 houve uma reforma administrativa no Ministério da saúde e a criação da Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS) (BRASIL, 2019e) com intuito de enfrentar a falta de priorização política (REIS et al, 2019).

O ano de 2020 inicia-se com o término do credenciamento de novas equipes Núcleo de Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2020b), com isso houve um desestímulo por parte do MS à estratégia do NASF-AB deixando a cargo do gestor local a escolha de manter os profissionais neste ponto da atenção à saúde (PAULINO et al, 2021).

Neste ano institui-se as Unidades de Saúde da Família (USF) com pelo menos uma equipe de Saúde da Família, que possui funcionamento com carga horária mínima de 40 horas

semanais; nesta portaria dispõe sobre o Programa Saúde na Hora com implementação de horário estendido de funcionamento das UBS e USF (BRASIL, 2020a).

A transferência de recursos federais nos blocos de custeio e de investimento (BRASIL, 2017d), a despeito da prestação de contas se organizar nos seis antigos blocos, fragiliza a proteção do financiamento da APS frente à pressão dos custos da atenção hospitalar e especializada, e de procedimentos de diagnose e terapia, com forte componente privado (GIOVANELLA et al, 2018).

Em 2022, o MS apresentou uma atualização revisada dos sete indicadores que compõem o pagamento por desempenho da APS, com intuito de atender ações estratégicas dos programas: Pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e condições crônicas (BRASIL, 2022).

Em uma perspectiva prolongada de restrição orçamentária a nova política pode colaborar para reverter conquistas históricas de redução de desigualdades em saúde, ocorridas desde a implementação do SUS e da ESF (MASSUDA, 2020). Esse esvaziamento de recursos se utiliza do contexto da crise sanitária e econômica para reordenar formas de alocação que simulam mais recursos financeiros, porém de difícil operacionalização (MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

Abaixo, no quadro 2, segue os principais acontecimentos históricos da construção da APS no país.

Quadro 2 - Principais acontecimentos da Atenção Primária à Saúde

Ano	Evento
1991	PACS foi um dos principais procedimentos criados com relação a assistência básica à saúde, com intuito de ser um elo de ligação entre a comunidade e a unidade de saúde promovendo o acesso aos serviços; identificando, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco; estimulando a educação da comunidade e a prevenção às doenças, e tentando despertar a sua participação social; auxiliando a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas, como também, atuando juntos aos serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população (BRASIL, 2001a).
1994	PSF surge como um modelo de assistência à saúde com objetivo de desenvolver ações de promoção e proteção da saúde do indivíduo, família e comunidade, em nível de atenção primária (BRASIL, 1997a)
1996	PSF passou a ser apresentado como estratégia de alteração do modelo assistencial, ultrapassando a ideia de programa associado a uma visão de verticalidade e transitoriedade, sendo a ESF uma certa fusão do PACS com o PSF (VIANA; DAL POZ, 1998).
1998	Enfatiza a reorientação da assistência e o caráter sucessor do PSF que possibilitaria uma alteração das práticas centrada nos princípios da vigilância à saúde aumentando a cobertura populacional para até mil famílias com limite de 4.500 habitantes (BRASIL, 1998). Inicialmente considerado como um programa, a saúde da família é levada à condição de estratégia para reorientação da assistência, que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica (CONILL,

Ano	Evento
	2002). Constituindo o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da APS no Brasil (OPAS, 2018).
2000	Houve uma expansão marcante da ESF nos grandes centros urbanos, com incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e criação dos NASF. Todavia, persistiram os nós críticos tais como, infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de contratação de profissionais médicos (MELO et al., 2018).
2006	O governo federal publicou a primeira PNAB com objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, a partir dos princípios propostos pelos Pactos pela Vida, Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, ratificando este modelo como prioritário no comando da APS (BRASIL, 2006). A PNAB iniciou uma importante discussão da organicidade institucional do sistema em redes de atenção, ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, processo de trabalho, composição das equipes, atribuições das categorias profissionais e financiamento do sistema, dentre outras (BRASIL, 2006). Desde sua implantação, muitos estudos mostraram, de diversas maneiras, os benefícios da saúde da família à população brasileira (GÉRVAS; FERNÁNDES, 2012; CASTRO et al., 2019; DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016; GIUGLIANI et al., 2011; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010).
2011	Iniciou-se o movimento de alteração da PNAB, reconhecendo na PNAB de 2011 no requalifica das UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria de Acesso da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) expressões desse esforço. Associado a criação do e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios. Salienta-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios de rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Observou-se acréscimo no orçamento da atenção básica, no PAB variável e em recursos de investimento (PINTO; KOERNER; SILVA, 2012). Com as alterações da PNAB há evidências que mostram o aumento da carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos, baixa participação do ente estadual na AB, associado a reivindicações dos gestores municipais por mais autonomia, apoio financeiro e provimento de profissionais médicos, parcialmente contempladas, no âmbito da AB, (MENDES; MARQUES, 2014).
2014	Lei federal com definição e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculo direto dos ACS e Agente Comunitário de Endemias (ACE), recaio mais fortemente sobre os municípios, em virtude da obrigação pela contratação de profissionais (BRASIL, 2014).
2017	Mudança nas regras de financiamento do SUS, inclusive da AB, que passou para dois blocos (custeio e investimento) (BRASIL, 2017c). Associado a aprovação da Emenda Constitucional número 9520 em 2016, congelando os gastos com a saúde e educação por vinte anos, com reajustes apenas da inflação (MELO et al., 2018).
2019	O Programa Previne Brasil é uma nova política de financiamento da APS, com objetivo de aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2019d). Criação da Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS) (BRASIL, 2019e) com intuito de enfrentar a falta de priorização política (REIS et al, 2019).
2020	Em 2020 cria-se as Unidades de Saúde da Família (USF) com pelo menos uma equipe de Saúde da Família, que possui funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais; nesta portaria dispõe sobre o Programa Saúde na Hora com implementação de horário estendido de funcionamento das UBS e USF (BRASIL, 2020a);

Ano	Evento
	Término do credenciamento de novas equipes NASF-AB (BRASIL, 2020b)
2022	Revisão dos sete indicadores para pagamento por desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do Programa Previne Brasil, contemplando atender as seguintes ações estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas (BRASIL, 2022).

FONTE: Autoria própria.

5.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

5.2.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO QUE AFETAM TRABALHADORES

O trabalho deveria ser fonte de prazer, visto que, por meio dele, o homem se constitui indivíduo e reconhece sua necessidade para sobrevivência de outras pessoas (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Contudo, nem todas as dimensões do trabalho são explicitadas e discutidas. Percebe-se intensa resistência social, em reconhecer que seu exercício pode resultar em satisfação, realização e prazer, todavia pode ter implicações como mal-estar, doenças e acidentes (DEJOURS, 1986). Tal dificuldade, está relacionada a vários interesses e poderes envolvidos, o que tem provocado na sociedade ocultação do adoecimento no labor e culpabilizar e responsabilizar o indivíduo pela doença adquirida (MAENO; PARARELLI; SILVEIRA, 2013).

No Brasil, existem pesquisas que analisam o emprego e o desemprego, como a Pesquisa Mensal de Emprego (PME), realizada pelo IBGE e a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) e pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; porém não avaliam a saúde do trabalhador. Em contrapartida, há estudos e levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde e IBGE, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS); Previdência Social (Aeps) que apresentam informações epidemiológicas, mas que se menciona apenas superficialmente à atividade de trabalho (CARDOSO; MORGADO, 2019).

Tal fato, não permite a compreensão da relação entre trabalho e saúde dos trabalhadores, não fornecendo informações para que os trabalhadores tenham conhecimento sobre os determinantes e causas do processo de adoecimento (CARDOSO; MORGADO, 2015).

O homem passa grande parte do tempo de vida no ambiente de trabalho, é, portanto, indispensável a constante preocupação quanto à segurança, bem-estar, conforto dos trabalhadores e intervenções que visem melhorias nas condições de trabalho (ALENCAR; CAVALCANTI; MONTREZOR, 2013).

O aumento de exploração da mão-de-obra, com consequências para a qualidade de vida e para a saúde e segurança dos trabalhadores (ANTUNES, 2008), têm efeito sobre a realidade com intensificação do trabalho, aumento da jornada, desregulação de direitos trabalhistas e precarização do trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

Nas últimas décadas, verifica-se trabalhadores sem proteção social, com empregos precários, admissão em falsos estágios, organização de falsas cooperativas, exercício de atividades como falsos autônomos ou em situações de falsas terceirizações (POCHMANN, 2001).

A precarização do trabalho é responsável pelo agravamento das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, com ênfase para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho ou atípicas (DIAS et al., 2001).

Uma das formas de adoecimento no mundo contemporâneo são os distúrbios musculoesqueléticos na população trabalhadora que adquiriu expressão em números e relevância social (BRASIL, 2001b).

A jornada laboral impacta diretamente na saúde dos trabalhadores, nos âmbitos físico e mental. Diante da alta exigência do empregador para que o colaborador esteja cada vez mais disponível para o trabalho, a carga horária costuma extrapolar a carga horária normal, e até mesmo, a extraordinária, de maneira que o trabalhador continua conectado e realizando as atividades mesmo após findar sua jornada contratual. Essa prática deve ser considerada como “jornada ilegal” e é promovida pela difusão das novas tecnologias de informações e comunicação (CARDOSO; MORGADO, 2019).

Outro fator relevante no processo saúde-doença refere-se às cobranças no trabalho, englobando os aspectos físicos, psíquicos e emocionais. Dentre elas, o ritmo de trabalho, os prazos, a existência de interrupções frequentes e perturbadoras e o excesso de trabalho (CARDOSO, 2014).

Benach; Muntaner; Santana (2007) corrobora ressaltando que os riscos no ambiente laboral podem ser físicos, químicos, mecânicos, biológicos e ergonômicos, também relacionados a fatores psicossociais inerentes, incluindo aspectos da organização e do processo de trabalho e a qualidade das relações humanas, falta de controle, que podem interagir entre si e afetar a saúde física e mental dos trabalhadores. As experiências estressantes relacionadas aos fatores psicossociais no trabalho podem variar amplamente entre sujeitos e entre grupos populacionais e causar diferentes doenças e alterações fisiológicas como irritabilidade, insônia, distúrbios da atenção e sintomas musculoesqueléticos (VERNAZA-PINZÓN; SIERRA-TORRES, 2005).

Os trabalhadores também estão expostos, a diversas formas de violência, como conflito ético entre demanda de trabalho e os valores do colaborador, deixando-os angustiados e desanimados, que pode refletir negativamente em sua saúde e na vontade de trabalhar. Fato, que é fruto da negligência em relação a manutenção da sua saúde e sua vida (CARDOSO; MORGADO, 2019).

É sabido que a ocorrência de DME está relacionada à organização do trabalho, com suas diversas demandas físicas no ambiente de trabalho e também influências psicossociais, como as exigências do trabalho, insatisfação e estresse resultante das atividades do trabalho (HABIB et al, 2011). Por exemplo, o emprego temporário, ao gerar estresse relacionado a perda do emprego, tem sido associado a taxas mais altas de distúrbios musculoesqueléticos e sintomas psicossomáticos (ARONSSON; GUSTAFSSON; DALLNER, 2002). Também, o estresse no trabalho gerado pela alta demanda de trabalho, baixo apoio de colegas e alta pressão de tempo (HABIB et al, 2011), carga horária alta, salário baixo (FERNANDES; ROCHA; FAGUNDES, 2011), além disso, tem sido fortemente relacionado a maior risco de dor musculoesquelética e aparecimento de sintomas musculoesqueléticos (RUELA et al, 2020).

É relevante destacar que trabalhadores que realizam tarefas sob alta demanda física apresentam maiores chances de apresentarem DME se comparados aos trabalhadores que executam atividades diante baixa demanda física. A dor o principal sintoma dos DME e prevalentes em trabalhadores da saúde (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). Fatores biomecânicos, como rotação do tronco, elevação de peso e sustentação de posturas forçadas e prolongadas, são de risco para dor na região dorsal (HENRIQUEZ; RIVERA; EYZAGUIRRE, 2010; MARRAS et al., 2009). Movimentos repetitivos de MMSS ou gestos realizados em contração estática têm sido relacionados à dor nesses membros e no pescoço (ALEXOPOULOS; STATHI; CHARIZANI, 2004). Trabalho em pé ou sentada, andando, agachada apontam para dor nos MMII (RIBEIRO; FERNANDES, 2011).

Quando se fala em prevenção de DME no ambiente laboral relaciona com aspectos biomecânicos, com análise de postura, e movimentos, equipamentos e mobiliários, os mais tradicionalmente analisados, desconsiderando os aspectos ligados à organização do trabalho (CHIAVEGATO FILHO; PEREIRA JUNIOR, 2004).

O trabalho é fruto da execução da tarefa que o trabalhador faz para atingir os objetivos impostos, e o trabalhador que exerce tem uma história de vida, experiências, valores, crenças, desejos (ALENCAR; CAVALCANTI; MONTREZOR, 2013). Haukka et al (2010) traz que são poucas as intervenções nas condições psicossociais do labor, fazendo com que dores musculoesqueléticas continuem a ocorrer.

5.2.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E SUAS ESPECIFICIDADES EM TRABALHADORES DA SAÚDE

A sociedade passa por intensas transformações, cujas conquistas têm afetado o indivíduo em seus aspectos individual e coletivo. As mudanças têm ocorrido com destaque no mundo do trabalho, com inovações tecnológicas e organizacionais, com múltiplas conquistas para o trabalhador, mas com a fragilidade das relações de trabalho (ANTUNES, 2000).

Neste contexto, é nítida a precarização dos trabalhadores da saúde considerando a forma de contratação, a carga horária, o trabalho físico pesado e/ou trabalho estático, as atividades que exigem movimentos de flexão e rotação da coluna vertebral (CAILLIET, 1999).

Trabalhadores da saúde (TS) são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente a prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes à área. O vínculo de trabalho no setor é o principal critério adotado na definição de quem são os TS, independentemente da formação do sujeito (PAIM, 1994).

As condições organizacionais dos trabalhadores da saúde possui dentre os principais problemas a heteronomia salarial, a jornada de trabalho diferenciada e desigual, os critérios arbitrários para ascensão funcional, a ausência de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), a falta de avaliação de desempenho ou avaliações realizadas sem critérios explícitos, a ausência das diretrizes e princípios técnico-institucionais na contratação por clientelismo, os baixos salários, a ausência de uma política de educação continuada, a polarização nas categorias majoritárias de médicos e pessoal sem formação específica (atendentes, agentes de saúde e similares), a sobrecarga de trabalho e à precariedade das condições de trabalho, os profissionais da saúde ficam sujeitos, eles próprios, a problemas de saúde (MEDEIROS; ROCHA, 2004).

Estudo realizado em um hospital universitário sobre acidentes de trabalho, concluiu que os fatores de risco associados aos profissionais de saúde são divisão de trabalho insatisfatórias, concentração de atividades excessivas, acúmulo de atribuições e a ocupação total da carga horária durante a jornada de trabalho (GUIMARÃES et al., 2005).

Além disso, os trabalhadores da saúde possuem particularidade no desenvolvimento das suas atividades laborais como corresponsabilização do cuidado, principalmente na APS, pois os profissionais se identificam como responsáveis pelo processo saúde-doença da sua comunidade (MACEDO, 2013).

Associado ao vínculo estreito do trabalhador, especialmente os ACS, com o usuário, demarcam a existência de limites tênues entre a realidade da vida pessoal e profissional,

gerando, muitas vezes, desgaste emocional, visto que o principal instrumento de trabalho são as visitas domiciliares. Vale ressaltar, que a eficiência de sua função depende das relações de confiança e proximidade com as famílias adscritas, além da exposição as precariedades das condições sociais da população atendida (MACEDO, 2013).

Os trabalhadores de enfermagem estão expostos a diversas situações de risco durante a execução do trabalho, que podem ocasionar acidentes e doenças ocupacionais. Associado as atribuições impostas a estes trabalhadores como polivalência de atividades, fragmentação, sobrecarga e ritmo de trabalho acelerado prejudicam a saúde dos mesmos (PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002).

Vale ressaltar que as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são doenças causadas, desencadeada ou agravadas por fatores presentes nos locais de trabalho, dos trabalhadores de saúde, essencialmente relacionado com as mudanças na organização do trabalho e, secundariamente, com as inovações tecnológicas resultantes da reestruturação produtiva (SALIM, 2003). Com isso, os DME são doenças ocupacionais mais frequente em todos os países independente do seu grau de industrialização (FONSECA; FERNANDES, 2010).

Os TS estão entre as categorias profissionais mais afetadas pelos DME e diversos estudos têm mostrado elevada prevalência entre diferentes grupos ocupacionais da área de saúde (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). Ressaltando estudos realizados no Canadá (NGAN et al, 2010), Nigéria (TINUBU et al, 2010), Chile (HENRÍQUEZ; RIVERA; EYZAGUIRRE, 2010), Austrália (PASSIER; MCPHAIL, 2011) e no Brasil (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012; LIMAI et al, 2014; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012).

O trabalho em saúde é considerado uma atividade ocupacional de estresse significativo. A peculiaridade do cuidado no labor dos serviços de saúde, as exigências do serviço e a falta de reconhecimento do trabalho, principalmente no setor público, expõem o trabalhador da saúde ao estresse. Nessas atividades, os trabalhadores estão expostos a situações de desequilíbrio entre os esforços empreendidos e as recompensas recebidas no trabalho. A exposição contínua a situação de desequilíbrio pode favorecer a perda da satisfação no trabalho, podendo aumentar os níveis de estresse, levando adoecimento mental desses trabalhadores (OLIVEIRA; ARAUJO, 2017).

Desta maneira, o desequilíbrio acentuado entre esforço e recompensa é desencadeador de estresse e pode levar a pessoa a diversos tipos de doenças. As condições de trabalho inadequadas intensificam o esforço realizado que, não condizente com a recompensa ou

equivalência como remuneração ou oportunidade na carreira e apoio, acabam por repercutir no padrão de motivação do trabalhador, na sua satisfação com o trabalho, elevando os custos para a continuidade da atividade laboral, o que pode levar as doenças físicas e psíquicas (OLIVEIRA; ARAUJO, 2017).

A avaliação da qualidade baseada na produtividade, na atenção básica, exige do trabalhador envolvimento adicional com a tarefa submetendo-o a considerável sobrecarga de trabalho (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Condições de trabalho precárias, tanto no que tange as condições materiais quanto as organizacionais das tarefas e atividades, refletem sobre a saúde dos trabalhadores que se mostra exaustão física e emocional, e com isso extrapola para o atendimento ao usuário, os quais, possuem perfil de refém das desigualdades e da pobreza, resultando em insatisfação generalizada no interior das unidades e no sistema de saúde (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015).

A saúde dos profissionais da saúde é negligenciada pelos gestores e pelos próprios trabalhadores, que evitam o afastamento com receio da perda salarial associado ao medo de não poder ficar doente devido o sentimento de ser responsável pela saúde de outras pessoas. Com isso, inúmeras vezes as sobrecargas de trabalho passam despercebidas ou são tidas como normais pelos próprios trabalhadores, que as consideram “ossos do ofício” (CARREIRO et al., 2013).

5.3 OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO NA OCORRÊNCIA DE SINTOMATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA

5.3.1 AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM TRABALHADORES DA SAÚDE

Na década de 1980, a Organização Internacional do Trabalho publicou documento de pedido de mobilização dos países em relação aos riscos psicossociais no trabalho. O documento explicitava que os riscos psicossociais são fatores que exercem influência sobre a qualidade da saúde do trabalhador, seu desempenho e sua satisfação no labor. Tais fatores derivam das interações entre o ambiente laboral, o conteúdo, natureza e condições de trabalho, bem como das necessidades, da cultura e condições de vida do trabalhador no contexto de vida extra-trabalho (OIT, 1986).

Os estudos no campo da saúde ocupacional demonstram que os aspectos psicossociais do trabalho têm influência na vida das pessoas podendo contribuir para alteração da saúde física e mental dos trabalhadores. Os aspectos psicossociais são causas de diversos tipos de

insatisfação: como baixo controle sobre o trabalho, tensão causada pelo ritmo acelerado, demandas quantitativas e qualitativas altas, impedimento de contato e conflitos interpessoais, ausência de apoio social, baixa possibilidade de promoção, pressão causada pelo controle automatizado, tarefas repetitivas e fragmentadas, monotonia e tédio (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2008).

A longo prazo, os fatores psicossociais relacionados ao trabalho podem contribuir para DME e outras formas de distúrbios de saúde, o que pode colaborar para redução do desempenho no labor e nas relações de trabalho (OIT, 2010).

Em relação as particularidades individuais do trabalhador abrangem-se suas habilidades e obstáculos em relação às suas cobranças no trabalho, assim como a satisfação das suas necessidades e expectativas. As condições de trabalho assim como a sua organização incluem a tarefa em si, as condições físicas, aspectos da organização, gestão e processo de trabalho e as relações humanas (OIT, 2010).

Assim sendo, os fatores psicossociais do trabalho em saúde podem afetar tanto positiva quanto negativamente. De maneira benéfica, ser fonte de realização e satisfação pessoal e profissional se estiver dentro de determinados limites adequados. É necessário que haja subsídios e suportes para que a demanda psicológica e o controle do trabalho sejam combinados de forma efetiva e com condições adequadas para o exercício das tarefas e das responsabilidades para os quais o trabalhador esteja encarregado (NEVES et al., 2017).

O trabalhador da saúde pode ser afetado negativamente, em condições de alta exigência e trabalho ativo como situações que podem gerar desgaste, estresse e danos à saúde, dentre outros aspectos maléficos da relação do trabalho, comprometedoras, do prazer e da criatividade, ou seja, do trabalho vivo, e da qualidade de vida (NEVES et al., 2017).

Há alguns anos, na literatura pesquisa-se acerca da inserção dos aspectos psicossociais como fatores de risco relevantes para o adoecimento dos trabalhadores e esse fato configura-se como relevante avanço, pois privilegiam os aspectos objetivos, ou seja, os riscos químicos, mecânicos, biológicos e físicos, mereciam destaque e eram objeto de investigação no campo da saúde do trabalhador (RUIZ; ARAUJO, 2012).

Diante disso, verifica-se que os aspectos psicossociais dos trabalhadores da saúde podem ter impacto sobre a qualidade da assistência prestada aos usuários (SANTANA, 2015). E que pode ser interferida pela qualidade de vida dos mesmos, ou seja, pelos problemas mentais, físicos e sociais que lhes afetam (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

Na APS além dos aspectos psicossociais supracitados existem problemas na estrutura das unidades de saúde ou entraves institucionais que não permitem a continuidade da prestação

do cuidado; o excesso de comprometimento com o trabalho devido o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade; além da avaliação da qualidade baseada na produtividade, que exige do trabalhador uma sobrecarga de trabalho, devido envolvimento adicional com o trabalho (ARAÚJO et al., 2016).

5.3.2 EFEITOS DO DESEQUILÍBRIO ENTRE ESFORÇO-RECOMPENSA À SAÚDE DE TRABALHADORES

Estudo de multicoorte (11 estudos de coorte prospectivo europeu), buscou avaliar o trabalho estressante em 90.164 homens e mulheres sem doenças coronárias no início da pesquisa, através de questionários validados de desequilíbrio esforço e recompensa (ERI) e tensão no trabalho. A doença coronária incidente foi definida como o primeiro infarto agudo do miocárdio não fatal ou morte coronária (DRAGANO et al., 2017).

No início do estudo, 31,7% dos pesquisados relataram ERI no trabalho e 15,9% tensão no trabalho. Durante um acompanhamento médio de 9,8 anos, 1.078 eventos coronários foram registrados. Após o ajuste para possíveis fatores de confusão, uma razão de risco 1,16 (intervalo de confiança 1,00-1,35) foi observada para o desequilíbrio esforço-recompensa em comparação com nenhum desequilíbrio. A taxa de risco foi 1,16 (1,01-1,34) por ter desequilíbrio esforço-recompensa ou tensão no trabalho e 1,41 (1,12-1,76) por ter ambos os estressores em comparação com não ter desequilíbrio esforço-recompensa nem tensão no trabalho. Com isso, evidenciou que o desequilíbrio entre altos esforço e baixas recompensa no trabalho define inúmeros riscos específicos relacionados ao trabalho para doença cardíaca coronária que é independente da tensão no trabalho, com isso medidas preventivas e políticas que abordam este desequilíbrio podem reduzir a incidência de doenças, especialmente quando associadas com abordagens destinadas a prevenir o estresse no trabalho (DRAGANO et al., 2017).

Estudo realizado com 207 enfermeiras em um hospital universitário na Alemanha, em ambos os turnos, sendo 60,4% tinham menos de 30 anos, 83% da amostra trabalhava em período integral, com experiência que variou de 3 a 39 anos, com média de 10,5 anos e mediana de 8 anos testou a hipótese de que um desequilíbrio entre altos esforços extrínsecos desprendidos, ou seja, a demanda de trabalho, e baixa recompensa extrínseca obtidas estão associados a síndrome de burnout, o esgotamento emocional das profissionais (BAKKER et al., 2000).

Os resultados demonstraram que os profissionais que tiveram desequilíbrio entre o esforço e recompensa associado à exaustão emocional e despersonalização. Além disso, a interação significativa entre ERI e esforço intrínseco revelou que os níveis de exaustão emocional foram elevados entre os enfermeiros que vivenciara um desequilíbrio e que tinham

uma forte tendência a estar pessoalmente no controle sobre as condições de trabalho. Também, os sentimentos de realização pessoal dos enfermeiros foram mais baixos entre aqueles que experimentaram incompatibilidade entre demandas e recompensas e que colocaram muito esforço intrínseco em seu labor (BAKKER et al., 2000).

Estudo epidemiológico realizados com 197 trabalhadores, 105 homens e 91 mulheres, brancos, com idade entre 45 e 59 anos, recrutados na coorte epidemiológica de Whitehall II, diaristas baseados na área de Londres, sem planejamento para se aposentar por pelo menos 3 anos, sem histórico de doença cardíaca coronária, sem diagnóstico prévio ou tratamento para hipertensão. Avaliou a resposta do cortisol salivar, com coleta de 10 amostras em um único dia de trabalho, com medidas ao acordar e, 30 minutos depois e, em seguida, dentro de 8 janelas de tempo de 30 minutos em intervalos de 2 horas ao longo do dia e da noite (STEPTOE et al., 2004).

As respostas de cortisol ao acordar tiveram associação positiva ao comprometimento excessivo em homens, com aumentos médios entre a vigília e 30 minutos de 14,5 e 4,2 nmol/l nos grupos de alto e baixo supercomprometimento, após ajuste para idade, posição socioeconômica, tabagismo, tempo de despertar e demandas de trabalho. O cortisol em média de 8 amostras ao longo do dia de trabalho também foi relacionado comprometimento excessivo em homens, com uma diferença média de 22% entre os grupos de alto e baixo empenho. O comprometimento excessivo previu a pressão arterial sistólica ao longo do dia em homens após ajuste para idade, tabagismo, índice de massa corporal, atividade física e controle de trabalho, com médias ajustadas de 132,2 e 125,8 mmHg em grupos de alto e baixo comprometimento. Houve uma interação significativa entre comprometimento excessivo, posição socioeconômica e hora do dia nos homens ($p= 0,016$), porque a pressão sistólica foi maior em homens com status mais baixo e supercomprometidos, e aumentou ao longo do dia. Não houve desequilíbrio esforço-recompensa nem o alto empenho nas respostas biológicas das mulheres. Assim a ativação neuroendócrina e cardiovascular crônica pode mediar o impacto do comprometimento excessivo com o trabalho no risco de doença cardiovascular em homens (STEPTOE et al., 2004).

Uma revisão dos estudos epidemiológicos prospectivos, com período de observação de 1 ano a cerca 25 anos (média de 8 anos), demonstrou que as razões de chance ou razões de risco significativamente elevadas variam entre 1,3 (mais baixa) e 4,5 (mais alta) com a média geral de 2,0. Isso significa que os indivíduos que experimentaram a falta de reciprocidade no labor (alto esforço e baixa recompensa) são duas vezes mais susceptíveis às doenças cardiovasculares, à depressão e ao alcoolismo. A maioria das pesquisas realizadas investigou a

relação entre o estresse no trabalho e fatores de risco cardiovascular, doença coronariana ou transtornos mentais, principalmente a depressão. As evidências são preponderantes em homens em relação às mulheres e para doença coronariana. Os efeitos são atribuídos ao componente extrínseco do modelo (razão esforço/recompensa) e ao componente intrínseco (comprometimento excessivo) (SIEGRIST, 2005).

Pesquisa realizada em três hospitais universitários da China, entre 192 trabalhadores do sexo masculino e 608 do sexo feminino buscou testar a confiabilidade e validade da versão chinesa do questionário de ERI de 23 itens e analisar sua associação com a insatisfação no trabalho (LI et al., 2005).

Os resultados da pesquisa indicaram que 76% da amostra eram do sexo feminino e 62,4% eram casados. A idade média de homens e mulheres foi de 33,5 e 29,5 anos, respectivamente. Dos homens, 35,6% e 63,4%, respectivamente, fumavam e bebiam álcool, enquanto poucas mulheres o faziam. A duração média do trabalho em saúde foi de 10,6 anos nos homens e 9,1 anos nas mulheres. Os homens tiveram mais horas extras de trabalho do que as mulheres (9,9 horas vs 3,5 horas por semana). Assim, os homens, em média, ocupavam cargos e salários mais elevados do que as mulheres. A maioria dos médicos do sexo masculino atuava nos departamentos de medicina interna e cirurgia, enquanto a amostra de médicas e enfermeiras foi distribuída de maneira mais uniforme pelos departamentos. A prevalência de insatisfação no trabalho entre homens e mulheres foi bem comparável (47,4% vs 49,2%). Após o ajuste por idade, os homens sofrem um maior grau de estresse no trabalho. A consistência interna de todas as escalas é satisfatória, com α de Cronbach de 0,78 para 'esforço', 0,81 para 'recompensa' e 0,74 para 'supercomprometimento' (LI et al., 2005).

O desequilíbrio entre alto esforço e baixa recompensa em trabalhadores de saúde chineses foi associado a um risco cinco vezes maior de insatisfação no trabalho. Aferir um ambiente de trabalho psicossocial adverso de maneira confiável e válida em populações peculiares, como trabalhadores de saúde chineses, é um pré-requisito indispensável para o desenvolvimento de medidas preventivas direcionadas contra o risco emergente de doença ocupacional (LI et al., 2005).

Pesquisa realizada com 105 técnicos de prótese dentária do sexo masculino no Japão, mostrou que 46% dos participantes trabalhava por conta própria, com uma média de idade de 41,3 (desvio padrão de 10,4) anos, com horas médias trabalhadas/semana de 62,5 (desvio padrão de 20,5), o que indica alta intensidade geral de trabalho no grupo participante. Houve associações significativas entre componentes do ERI e sintomas musculoesqueléticos. A análise de regressão logística revelou um risco significativamente elevado de sintomas

musculoesqueléticos em participantes com pontuação alta na escala que mede o componente intrínseco do modelo, 'supercomprometimento' com um odds ratio significativamente elevado de sintomas musculoesqueléticos em pessoas supercomprometidas versus não supercomprometidas (odds ratio (OR) = 4,6, intervalo de confiança de 95% (IC) = 1,5 ± 13,7) (TSUTSUMI et al., 2001).

Estudo entre trabalhadores de instituições de ensino e pesquisa brasileiras demonstrou associação entre dimensões do ERI (esforço, recompensa, razão esforço-recompensa, desequilíbrio esforço-recompensa e comprometimento excessivo) e DME em qualquer local. Após ajustes, quanto menor a recompensa e maior o comprometimento excessivo no trabalho, maiores foram as chances de ocorrência da DME. Ainda, o espalhamento do DME segundo número de locais e de regiões associou-se a menor a recompensa, maior esforço, maior comprometimento excessivo e maior razão esforço-recompensa. O desequilíbrio esforço-recompensa associou-se ao DME generalizado (RUELA, 2020).

5.3.3 SINTOMATOLGIA MUSCULOESQUELÉTICA EM TRABALHADORES DA SAÚDE

Os trabalhadores da saúde são os indivíduos que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, dentro dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções concernentes à área. O principal critério adotado na definição de quem são os trabalhadores da saúde é o vínculo de trabalho no setor, independente da formação do indivíduo (PAIM, 1994).

Assim a sobrecarga de trabalho, somada à elevada e necessária produtividade, pode interferir na rotina e estilo de vida dos trabalhadores da saúde, contribuindo para o adoecimento e redução da qualidade de vida, favorecendo o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho (HAIKAL et al., 2013).

Das doenças ocupacionais, os distúrbios musculoesqueléticos (DME) são um problema de saúde pública e dos mais graves no campo da saúde do trabalhador. Sabe-se que o desenvolvimento do DME é multicausal, sendo indispensável a avaliação dos fatores de risco, direta ou indiretamente, a ele relacionado (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2008). Estes, são responsáveis por elevados índices de absenteísmo e incapacidade temporária ou permanente, com reflexos negativos para qualidade dos serviços de saúde prestados (TINUBU et al., 2010).

As regiões do corpo mais prevalentes dos DME são a região lombar, pescoço, ombro, membros superiores e inferiores (PEREIRA, 2015). O distúrbio clínico, sintomas da doença, as lesões e incapacidades, modifica em cada indivíduo, de acordo com os fatores de risco e

características vulneráveis individuais, representando alta variação de resposta psicológica e social (WORKPLACE, 2001).

É sabido, que a dor é o principal sintoma dos DME, com origem multifatorial e prevalentes em trabalhadores da saúde (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). Associado aos fatores psicossociais negativos esses DME desencadeiam ou agravam a dor musculoesquelética, aliado a características individuais, como idade, comportamentos (tabagismo, sedentarismo, entre outros) e comorbidades (DARAISEH et al., 2010).

A não proporcionalidade entre o esforço despendido no trabalho e a recompensa recebida tem relação com o aparecimento de dores na região lombar (LAU, 2008; RUGULIES; KRAUSE, 2008; BERNARD et al., 2011, SEMBAJWE et al., 2012; PEKKARINEN et al., 2013).

Fatores biomecânicos, como carregamento de peso e manutenção de posturas estáticas e prolongadas, são de risco para a dor no dorso (HENRÍQUEZ; RIVERA; EYZAGUIRRE, 2010). Movimentos insistentes de MMSS ou práticas realizadas em contração estática têm sido associados à dor nesses membros e no pescoço (ALEXOPOULOS; STATHI; CHARIZANI, 2004).

Em profissionais do setor saúde de Belo Horizonte, por exemplo, foram encontradas elevadas prevalências de DME entre os dentistas, técnicos de odontologia e em ACS. Entre os técnicos, especificamente, as queixas de dores nos MMII e região dorsal estiveram associadas aos deslocamentos para realização das visitas domiciliares (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). Além disso, o fato de ficar em pé por tempo prolongado, as inadequações do espaço e mobiliário dos domicílios e os gestos e movimentos necessários para a realização das atividades exercidas durante o cuidado podem cooperar para ocorrência desse evento nessas categorias profissionais (TRINDADE et al., 2007; NASCIMENTO; DAVID, 2008).

Já entre auxiliares e técnicos de enfermagem, a prevalência de DME em membros inferiores, caracterizada por dor ou desconforto em coxa ou joelhos, pernas e pé ou tornozelos, e esteve associada à demanda física, demanda psicossocial do trabalho, condicionamento físico precário e obesidade (RIBEIRO; FERNANDES, 2011).

Na Grécia, 62% dos dentistas relataram pelo menos uma queixa de dor musculoesquelética (ALEXOPOULOS; STATHI; CHARIZANI, 2004). Em contrapartida, um estudo realizado com a mesma classe de profissionais na Austrália revelou que 87,2% dos sujeitos relataram pelo menos uma queixa da dor (LEGGAT; SMITH, 2006).

De acordo com a Instrução Normativa do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) nº 98/2003, os fatores de risco para distúrbios musculoesqueléticos podem ser: grau de adequação

do posto de trabalho à zona de atenção e à visão; frio, vibrações e pressões locais sobre os tecidos; posturas inadequadas; carga osteomuscular; carga estática; invariabilidade da tarefa; exigências cognitivas e fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho.

Em 2017, no Brasil, as doenças do trabalho mais incidentes foram lesões no ombro (19,27%), sinovite e tenossinovite (10,8%) e dorsalgia, (6,44%), enfermidades que podem ser classificadas como DME, o que correspondeu 34,53% do total de acidentes de trabalho registrados (Brasil, 2017b).

Esses dados da Previdência Social necessitam de discussão quando se tratam de trabalhadores da APS, devido aos diversos vínculos existentes, destacando os trabalhadores da higienização e segurança, que apesar de ser uma pequena parcela, são terceirizados por empresas privadas e tem suas informações de acidente de trabalho registrada na previdência social. A maioria desses trabalhadores são servidores públicos e, com isso, não fazem parte dos dados estatísticos cobertos pela Previdência Social (PEREIRA, 2015).

Assim, para entendimento dos DME deve ser analisada questões ergonômicas, acrescidas das dimensões psicossociais no contexto laboral, visto que identificar as causas desses distúrbios e planejar ações que visem redução de danos, preservando a saúde do trabalhador é indispensável para se alcançar melhores níveis de saúde ocupacional e relações mais harmoniosas entre trabalho e o trabalhador da APS, o que poderá contribuir para melhoria do atendimento aos usuários, favorecendo assim a qualidade dos serviços públicos (HAIKAL et al., 2013).

5.3.4 SITUAÇÕES DE DESEQUILÍBRIO ENTRE ESFORÇO-RECOMPENSA E SINTOMATOLOGIAS MUSCULOESQUELÉTICAS EM TRABALHADORES DA APS

Os trabalhadores da APS convivem, cotidianamente, com a realidade vivenciada pela população da área de cobertura da ESF e estão expostos a ambientes perigosos decorrentes dos cenários de pobreza e desigualdades sociais vivenciadas nos territórios adstritos (BRAGA et al., 2010).

Associado a altas demandas de trabalho, poucos recursos, falta de condições adequadas para exercer as atividades laborais, instabilidade no trabalho, baixa remuneração e comprometimento profissional excessivo pode haver tensões e conseqüentemente risco à sua saúde, conforme foi proposto por Siegrist no modelo de Desequilíbrio Esforço Recompensa (DER) (SIEGRIST et al., 2004).

Os trabalhadores da APS exercem uma atividade laboral singular, pois é um trabalho de cuidado humano e desenvolvido, na maioria das vezes, de maneira coletiva, isso é certamente

uma premissa para a produção do cuidado em saúde (DIMARZIO GIULIANO, 2011). Isso implica relações entre profissionais e usuários dos serviços e seus familiares, entre os componentes das equipes e entre profissionais e gestores (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Este processo de trabalho exige uma dinâmica interação entre as tecnologias duras (instrumentos), leves (relações entre sujeitos) e leve-duras (o saber científico estruturado) (DIMARZIO GIULIANO, 2011).

Assim, quando existe um esforço despendido maior que a recompensa, surgem conflitos emocionais e aumenta o risco de doenças (SIEGRIST; PETER, 1996). Estudos demonstram que trabalhadores com alto esforço e baixa recompensa evidenciam sintomas gastrointestinais, distúrbios musculoesqueléticos, baixa imunidade e maior risco adquirir doenças contagiosas (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009).

Entretanto, indivíduos que trabalham satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida e menores percentuais de adoecimento físico e mental (LIMA et al., 2014). Com isso, a satisfação e insatisfação influencia no desempenho do trabalhador (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011); com consequências no processo de adoecimento, nos acidentes de trabalho, no absenteísmo e nos erros; comprometendo entre vários aspectos, a segurança do usuário (RICHARDSON, 1985).

O elevado índice de DME vinculados ao trabalho tem elucidação pelas modificações do processo de trabalho das empresas em razão das exigências do mundo globalizado, não levando em consideração os limites físicos e psicossociais dos trabalhadores. Estes DME determinam um conjunto de sinais e sintomas, concomitantes ou não, como algia, desconforto, parestesia, sensação de peso, fadiga, limitação do movimento e incapacidade para exercer as atividades laborais; que podem começar de maneira enganadora e evoluir rapidamente, caso não ocorra alteração das condições de trabalho (BRASIL, 2012a).

Estudos evidenciam que o trabalho no SUS possui especificidades com repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Diante disso, é indispensável adequações dos ambientes laborais para proteção dos trabalhadores envolvidos na prestação de assistência à saúde dos usuários (ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2012).

Com relação ao esforço e recompensa no trabalho, na APS, foi encontrado que aproximadamente dois terços dos trabalhadores apresentam desequilíbrio (HAIKAL et al., 2013). Outro estudo, traz que 46,2% dos trabalhadores da saúde na APS vivenciam situações de DER no labor (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

Siegrist et al. (2004) asseguram que o modelo DER associa informações subjetivas sobre as demandas do trabalho executado que exigem recompensas; e informações de cunho pessoal, distinta com a possibilidade de lidar com as demandas e desafios do labor, caracterizada por dedicação excessiva, na qual há esforço e uma alta necessidade de aprovação. Para trabalhadores com maior qualificação, a recompensa significa estima e reconhecimento; para os menos qualificados, significa segurança no trabalho (SIEGRIST, 2012).

Diante disso, o DER acentuado no trabalho é desencadeador de estresse e pode acarretar adoecimento em indivíduos com dificuldade de adaptação. As condições de trabalho inadequadas intensificam o esforço realizado que, equivale a recompensa como salários ou ascensão na carreira, findam em repercutir no padrão de satisfação do trabalhador, na motivação com seu trabalho, acentuando os custos objetivos e subjetivos para a continuidade da atividade profissional, o que pode levar a doenças físicas e mentais (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

Este estudo foi derivado do projeto de pesquisa multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da Bahia”. Desenvolvido pela Universidade Estadual de Feira de Santana /BA (UEFS) em parceria com quatro universidades baianas: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF) e Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio do edital Pesquisas Prioritárias para o SUS (PPSUS) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), edital Universal.

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, utilizado por outros pesquisadores em investigações para avaliar a relação exposição/ doença e agravo em grupos semelhantes da população. Neste tipo de estudo, fator e efeito são observados simultaneamente, permite avaliações instantâneas das situações de saúde, ou seja, investiga exposição e desfecho no mesmo momento (PEREIRA, 2001).

6.2 Local do estudo

Esta pesquisa incluiu trabalhadores da saúde dos municípios de Feira de Santana, Itabuna, Jequié, Itaberaba, Santo Antônio de Jesus e o Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador, todos situados no Estado da Bahia. Este está localizado na região Nordeste do Brasil e ocupa a 22ª posição em Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no país (IDH=0,66). Em cada município foi formada uma equipe de pesquisa local vinculada a uma universidade parceira.

Salvador é a capital baiana sendo a cidade mais populosa com 2.886.698 habitantes (IBGE, 2010), o Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador continha 69.088 habitantes (SALVADOR, 2012). A Rede Básica era composta por duas Unidades de Saúde da Família (USF) em que estavam alocadas quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) (23,2% de cobertura) e por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS). A rede de média complexidade era constituída por um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (SANTANA, 2015).

Feira de Santana é o segundo maior município do Estado, com uma população estimada de 556.642 habitantes (IBGE, 2010). O sistema de saúde do município contava com uma rede básica de saúde constituída por 127 Unidades de Saúde da Família (USF) / Centros de Saúde (CS), comportando 83 ESF (cobertura de 59,6% da população), 08 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), 15 UBS e 32 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A rede de média complexidade era constituída por seis policlínicas, um Hospital Especializado, cinco Centros de Referência sendo: um Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, um em Diabetes Mellitus, um em Saúde da Mulher, um em Dermatologia Sanitária, um em Hipertensão Arterial e um em Saúde do Trabalhador (CEREST), atendendo às demandas da população de Feira de Santana e das cidades pactuadas com a mesma, cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Combate as Endemias e um Centro de Especialidades Odontológica (CEO) (SANTANA, 2015).

Itabuna é o quinto município mais populoso da Bahia, com 204.667 habitantes (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era composta por 23 ESF lotadas em 16 USF (45,0% de cobertura populacional) e 10 UBS. A rede de média complexidade era constituída por um CAPS Álcool e Drogas; um CAPS infantil; um CAPS II; dois Centros de Referência; um CEREST; um Centro de Prevenção em Oncologia; um Centro de Referência em Doenças de Anemia Falciforme; um Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano; um Centro de Referência de Hipertensão Arterial e Diabetes; um CEO; uma Policlínica; um Programa Ótico para a Infância; e um Centro de Referência em Saúde do Idoso (SANTANA, 2015).

Jequié é o nono município mais populoso da Bahia, com população de 151.895 habitantes (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era composta por 24 ESF alocadas em 15 USF (61,9% de cobertura) e quatro UBS. A rede de média complexidade era composta por um ambulatório de Saúde Mental; um CEREST; um Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação; um CEO; um Centro de Referência em Saúde Sexual; dois CAPS (SANTANA, 2015).

Santo Antônio de Jesus é o décimo sétimo município mais populoso do Estado, com população estimada de 90.985 habitantes (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era constituída por 24 USF/CS lotadas em 21 ESF lotadas em 19 USF (cobertura de 83,9%); duas UBS com duas equipes do PACS. A rede de média complexidade era composta por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); uma Policlínica; um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e um CEREST (SANTANA, 2015).

Itaberaba é o trigésimo terceiro município mais populoso da Bahia, com 61.631 habitantes (IBGE, 2010). A rede básica de saúde era constituída por 09 ESF, 02 UBS, 01 NASF, 06 PACS. A rede de média complexidade era composta por 01 CAPS e 02 Policlínicas.

6.3 Participantes do estudo

A população do estudo multicêntrico foi constituída por trabalhadores da atenção primária e média complexidade da rede de saúde dos municípios supracitados. Para definição da população do estudo foi realizada após levantamento prévio da estruturação da força de trabalho dos serviços junto às Secretarias Municipais de Saúde. Delimitou-se o número e tipos de serviços disponíveis, número de trabalhadores e suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica nos municípios.

Para este estudo, foram incluídos todos os trabalhadores da rede de atenção básica dos municípios investigados que estavam em pleno exercício das suas atividades e que aceitaram participar da pesquisa. As categorias de trabalhadores da saúde foram: técnico de nível superior; enfermeiro; médico; odontólogo; administrativo; agente comunitário de saúde; técnico de nível médio; agente de serviços gerais; técnico de enfermagem; vigilante; e outros, ou seja, profissionais que não se enquadraram em nenhuma das categorias propostas, por exemplo: motorista, ascensorista, entre outros.

A população de estudo foi selecionada por amostragem aleatória estratificada. Com base nos dados de trabalhadores fornecidos pelas secretarias municipais de saúde de cada município e conferidos nos locais de trabalho por visitas prévias da equipe de pesquisa, selecionou-se a amostra considerando estratos de localização geográfica, nível de complexidade dos serviços (atenção primária e de média complexidade) e grupo ocupacional.

6.4 Instrumento de coleta

O instrumento de coleta de dados (ANEXO A) foi um questionário estabelecido a partir de estudos já realizados pelo grupo de pesquisadores. Este instrumento continha oito blocos de questões que incluem informações sobre:

Bloco I – Informações sociodemográficas: sexo; idade; existência de filhos; situação conjugal; presença de filhos, escolaridade e cor da pele autorreferida.

Bloco II – Informações gerais sobre o trabalho: cargo exercido; tempo de trabalho na ocupação; vínculo de trabalho; tempo de trabalho no serviço público; tempo de trabalho na unidade; capacitação para o trabalho; educação continuada; compatibilidade entre as atividades com o cargo exercido; turno de trabalho no serviço; jornada real de trabalho; direitos do trabalho (13º salário; folgas; férias remuneradas; 1/3 adicional de férias); trabalho em outro local; jornada total de trabalho semanal.

Bloco III- Sobre o ambiente de trabalho: presença de equipamentos, a relação entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis, contato com materiais perfurocortantes, biológicos, demandas físicas e demandas psicossociais do trabalho.

Bloco IV – Características psicossociais do trabalho: *Job Content Questionnaire* (JCQ), *Effort-reward imbalance* (ERI), satisfação no trabalho; avaliação da qualidade de vida.

Bloco V – Atividades domésticas e hábitos de vida: número de moradores na residência; cuidado a menores de sete anos e a idosos/doentes; atividades domésticas realizadas (cozinhar; passar roupa; limpeza; lavagem de roupas; consertos na residência; feira/supermercado); responsabilidade pelas atividades domésticas; dias despendidos para a realização das atividades domésticas; horas diárias de dedicação; realização e frequência de atividades de lazer; frequência de atividades físicas; tabagismo; etilismo e grau de dependência alcoólica.

Bloco VI – Capacidade para o trabalho: capacidade para o trabalhador executar suas atividades, no presente e futuro; capacidade de executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais.

Bloco VII – Aspectos relacionados à saúde do trabalhador: estado de saúde autorreferida; diagnóstico médico para doenças envolvendo os vários sistemas orgânicos; queixas de saúde; absenteísmo; acidentes de trabalho; e o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Bloco VIII – Atos de violência (vitimização): segurança pessoal no ambiente de trabalho, segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho, histórico de agressão (física e/ou verbal) praticado por chefes, colegas de trabalho, usuários do serviço de saúde, familiares, acompanhantes, vizinhos do usuário do serviço, de saúde; histórico de agressão (física e/ou verbal) fora do trabalho; renda mensal.

6.5 Coleta dos dados

A pesquisa teve início com autorização da gestão municipal e unidades de saúde. Para o trabalho de campo houve aplicação de um projeto piloto em uma cidade baiana com 30 trabalhadores de saúde, com intuito de treinar os pesquisadores, padronizar a conduta dos entrevistadores na coleta de dados e garantir preenchimento correto do questionário pelos mesmos. Além do treinamento, foi elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas, para o treinamento das equipes de coleta, que foi composta por estudantes universitários.

Os dados foram coletados entre os anos de 2011 e 2012 por meio de visita às unidades de saúde nas quais os trabalhadores atuavam.

A aplicação do instrumento de coleta foi por meio do autopreenchimento e por entrevistas. O autopreenchimento foi adotado apenas para os trabalhadores de nível superior, enquanto a entrevista foi feita para os trabalhadores de nível médio e fundamental de ensino.

As recusas foram consideradas nas situações em que, após apresentação e esclarecimento sobre o estudo para o trabalhador, este não aceitou participar.

6.6 Variáveis

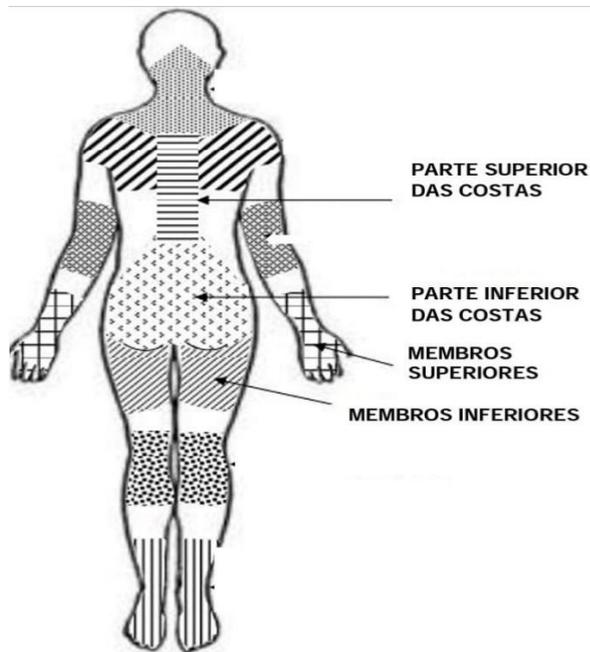
Desfecho

O desfecho foi a sintomatologia musculoesquelética, avaliada pela queixa de dor autorreferida, em três segmentos corporais: membro inferiores (MMII), pela questão sobre dor nas pernas; membros superiores (MMSS), pela questão sobre dor nos braços e região dorsal (figura 3), composta pelas questões sobre dor na parte superior e inferior das costas. Cabe destacar que os três itens não compõem ou fazem parte de instrumentos validados, porém, o uso desses na investigação da sintomatologia musculoesquelética tem sido utilizado por outras pesquisas (GRAÇA; ARAÚJO; SILVA, 2006; SOUZA; COLUCI; ALEXANDRE, 2009; MERGENER; KEHRIG; TRAEBERT, 2008).

Estes itens estão presentes no bloco VII do instrumento, aspectos relacionados à sua saúde, através do questionamento: “Se você sente algum problema de saúde (dor nas pernas, dor parte inferior das costas, dor nos braços, dor parte superior das costas) com que frequência ele acontece”. Para cada segmento corporal, investigou-se a frequência de dor utilizando escala do tipo Likert (0 =nunca, 1= raramente, 2= pouco frequente, 3= frequente e 4= muito frequente).

Neste estudo, foi considerada como queixa de dor musculoesquelética quando o trabalhador referiu a queixa álgica como "frequente" ou "muito frequente", para cada região corporal mencionada na figura 3.

Figura 3 – Regiões de localização dos sintomas musculoesqueléticos



FONTE: HUGUE; JÚNIOR (2011).

Variável de exposição principal

Para avaliar as situações de esforço-recompensa, foi utilizado o modelo do desequilíbrio entre os esforços e recompensas no trabalho, o *Effort Reward Questionnaire* (ERI), de Siegrist (1996).

Este modelo afirma que a reciprocidade fracassada com altos esforços despendidos e baixas recompensas recebidas, possivelmente levará a emoções negativas recorrentes e respostas sustentadas ao estresse em pessoas expostas. Por sua vez, as emoções positivas evocadas promovem o bem-estar, a saúde e a sobrevivência. Assim, no trabalho o desequilíbrio entre altos esforços e baixa recompensa é mantido nas condições de contratos de trabalho mal definidos ou trabalhadores com pouco poder de escolha de locais de trabalho alternativo, seja por baixa qualificação, falta de mobilidade ou mercado de trabalho precário. Também, por funcionários supercomprometidos que sofrem de percepções inadequadas, com isso correm maior risco de adoecimento (SIEGRIST, 2012).

O modelo de desequilíbrio esforço-recompensa (ERI) tem sido usado para avaliar o impacto, na saúde, do estresse no ambiente de trabalho (CHOR et al., 2008).

Essa escala foi construída a partir de um questionário autopreenchível, contendo 17 itens em sua versão reduzida, com respostas que utilizaram escala do tipo *Likert*, organizadas em três

escalas unidimensionais: esforço (05 itens), recompensa (06 itens) e comprometimento excessivo (06 itens). As respostas variam com itens que vão de concordo totalmente a discordo totalmente (SIEGRIST, 2012).

Para o cálculo dos indicadores propostos no modelo, foi feito o somatório das questões que avaliam cada escala, como também calculada a relação entre esforço e recompensa utilizando a fórmula $ER = \text{esforço/recompensa} \times 0,5454$ (fator de correção). Portanto, foram gerados três escores.

Posteriormente, para dicotomizar os escores obtidos e classificá-los em alto e baixo esforço, a mediana foi utilizada como ponto de corte, originando dois grupos. Os escores menores ou iguais à mediana foram definidos como baixo e os valores maiores que a mediana foram definidos como alto (SIEGRIST, 2012). Além da avaliação pela mediana, as escalas geradas também foram investigadas segundo tercís.

Para o resultado da função ER, obtida pela divisão entre esforço e recompensa, o resultado igual a um indicou experiência equilibrada entre esforço e recompensa. Já proporções maiores que um, foi definido como de desequilíbrio entre esforço e recompensa (exposição). A construção dessa razão orienta como uma estimativa aproximada dos custos e ganhos experimentados na vida profissional cotidiana. Assim, a razão pode capturar parte das reações de deformação que seriam perdidas se a medição do desequilíbrio fosse baseada exclusivamente na avaliação subjetiva.

Covariáveis

Foram investigadas as variáveis do questionário do projeto-mãe, conforme o quadro abaixo:

Quadro 3 - Covariáveis do estudo

Variável	Tipo de variável	Categorias
Variáveis sociodemográficas		
Sexo	Qualitativa	Masculino Feminino
Idade	Quantitativa	19 a 40 anos 41 a 59 anos A partir de 60 anos
Presença de filhos	Qualitativa	Sim Não
Estado civil	Qualitativa	Solteiro (a) Casado (a) /União consensual, estável Viúvo (a) /Divorciado (a) / separado (a) / Desquitado (a)

Escolaridade	Quantitativa	Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior Completo
Raça/cor	Qualitativa	Branca/Amarela Parda/Índigena/Preta
Renda	Quantitativa	0 a 2000 reais 2001 a 5000 reais 5001 a 10000 reais 10001 a 60000 reais
Informações gerais sobre o trabalho		
Categoria profissional	Qualitativa	Administrativo/Técnico nível médio Agente serviço de saúde/ACS/TE Serviços gerais/vigilante/outros Profissionais nível superior
Vínculo atual	Qualitativa	Concursado Setor privado Cooperativa/Estagiário Cargo de confiança
Tempo de trabalho total	Quantitativa	0 a 15 anos 16 a 30 anos Acima de 30 anos
Tempo total de trabalho no serviço público	Quantitativa	0 a 15 anos 16 a 30 anos Acima de 30 anos
Jornada de trabalho no município	Quantitativa	Até 8h/semana De 8 a 20h/semana 24 a 36h/semana 40h ou mais/semana
Turno de trabalho	Qualitativa	Manhã/Tarde/Manhã e tarde Plantão Noturno
Atividades compatíveis com o cargo	Qualitativa	Sim Não
Direito a 13º salário	Qualitativa	Sim Não
Direito a folga	Qualitativa	Sim Não
Direito a adicional de férias	Qualitativa	Sim Não
Quantidade de vínculos	Quantitativa	Um vínculo 2 ou mais vínculos
Ambiente de trabalho		
Ambiente físico adequado	Qualitativa	Sim Não
Equipamentos/ materiais	Qualitativa	Sim Não
Ambiência adequada	Qualitativa	Sim Não
Jornada semanal com renda	Quantitativa	0 a 40 h/semana 41 a 60 h/semana Mais de 60 h/semana
Atividades domésticas e hábitos de vida		
Participa de atividades regulares de lazer	Qualitativa	Sim Não
Pratica atividade física	Qualitativa	Sim Não
Frequência da prática de atividades físicas	Qualitativa	1 a 2 vezes / semana 3 ou mais vezes/ semana
Consumo de Tabaco	Qualitativa	Nunca fumou/ex fumante Fumante atual
Consumo bebida alcoólica	Qualitativa	Sim Não

Aspectos relacionados à sua saúde		
Estado de saúde autorreferida	Qualitativa	Muito bom/Bom Regular Ruim/Muito ruim
Possui morbidade	Qualitativa	Não Sim

FONTE: Autoria própria (2022)

6.7 Análise de dados

A análise de dados foi direcionada a caracterização dos participantes do estudo segundo variáveis selecionadas. A primeira parte foi a análise descritiva que incluiu o cálculo das frequências absolutas, proporção das variáveis para as variáveis categóricas segundo características sociodemográficas, informações gerais sobre o trabalho, ambiente de trabalho, hábitos de vida e aspectos relacionados a saúde. Em seguida foi utilizada estatística descrita (média e desvio-padrão) para as variáveis discretas e contínuas.

Para análise bivariada, foram investigadas as frequências simples e relativa do cruzamento das variáveis independentes segundo situações de esforço recompensa. Para avaliar a associação entre as variáveis independentes e os desfechos, a razão de prevalência (RP) com seus respectivos Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) foram utilizadas como medida de associação e os valores de probabilidade do teste qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$) foram utilizadas como medida de significância estatística.

A modelagem de regressão logística multivariável foi empregada para avaliação do efeito simultâneo das variáveis independentes e a dor musculoesquelética nos três segmentos corporais. O método de regressão logística permite investigar o efeito simultâneo de diversas variáveis independentes e um desfecho, permitindo o controle de fatores de confusão, e ajuste para interação. Nesse método, o desfecho, a variável de exposição principal e covariáveis foram analisadas simultaneamente (BARROS et al.; 2012). Ressalta-se que o modelo de regressão logística produz medidas de *odds ratio* (OR) que permitirá interpretabilidade biológica e aproximação com as RP.

O modelo inicial foi selecionado de acordo o tipo de variável, com critérios estatísticos para entrada na análise (estatística de qui-quadrado de Pearson). No modelo intermediário, utilizou critérios, estatísticos e teóricos, de saída e permanência das variáveis. Nessa fase foram observados, o número de observações, o valor do teste de probabilidade de cada variável (valor de p), o valor de AIC (*Akaike Information Criterion*), o valor de BIC (*Bayesian Information Criterion*), a razão de verossimilhança (*Likelihood ratio*) e o coeficiente de determinação (R^2). A última fase foi a avaliação e diagnóstico do modelo, onde procedeu a verificação dos pressupostos de acordo o tipo de modelagem utilizada, com isso constituiu o modelo final.

Para diagnóstico do modelo foram investigados os erros de especificação, teste de bondade do ajuste, multicolinearidade, curva ROC e observações influentes.

Os erros de especificação do modelo permitiram apontar inconsistências na composição do desfecho ou variáveis preditoras. Assim, observou com base no resultado elaborado da modelagem, se houve correspondência. A não correspondência pode ser encontrada na variável resposta ou nas variáveis preditoras. Essa avaliação foi baseada a partir de dois parâmetros através do *Linktest*, o *hat* e o *hatsq*. O *hat* representou os valores obtidos que avaliaram a especificação global do modelo, apontando que o modelo está bem especificado, quando o valor de probabilidade, foi menor ou igual a 0,05. Através do *hatsq* que avaliou o quanto as variáveis preditoras especificaram o modelo e, nesse o valor de probabilidade maior ou igual a 0,05 indicou que o modelo estava apropriadamente especificado, ou seja, as variáveis preditoras especificaram o modelo corretamente. Caso contrário, (*linktest* positivo) o modelo não estava especificado.

A bondade do ajuste é realizada através do teste Goodness-of-Fit, conhecido também como Teste de Hosmer-Lemeshow ou teste de Le Cessie-van Houwelingen- Copas -Hosmer. A bondade do ajuste calculou a diferença entre a frequência dos valores observados e valores preditos e quanto mais próximo os valores observados estiverem dos valores preditos melhor será o ajuste do modelo. É uma excelente medida para avaliar o ajuste global do modelo. Valores de probabilidade do teste acima de 0,05 indicaram um bom ajuste do modelo.

A multicolinearidade ocorre quando duas ou mais variáveis preditoras de um modelo possuem combinação linear de outras variáveis no modelo. A presença de colinearidade foi avaliada quando o VIF (*Variance Inflation Factor*) esteve acima de 10 ou a Tolerance for abaixo de 0,1.

A curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) apresenta um gráfico onde existe uma medida que possibilita demonstrar a capacidade de o modelo discriminar corretamente a variável resposta. A área da curva ROC foi avaliada segundo critério de Hosmer, Lemeshow e Sturdivant (2013) para diagnóstico do gráfico, onde a área da curva ROC menor ou igual a 0,5 não há nenhuma discriminação da variável resposta, quando a área da curva ROC estiver entre 0,5 e 0,7 tem baixa discriminação, quando estiver maior ou igual a 0,7 e menor que 0,8 tem discriminação aceitável, entre 0,8 e 0,9 excelente e maior ou igual a 0,9 tem uma discriminação excepcional.

As observações influentes são observações, registros, pontos ou medidas de influência que servem para auxiliar a entender como as observações se comportam no modelo e podem gerar estimativas de coeficiente de regressão enviesadas. As observações influentes utilizadas para avaliação dos modelos foram: os resíduos (Pearson, Deviance e Leverage), baseados nas diferenças (Difference chi-square, difference deviance) e baseados nos betas (Dfbetas).

A análise foi gráfica onde criou as variáveis preditoras, as variáveis que identificam os resíduos de Pearson (possibilita classificar uma observação como outliers, sendo necessário sua padronização), deviance e leverage (utilizados para medir a discrepância entre o modelo saturado e modelo restrito). Em seguida, realizou a avaliação geral e específica dos gráficos e comparou os modelos com e sem observações. Posteriormente, gerou dois gráficos, um com valores preditos e outro com os identificadores, para cada um dos três resíduos utilizados, resultando um total de seis gráficos.

Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico STATA, versão 12 (Tata Corp, College Station, TX, EUA).

6.8 Ética na pesquisa

Para a realização do estudo, foram observadas durante todas as etapas do seu desenvolvimento as recomendações previstas na Resolução nº 196/96 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos em vigor à época da aprovação do estudo (BRASIL, 1997b). Desta maneira, buscou-se respeitar os preceitos bioéticos de anonimato, autonomia, a justiça, beneficência e não maleficência de cada participante. O indivíduo pôde interromper sua participação no momento em que desejou ou na ocorrência de qualquer desconforto o que não implicou em riscos diretos sobre a saúde dos trabalhadores a serem estudados.

O projeto-mãe foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), protocolo número 081/2009 e número de CAAE 0086.0.059.000.09 (ANEXO C).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) previsto na resolução 466/12 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

7 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados na forma de dois manuscritos que foram: *Exposição ocupacional nas situações de esforço-recompensa e sintomatologia musculoesquelética em trabalhadores da saúde e Situações de esforço-recompensa na ocorrência de sintomatologia musculoesquelética, em trabalhadores da atenção primária à saúde*, apresentados a seguir.

7.1 MANUSCRITO 1: Condições do ambiente laboral nas situações de esforço-recompensa e sintomatologia musculoesquelética em trabalhadores da saúde.

CONDIÇÕES DO AMBIENTE LABORAL NAS SITUAÇÕES DE ESFORÇO-RECOMPENSA E SINTOMATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA EM TRABALHADORES DA SAÚDE

Miucha Muniz Pereira Antonio, Jefferson Paixão Cardoso

RESUMO

Objetivo: Descrever as características das condições do ambiente laboral nas situações de esforço-recompensa e sintomatologia musculoesquelética em trabalhadores da saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, acerca da exposição ocupacional nas situações de esforço-recompensa e sintomatologia musculoesquelética em trabalhadores da atenção primária à saúde de seis municípios baianos. A variável desfecho foi a sintomatologia musculoesquelética e as variáveis de exposição foram esforço, recompensa e comprometimento excessivo no trabalho. **Resultados:** As análises realizadas evidenciaram maiores prevalências para exposição ocupacional relacionados a ambiente físico inadequado, ausência de recursos materiais/ equipamentos e ambiência imprópria nas dimensões das variáveis de exposição. Houve associação nos três seguimentos corporais de sintomatologia musculoesquelética para relação esforço/recompensa baixo e ausência de ambiente físico adequado. Não houve associação para recompensa. As variáveis esforço e comprometimento excessivo tiveram associação nos membros superiores e inferiores. **Conclusão:** As variáveis de exposição ocupacional demonstraram a precarização das condições no ambiente de trabalho. Os achados apontam a necessidade de mudanças nas características e condições do ambiente laboral dos trabalhadores da saúde, para prevenir ou reduzir a ocorrência de sintomas musculoesqueléticos, e serve de alicerce para transformações, principalmente, por caracterizar a realidade de diversos municípios brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: Exposição ocupacional, Trabalhador da saúde; Desequilíbrio esforço-recompensa; Dor musculoesquelética.

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores da APS sofrem exigências da atividade do cuidado à saúde, associado ao não reconhecimento do trabalho, principalmente no setor público, expondo este trabalhador a problemas de saúde, como sintomatologias musculoesqueléticas. Assim, nestas atividades, os profissionais estão expostos a situações de desequilíbrio entre os esforços empreendidos e as recompensas recebidas no trabalho (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

Neste modelo, o esforço no trabalho faz parte do contrato social que demanda recompensa adequada. As situações de alto esforço e de baixa recompensa no trabalho estão relacionadas a ocorrência de estresse crônico, uma vez que um alto grau de esforço, não encontrando correspondência com um alto grau de recompensa, aumenta o risco de doenças. Para os trabalhadores com maior qualificação, a recompensa significa estima e reconhecimento; para os menos qualificados, significa a segurança no trabalho (SIEGRIST, 1996).

O Desequilíbrio Esforço Recompensa (DER) causa dores no corpo. A não proporcionalidade entre o esforço despendido no trabalho e a recompensa recebida tem relação com o aparecimento de sintomatologias musculoesqueléticas, principalmente, dores na região lombar (LAU, 2008; RUGULIES; KRAUSE, 2008; BERNARD et al., 2011, SEMBAJWE et al., 2012; PEKKARINEN et al., 2013; RUELA et al., 2020); nos membros superiores (ALEXOPOULOS et al., 2004; BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012) e nos membros inferiores (MONTEIRO, et al., 2013; LOPES et al., 2022).

Diante a exposição contínua a estas situações de desequilíbrio pode contribuir para a perda da satisfação no trabalho, podendo comprometer o trabalho, reduzindo o desempenho ou levar ao afastamento das atividades laborais (CARDOSO et al., 2011).

Das doenças ocupacionais, os distúrbios musculoesqueléticos (DME) são um problema de saúde pública e dos mais graves no campo da saúde do trabalhador. Sabe-se que o desenvolvimento do DME é multicausal, sendo indispensável a avaliação dos fatores de risco que tem como principais: a organização do trabalho, os fatores ambientais e as possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos, por exemplo: força excessiva para realizar algumas tarefas, repetitividade e posturas inadequadas (MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2008).

A alta prevalência dos Distúrbios Musculoesqueléticos (DME) tem sido explicada por modificações do trabalho e das empresas que buscam metas e produtividade, considerando suas necessidades, particularmente de qualidade dos produtos e serviços e aumento da

competitividade de mercado, desconsiderando os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais (BRASIL, 2012a).

O ambiente laboral, sob condições físicas, mecânicas e psíquicas adversas, é considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de alterações no sistema musculoesquelético (PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002). Além disso, o estresse no trabalho gerado pela alta demanda de trabalho, baixo apoio dos colegas e alta pressão de tempo (LUNDBERG et al, 1999), carga horária elevada, salários reduzidos (SIEGRIST et al, 2004), também tem sido fortemente relacionado a maior risco de dor musculoesquelética e aparecimento de sintomas musculoesqueléticos (RUELA et al, 2020).

Benach; Muntaner; Santana (2007) corrobora ressaltando que os riscos no ambiente laboral podem ser físicos, químicos, mecânicos, biológicos e ergonômicos, também relacionados a fatores psicossociais inerentes, incluindo aspectos da organização e do processo de trabalho e a qualidade das relações humanas, falta de controle, que podem interagir entre si e afetar a saúde física e mental dos trabalhadores.

Neste contexto, é nítida a precarização dos trabalhadores da saúde considerando a forma de contratação, a carga horária, o trabalho físico pesado e/ou trabalho estático, as atividades que exigem movimentos de flexão e rotação da coluna vertebral (CAILLIET, 1999).

A exposição laboral é responsável pelo agravamento das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, com ênfase para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho ou atípicas (DIAS et al., 2001). A exposição contínua e prolongada do corpo aos fatores de risco nesse ambiente favorece o surgimento das doenças ocupacionais (GURGUEIRA et al, 2003).

Diante destas considerações, este estudo teve como objetivo descrever as características das condições do ambiente laboral nas situações de esforço-recompensa e sintomatologia musculoesquelética em trabalhadores da saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, de corte transversal, derivado do projeto multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, utilizado para investigar fatores de exposição ocupacional associados as situações de esforço-recompensa na ocorrência de sintomatologias musculoesqueléticas em

trabalhadores da atenção primária à saúde de seis municípios baianos entre os anos de 2011 a 2012.

Participantes do estudo

A população do estudo multicêntrico foi selecionada por amostragem aleatória estratificada, constituída por trabalhadores da atenção primária e média complexidade da rede de saúde dos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Salvador, Itabuna e Itaberaba que estavam em pleno exercício das suas atividades e que aceitaram participar da pesquisa.

Para definição da população do estudo foi realizada após levantamento prévio da estruturação da força de trabalho dos serviços junto às Secretarias Municipais de Saúde. Delimitou-se o número e tipos de serviços disponíveis, número de trabalhadores e suas respectivas ocupações, bem como a área geográfica nos municípios.

As categorias de trabalhadores da saúde foram: técnico de nível superior; enfermeiro; médico; odontólogo; administrativo; agente comunitário de saúde; técnico de nível médio; agente de serviços gerais; técnico de enfermagem; vigilante; e outros, ou seja, profissionais que não se enquadraram em nenhuma das categorias propostas, por exemplo: motorista, ascensorista, entre outros.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de questionário composto por blocos de questões relativas às características sociodemográficas, ocupacionais e organizacionais do trabalho; estilo de vida; e problemas de saúde, entre os anos de 2011 a 2012, por meio de visita às unidades de saúde nas quais os trabalhadores atuavam.

Desfecho

O desfecho foi a sintomatologia musculoesquelética, avaliada pela queixa de dor autorreferida em uma escala tipo Likert (nunca, raramente, pouco frequente, frequente e muito frequente), em três segmentos corporais: membro inferiores (MMII), pela questão sobre dor nas pernas; membros superiores (MMSS), pela questão sobre dor nos braços e região dorsal, composta pelas questões sobre dor na parte superior e inferior das costas.

Neste estudo, foi considerada como queixa de dor musculoesquelética quando o trabalhador referiu a queixa algica como "frequente" ou "muito frequente" para cada região corporal supracitada. Pesquisas similares utilizaram esse procedimento, com êxito, na avaliação da presença de sintomatologia musculoesquelética no Brasil (CARDOSO et al., 2011; PEREIRA, 2015).

Variáveis de exposição principal

Para avaliar as situações de esforço-recompensa, foi utilizado o modelo do desequilíbrio entre os esforços e recompensas no trabalho, o *Effort Reward Questionnaire* (ERI), de Siegrist (1996).

Essa escala foi construída a partir de um questionário autopreenchível, contendo 17 itens em sua versão reduzida, com respostas que utilizaram escala do tipo *Likert*, organizadas em três escalas unidimensionais: esforço (05 itens), recompensa (06 itens) e comprometimento excessivo (06 itens). As respostas variam com itens que vão de concordo totalmente a discordo totalmente. As respostas variam com itens que vão de concordo totalmente a discordo totalmente (SIEGRIST, 2012).

Para o cálculo dos indicadores propostos no modelo, foi feito o somatório das questões que avaliam cada escala, como também calculada a relação entre esforço e recompensa utilizando a fórmula $ER = \text{esforço/recompensa} \times 0,5454$ (fator de correção). Portanto, foram gerados três escores.

Posteriormente, para dicotomizar os escores obtidos e classificá-los em alto e baixo esforço, a mediana foi utilizada como ponto de corte, originando dois grupos. Os escores menores ou iguais à mediana foram definidos como baixo e os valores maiores que a mediana foram definidos como alto (SIEGRIST, 2012). Além da avaliação pela mediana, as escalas geradas também foram investigadas segundo tercis.

Para o resultado da função ER, obtida pela divisão entre esforço e recompensa, o resultado igual a um indicou experiência equilibrada entre esforço e recompensa. Já proporções maiores que um, foi definido como de desequilíbrio entre esforço e recompensa (exposição). A construção dessa razão orienta como uma estimativa aproximada dos custos e ganhos experimentados na vida profissional cotidiana. Assim, a razão pode capturar parte das reações de deformação que seriam perdidas se a medição do desequilíbrio fosse baseada exclusivamente na avaliação subjetiva.

Covariáveis

As covariáveis consideradas para a análise foram: informações gerais sobre o trabalho e ambiente de trabalho.

A variável acerca das informações gerais sobre o trabalho utilizou-se o tipo de vínculo (efetivo; não efetivo); e as variáveis sobre ambiente de trabalho foram categorizadas em ambiente físico adequado que foi criada a partir das variáveis, ventilação, temperatura, iluminação e ruídos (sim ou não); a variável materiais/equipamentos (sim ou não) foi elaborada a partir das variáveis condições das cadeiras e mesas, recursos técnicos e equipamentos,

equipamento de proteção individual disponível e a relação entre a disponibilidade dos recursos com a exigência das tarefas e a variável ambiência (sim ou não) foi gerada a partir das variáveis que interrogavam acerca da presença/ausência de copa/refeitório, local de descanso, escaninho para guardar os pertences, acesso a sanitário para os trabalhadores no local de trabalho.

Análise de dados

Inicialmente, realizou-se análise descritiva das variáveis de exposição ocupacional que incluiu o cálculo das frequências absolutas e proporção das variáveis para as variáveis categóricas. Para análise bivariada, foram investigadas as frequências simples e relativa do cruzamento das variáveis independentes segundo situações de esforço-recompensa (alto, intermediário e baixo). Para avaliar a associação entre as variáveis independentes e os desfechos, a razão de prevalência (RP) com seus respectivos Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) foram utilizadas como medida de associação e os valores de probabilidade do teste qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$), foram utilizadas como medida de significância estatística.

A modelagem de regressão logística multivariável foi empregada para avaliação do efeito simultâneo das variáveis independentes e a dor musculoesquelética nos três segmentos corporais. Ressalta-se que o modelo de regressão logística produz medidas de *odds ratio* (OR) que permitiu interpretabilidade biológica e aproximação com as RP.

Foram avaliados os desempenhos dos modelos parciais e completos. As razões de prevalência ajustadas na análise multivariada foram obtidas pelo método de regressão de Poisson com variância robusta para investigar a associação entre as variáveis de ERI e desfechos. O modelo final foi ajustado pelas covariáveis sexo, idade, presença de filhos, renda, sendo obtido com base na significância estatística ao nível de 5%. O ajuste do modelo foi verificado por meio do teste de Hosmer-Lemeshow (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico STATA, versão 12 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA).

Questões éticas

O projeto-mãe foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), protocolo número 081/2009 e número de CAAE 0086.0.059.000.09. Todas as etapas deste estudo atenderam a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Dos 3.343 trabalhadores da saúde elegíveis, 70,9% informaram que eram efetivos; 57,9% informaram que o ambiente laboral não possuía características ambientais (ventilação, iluminação, temperatura e ruídos) favoráveis para realização das tarefas; 44,4% relataram que não tinham disponíveis equipamentos, mobiliários, materiais, Equipamento de Proteção Individual (EPI), entre outros recursos condizentes para a realização do trabalho.

Quanto a ambiência, 92,5% e 67,8%, respectivamente, relataram presença de banheiro e copa/ refeitório no local de trabalho. Em contrapartida, 88,9% relataram ausência de local de descanso e 66,5% não possuem escaninho para guarda dos pertences.

De acordo as variáveis de exposição ocupacional na dimensão do alto esforço foram frequentes o vínculo não efetivo (22,2%), ausência de um ambiente físico adequado (23,6%), ausência de materiais, equipamentos, mobiliários, EPI adequados para realização das tarefas (24,7%) e ambiência inadequada (22,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição das variáveis de exposição ocupacional a serem utilizadas segundo dimensão esforço. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.

Variáveis	ESFORÇO					
	Baixo		Intermediário		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Vínculo						
Efetivo	877	45,44	632	32,75	421	21,81
Não efetivo	393	49,68	222	28,07	176	22,25
Ambiente físico adequado						
Não	682	33,25	526	33,25	374	23,64
Sim	592	51,61	332	28,95	223	19,44
Materiais/Equipamentos						
Não	515	42,28	402	33,00	301	24,71
Sim	764	50,10	461	30,23	300	19,67
Ambiência adequada						
Não	39	48,15	24	29,63	18	22,22
Sim	774	53,12	400	27,45	283	19,42

O perfil das frequências destas variáveis na dimensão da baixa recompensa foram os profissionais com vínculo efetivos (55,2%), com ausência de um ambiente físico adequado para labor (51,7%), ausência de recursos (50,4%) necessários para realizar suas atribuições e ambiência adequada (41,4%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição das variáveis de exposição ocupacional a serem utilizadas segundo dimensão recompensa. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.

Variáveis	RECOMPENSA					
	Alto		Intermediário		Baixo	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Vínculo						
Efetivo	387	20,05	476	24,66	1.067	55,28
Não efetivo	366	46,27	181	22,88	244	30,85

Ambiente físico adequado						
Não	376	23,77	388	24,53	818	51,71
Sim	382	33,30	274	23,89	491	42,81
Materiais/Equipamentos						
Não	287	23,56	317	26,03	614	50,41
Sim	473	31,02	347	22,75	705	46,23
Ambiência						
Não	34	41,98	15	18,52	32	39,51
Sim	508	34,87	345	23,68	604	41,46

Com relação as características e o ambiente de trabalho, entre os que se encontravam expostos ao comprometimento excessivo sobressaíram-se: trabalhadores efetivos (32,2%), com ausência de ambiente com características físicas adequadas (23,6%), com recursos materiais e equipamentos não condizentes a execução do trabalho (35,8%) e ambiência inadequada (37,0%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição das variáveis de exposição ocupacional a serem utilizadas segundo dimensão comprometimento excessivo. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.

Variáveis	COMPROMETIMENTO EXCESSIVO					
	Baixo		Intermediário		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Vínculo						
Efetivo	705	36,53	602	31,19	623	32,28
Não efetivo	314	39,70	253	31,98	224	29,32
Ambiente físico adequado						
Não	551	31,42	497	31,42	534	33,75
Sim	469	40,89	359	31,30	319	27,81
Materiais/Equipamentos						
Não	417	34,24	365	29,97	436	35,80
Sim	607	39,08	497	32,59	421	27,61
Ambiência						
Não	33	40,74	18	22,22	30	37,04
Sim	620	42,55	466	31,98	371	25,46

A tabela 4 demonstra que as variáveis de exposição ocupacional que tiveram alta relação esforço/recompensa foram os trabalhadores efetivos (36,2%), ambiência inadequada (32,1%), com ausência de ambiente físico e recursos adequados, respectivamente, 35,9% e 36,3%.

Tabela 4 – Descrição das variáveis de exposição ocupacional a serem utilizadas segundo dimensão ERI. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.

Variáveis	ERI					
	Baixo		Intermediário		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Vínculo						
Efetivo	614	31,88	614	31,88	698	36,24
Não efetivo	352	44,61	252	31,94	185	23,45
Ambiente físico adequado						
Não	489	30,93	523	33,08	569	35,99
Sim	479	41,91	349	30,53	315	27,56

Materiais/Equipamentos						
Não	376	30,95	397	32,67	442	36,38
Sim	595	39,09	480	31,54	447	29,37
Ambiência						
Não	33	40,74	22	27,16	26	32,10
Sim	628	43,16	453	31,13	374	25,70

Quanto a sintomatologia na região do dorso houve associação apenas para relação esforço/ recompensa baixa (RP: 1,14; IC95%: 1,02-1,26) e ambiente físico inadequado (RP: 1,17; IC95%: 1,02-1,36). Após RP ajustada não houve variável com associação estatística para esse desfecho (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise multivariada para associação entre ERI e variáveis de exposição ocupacional na ocorrência de sintomatologia musculoesquelética. Bahia/ Brasil, 2011- 2012.

Variáveis	DORSO		MMSS		MMII	
	Bruto	Ajustado*	Bruto	Ajustado*	Bruto	Ajustado*
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Esforço						
Baixo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Intermediário	0,89 (0,75- 1,05)	0,93 (0,77-1,12)	1,90 (1,65-2,18)	1,40 (1,12-1,76)	1,94 (1,71-2,21)	1,31 (1,12-1,54)
Alto	0,90 (0,78 -1,03)	0,97 (0,77-1,23)	1,38 (1,22-1,56)	1,71 (1,34-2,18)	1,36 (1,22-1,51)	1,62 (1,36-1,92)
Recompensa						
Baixo	0,95 (0,88-1,03)	0,92 (0,76-1,11)	1,04 (0,96-1,13)	0,93 (0,76-1,15)	1,07 (1,00-1,15)	0,96 (0,83-1,13)
Intermediário	0,91 (0,78-1,06)	0,93 (0,75-1,16)	0,95 (0,81-1,12)	0,86 (0,68-1,10)	1,04 (0,92-1,18)	0,97 (0,82-1,16)
Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Comprometimento excessivo						
Baixo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Intermediário	0,88 (0,77-1,00)	1,03 (0,86-1,25)	1,70 (1,54-1,88)	1,33 (1,02-1,72)	1,67 (1,52-1,84)	1,35 (0,82-1,16)
Alto	1,02 (0,90-1,15)	0,86 (0,68-1,08)	1,29 (1,14-1,46)	1,75 (1,35-2,26)	1,78 (1,55-2,05)	1,52 (1,26-1,83)
Esforço/Recompensa						
Baixo	1,14 (1,02-1,26)	1,18 (0,97-1,44)	0,54 (0,46-0,64)	0,46 (0,36-0,58)	0,61 (0,54-0,68)	0,55 (0,47-0,65)
Intermediário	1,09 (0,97-1,22)	1,14 (0,93-1,39)	0,72 (0,62-0,83)	0,66 (0,54-0,80)	0,73 (0,65-0,82)	0,71 (0,61-0,82)
Alto	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Tipo de vínculo						
Efetivo	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Não efetivo	1,09 (0,93-1,27)	1,02 (0,84-1,25)	0,51 (0,41-0,64)	0,61 (0,47-0,79)	0,51 (0,43-0,60)	0,58 (0,47-0,71)
Ambiente físico adequado						
Não	1,17 (1,02-1,36)	1,17 (0,98-1,39)	0,80 (0,67-0,95)	1,12 (0,92-1,37)	0,73 (0,64-0,82)	1,05 (0,91-1,21)
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Material/Equipamento						
Não	1,11 (0,96-1,28)	1,08 (0,90-1,29)	0,74 (0,63-0,86)	1,01 (0,84-1,22)	0,68 (0,61-0,77)	0,84 (0,73-0,96)
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

RP- Razão de prevalência; IC-Intervalo de confiança.

* Ajustado por {sexo, idade, presença de filhos, renda}

O desfecho para dor em MMSS houve associação para as variáveis de exposição: esforço intermediário (RP: 1,90; IC95%: 1,65-2,18) e alto (RP: 1,38; IC95%: 1,22-1,56); comprometimento excessivo intermediário (RP: 1,70; IC95%: 1,54-1,88) e alto (RP: 1,29; IC95%: 1,14-1,46); na relação esforço/recompensa baixo (RP: 0,54; IC95%: 0,46-0,64) e intermediário (RP: 0,72; IC95%: 0,62-0,83), ambas protetoras. Nas variáveis de exposição

ocupacional, todas tiveram associação protetora: vínculo não efetivo (RP: 0,51; IC95%: 0,41-0,64), ambiente físico não adequado (RP: 0,80; IC 95%: 0,67-0,95) e ausência de materiais e equipamentos (RP: 0,74; IC95%: 0,63-0,86). Após ajuste, tiveram associação as mesmas variáveis de exposição: Esforço intermediário (RP: 1,40; IC95% 1,12-1,76) e alto (RP: 1,71; IC95%: 1,34-2,18); comprometimento excessivo intermediário (RP: 1,33; IC95%: 1,02-1,72) e alto (RP:1,75; IC95%: 1,35-2,26); a relação esforço/recompensa mantiveram associação protetora para baixo (RP: 0,46; IC 95%: 0,36-0,58) e intermediário (RP: 0,66; IC 95%: 0,54-0,80). Apenas vínculo não efetivo (RP: 0,61; IC 95%: 0,47-0,79) obteve associação nas variáveis de exposição ocupacional (Tabela 5).

Ressalta-se que dor MMII apresentou associação bruta para as mesmas variáveis de dor nos MMSS. Esforço intermediário (RP: 1,94; IC 95%: 1,71-2,21) e alto (RP: 1,36; IC 95%: 1,22-1,51); comprometimento excessivo intermediário (RP: 1,67; IC 95%: 1,52-1,84) e alto (RP: 1,78; IC 95%: 1,55-2,05); relação esforço/recompensa associação protetora para as categorias baixo (RP: 0,61; IC 95%: 0,54-0,68) e intermediário (RP: 0,73; IC 95%: 0,65-0,82). As variáveis relacionadas as características do trabalho também mantiveram o mesmo comportamento dos MMSS: Vínculo não efetivo (RP: 0,51; IC 95%: 0,43-0,60), ausência de ambiente físico adequado (RP: 0,73; IC 95%: 0,64-0,82) e materiais e equipamentos inadequados (RP: 0,68; IC 95%: 0,61-0,77). Após ajuste, a associação ocorreu nas variáveis de exposição: esforço intermediário (RP: 1,31; IC 95%: 1,12-1,54) e alto (RP: 1,62; IC 95%: 1,36-1,92); comprometimento excessivo alto (RP: 1,52; IC 95%: 1,26-1,83); a relação esforço/recompensa baixo (RP: 0,55; IC 95%: 0,47-0,65) e intermediário (RP: 0,71; IC 95%: 0,61-0,82). As outras variáveis obtiveram associação em: Vínculo não efetivo (RP: 0,58; IC 95%: 0,47-0,71) e materiais/equipamentos inadequados (RP: 0,84; IC 95%: 0,73-0,96) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O estudo encontrou maior frequência para esforço elevado, comprometimento excessivo e relação esforço/recompensa alta para as variáveis: vínculo efetivos, ambiente físico inadequado, falta de materiais, equipamentos, mobiliários, falta de EPI adequado para realização das tarefas e uma ambiência inadequada. Na baixa recompensa, houve maior prevalência na variável ambiência adequada e mantiveram a frequência para vínculo efetivos, ambiente físico inadequado, falta de materiais, equipamentos, mobiliários, falta de EPI adequado para realização das tarefas. Estas exposições ocupacionais podem estar ocultas, por falta de conhecimento ou informação (REZENDE, 2003).

A variável vínculo apresentou associação e devido vínculo efetivo ser um indicador de estabilidade, contrapôs os resultados de outras investigações (OPAS, 2003; MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015; EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015; DRUCK, 2016). Estudos apontam que a terceirização no serviço público é uma maneira de privatização, procedimento decorrente de uma política que transforma a natureza do Estado e de sua intervenção. Diante disso, sobressai o processo generalizado redução do efetivo de trabalhadores estatutários, quebra de direitos, desvalorização salarial, desqualificação e desmoralização da sua função (DRUCK, 2016).

Fatores associados as condições físicas do ambiente de trabalho inadequado e ausência de recursos adequados para o labor obtiveram associação. Condições de trabalho precárias, tanto no que tange as condições materiais quanto as organizacionais das tarefas e atividades, refletem sobre a saúde dos trabalhadores que se mostra através de exaustão física e emocional, e com isso extrapola para o atendimento ao usuário, os quais, possuem perfil de refém das desigualdades e da pobreza, resultando em insatisfação generalizada no interior das unidades e no sistema de saúde (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015)

As variáveis de exposição ocupacional demonstraram a precarização das condições no ambiente de trabalho corroborando com diversos estudos nacionais da APS (COTTA et al., 2006; TOMASI et al., 2008; RODRIGUES et al., 2018; DAMASCENA; VALE, 2020). Estudos mostram maior prevalência de sintomatologias musculoesqueléticas em trabalhadores da saúde que exercem suas atividades laborais em ambientes físicos inadequados com ruído incômodo, desconforto climático, problemas ergonômicos devido características dos equipamentos, materiais e/ou mobiliário (CHIODI; MARZIALE, 2006; BARBOSA, 2012).

De acordo com a Instrução Normativa do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) nº 98/2003, os fatores de risco para distúrbios musculoesqueléticos podem ser: grau de adequação do posto de trabalho à zona de atenção e à visão; frio, vibrações e pressões locais sobre os tecidos; posturas inadequadas; carga osteomuscular; carga estática; invariabilidade da tarefa; exigências cognitivas e fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho.

A pesquisa evidenciou associação entre DME ocorreu nos mesmos segmentos corporais, MMSS e MMII, para esforço e comprometimento excessivo; enquanto para relação entre esforço/recompensa teve associação para os três desfechos. Recompensa não apresentou associação em nenhum desfecho. Isso pode ser explicado, pois na Atenção Primária à Saúde (APS) o excesso de comprometimento com o trabalho devido o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade; além da avaliação da qualidade baseada na produtividade exige do trabalhador

uma sobrecarga de trabalho, devido envolvimento adicional com o trabalho (ARAÚJO et al., 2016).

Além disso, existem problemas na estrutura das unidades de saúde ou entraves institucionais que não permitem a continuidade da prestação do cuidado. Assunção (2011), descreve achados de insatisfação em relação as condições do ambiente laboral como temperatura desconfortável, ruído incômodo e irritante, posturas inadequadas por falta de condições ergonômicas adequadas e, por vezes, ausência de recursos e meios necessários para desenvolver as tarefas.

É importante um ambiente laboral comunicativo e tranquilo, a fim de não comprometer a saúde do trabalhador e seu desempenho profissional. Os ruídos, por exemplo, aumentam o desconforto à medida que sua intensidade cresce, prejudicando a concentração mental, o pensamento e a reflexão (CORREA; BOLETTI, 2015).

O resultado da pesquisa sobressaiu que o trabalho no SUS possui especificidades com repercussões sobre a saúde dos trabalhadores e a exposição ocupacional é ocasionadora de sofrimento e adoecimento (OLIVEIRA; ARAUJO, 2018; ARAUJO et al., 2016; HAIKAL et al., 2013). Diante disso, é indispensável adequações dos ambientes laborais para proteção dos trabalhadores envolvidos na prestação de assistência à saúde dos usuários (ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2012).

Embora o estudo de corte transversal apresente como limitação a incapacidade de avaliar temporalmente a relação entre causa (exposição ocupacional e esforço-recompensa) e efeito (sintomatologia musculoesquelética). Como seria esperado em estudos que focalizam trabalhadores ativos, o efeito do trabalhador sadio pode ter influenciado os resultados obtidos (SILVA e BARRETO, 2010).

Durante a coleta, a reposição dos sorteados que não foram encontrados nos seus locais de trabalho após três tentativas respeitou a área geográfica, o nível de complexidade e o grupo ocupacional. Portanto, foram adotadas estratégias de modo a reduzir ou minimizar possíveis vieses de seleção (como a perda de trabalhadores em um ou outro grupo específico o que poderia comprometer a representatividade da população estudada).

Para reduzir o viés de informação foram adotadas aplicação do questionário por entrevistadores treinados, garantia de que esses entrevistadores desconheciam a situação de exposição dos trabalhadores, denominação da pesquisa como um estudo sobre as condições de saúde e trabalho dos trabalhadores da saúde (MEDRONHO et al., 2009).

Não foi investigada a localização, a frequência e a duração da ocorrência da DME em períodos anteriores à coleta de dados.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou explorar a exposição ocupacional nas situações de esforço-recompensa e sintomatologia musculoesquelética em três segmentos corporais distintos dos trabalhadores da saúde.

Os achados apontam a necessidade de embasar a priorização de estratégias de enfrentamento que visem reduzir a exposição ocupacional, com consequentes mudanças nas características e condições do ambiente laboral, com intuito de prevenir ou reduzir a ocorrência dos DME, e servir de alicerce para transformações, principalmente, por caracterizar a realidade de uma grande quantidade de municípios brasileiros.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não houveram conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. de et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 645–657, set. 2016.

ASSUNÇÃO A.Á. Condições de Trabalho e saúde dos Trabalhadores da saúde. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 453, 2011.

ASSUNÇÃO, A. Á.; MACHADO, A. F.; ARAÚJO, T. M. de. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, p. 147–167, jun. 2012.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAÚJO, T. M. de. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, p. 1569-1580, 2012.

BENACH, J.; MUNTANER, C.; SANTANA, V. **Employment conditions and health inequalities**. 2007.

BERNARD, C. et al. Biomechanical and psychosocial work exposures and musculoskeletal symptoms among vineyard workers. **Journal of occupational health**, v. 53, n. 5, p. 297-311, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER) distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

CAILLIET, R. **Síndromes dolorosas: lombalgias**. São Paulo: Manole; 1999.

CARDOSO, J. P. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e dor musculoesquelética em professores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1498-1506, 2011.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, p. 212-217, 2006.

CORDEIRO, T. M. S. C.; ARAÚJO, T. M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. **Rev Bras Med Trab**, v. 14, n. 3, p. 262-74, 2016.

CORREA, V.M.; BOLETTI, R.R. **Ergonomia: fundamentos e aplicações**. Porto Alegre: Bookman, 132p,2015.

COTTA, R. M. M. et al. Work organization and professional profile of the Family Health Program: a challenge in the health basic attention restructuring [ign]. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília: v. 15, n. 3, p. 7-18, set, 2006.

DAMASCENA, D. M.; VALE, P. R. L. F. do. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

DIAS, E. C. et al (Org.). **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, educação e saúde**, v. 14, p. 15-43, 2016.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M. de; MUROFUSE, N.T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 18-29, 2015.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; FILHO, H.R.C. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 608-613, out. 2003.

HAIKAI, D.S; ROSA, T.T.A; OLIVEIRA P.E; SALES L.O; PEREIRA A.C; MACEDO C.C; et al. Qualidade de Vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista APS**, v.16, n.3, p.301-312, 2013.

HOSMER D.W. Jr., e LEMESHOW S. **Regressão Logística Aplicada**. 2ª edição. Nova York: Wiley. 2000.

LAU, B. Effort-reward imbalance and overcommitment in employees in a Norwegian municipality: a cross sectional study. **Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)**, v. 3, n. 1, p. 9, jan. 2008.

LOPES, Q R. F. de S. et al. Condições de trabalho e saúde dos agentes de saúde: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e50911326585-e50911326585, 2022.

MACIEL, R. H. M. DE O.; SANTOS, J. B. F. DOS; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, p. 75–87, 2015.

MAGNAGO, T.S.B.S.; LISBOA, M.T.L.; GRIEP, R.H. Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético: revisão das pesquisas sobre o tema. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 560-565, set. 2008.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K.V.; LUIZ RR, WERNECK GL (org). **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MONTEIRO, J. K. et al. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, s. l., v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013.

OLIVEIRA, A. M.N.; ARAUJO, T.M. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243-262, abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Informe sobre a reunião de trabalho Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil**. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: OPAS; 2003.

ORTEGA, Eduardo G. et al. **Dolor musculoesquelético y condiciones percibidas de trabajo en médicos y enfermeras de un hospital de Lima, Perú**. Tese de Doutorado. 2014.

PARADA, E. DE O.; ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 64–69, jan. 2002.

PEKKARINEN, L. *et al.* Job demands and musculoskeletal symptoms among female geriatric nurses: the moderating role of psychosocial resources. **Journal of occupational health psychology**, v. 18, n. 2, p. 211–9, abr. 2013.

PEREIRA, A. P. M. **Demandas físicas, fatores psicossociais do trabalho e ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores da atenção primária à saúde**. 2015.

REZENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2003.

RODRIGUES, C. dos S. et al. A precarização do trabalho como questão bioética: o trabalho na atenção primária. **Convención Internacional de Salud**. Cuba, 2018.

RUELA, Guilherme de A. et al. **Desequilíbrio esforço-recompensa e dor musculoesquelética crônica no ELSA-Brasil musculoesquelético**. 2020.

RUGULIES, R.; KRAUSE, N. Effort-reward imbalance and incidence of low back and neck injuries in San Francisco transit operators. **Occupational and environmental medicine**, v. 65, n. 8, p. 525–33, ago. 2008.

SEMBAJWE, G. et al. Effects of job strain on fatigue: cross-sectional and prospective views of the job content questionnaire and effort–reward imbalance in the GAZEL cohort. **Occupational and environmental medicine**, v. 69, n. 6, p. 377-384, 2012.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v.1, n.1, 27-41, 1996.

SIEGRIST, J. Effort-reward imbalance at work: theory, measurement and evidence. Düsseldorf: **University Dusseldorf**, Department of Medical Sociology, 2012.

SILVA, L. S.; BARRETO, S. M. Condições psicossociais adversas de trabalho e transtornos psiquiátricos menores em bancários. **BMC Saúde Pública**, v. 10, n. 1, pág. 1-8, 2010.

TOMASI, E. et al. Perfil sociodemográficos e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008.

7.2 MANUSCRITO 2: Situações de esforço-recompensa na ocorrência de sintomatologia musculoesquelética, em trabalhadores da atenção primária à saúde.

**SITUAÇÕES DE ESFORÇO-RECOMPENSA NA OCORRÊNCIA DE
SINTOMATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA, EM TRABALHADORES DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Miucha Muniz Pereira Antonio, Jefferson Paixão Cardoso

RESUMO

Objetivo: Analisar a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética segundo as situações de esforço-recompensa, em trabalhadores da atenção primária à saúde. **Métodos:** Estudo transversal, sobre as situações de esforço, recompensa e comprometimento excessivo na ocorrência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores da saúde de seis municípios baianos. A variável desfecho foi a distúrbios musculoesqueléticos e as variáveis de exposição foram esforço, recompensa e comprometimento excessivo no trabalho. **Resultados:** A média etária foi 40,9 anos, prevalência para alto esforço, baixa recompensa e alto comprometimento excessivo no sexo feminino, jovens, entre 19 a 40 anos, de raça/cor preta/parda/indígena, casado (a) /união estável, com filho, escolaridade com nível médio. As prevalências gerais de dor musculoesquelética em membros inferiores (30,2%), membros superiores (20,8%) e dorso (24,3%). As variáveis esforço e comprometimento excessivo tiveram associação nos membros superiores e inferiores. Não houve associação para recompensa. **Conclusão:** Os achados evidenciam o desequilíbrio entre esforço-recompensa e a necessidade de melhorias nas condições e organização do trabalho para prevenir ou reduzir a ocorrência de sintomas musculoesqueléticos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador; Trabalhador da saúde; Desequilíbrio esforço-recompensa; Dor musculoesquelética.

INTRODUÇÃO

Os DME são caracterizados por sinais e sintomas de desordens inflamatórias e/ou degenerativas que acometem tendões, nervos, músculos, articulações, circulação e bursas, e resultam, especialmente, em dor e incapacidade funcional (MAGNANO et al, 2007). Dentre os distúrbios musculoesqueléticos, a dor é o sintoma mais frequente (HENSCHKE; KAMPER; MAHER, 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os DME foram a principal causa de incapacidade em quatro das seis regiões da OMS em 2017 (PERROT et al, 2019).

O ambiente laboral, sob condições físicas, mecânicas e psíquicas adversas, é considerado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de alterações no sistema musculoesquelético (PARADA; ALEXANDRE; BENATTI, 2002). A exposição contínua e prolongada do corpo aos fatores de risco nesse ambiente favorece o surgimento das doenças ocupacionais (GURGUEIRA et al, 2003).

No modelo esforço-recompensa, o esforço no trabalho faz parte do contrato social que demanda recompensa adequada. A recompensa significa dinheiro, estima, oportunidades na carreira e segurança no emprego. Esses componentes são importantes para a saúde do trabalhador, considerando que alto esforço e baixa recompensa podem levar a reações fisiológicas e emocionais negativas (GUIMARÃES et al., 2004).

Diante a exposição contínua a estas situações de desequilíbrio pode contribuir para a perda da satisfação no trabalho, podendo comprometer o trabalho, reduzindo o desempenho ou levar ao afastamento das atividades laborais (CARDOSO et al., 2011).

Embora os trabalhadores Atenção Primária à Saúde (APS) constituam um enorme contingente da força de trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), pouco ainda se sabe sobre as condições de saúde e relações com atividade laboral (TOMASI, 2008). No Brasil, estudos sobre o esforço-recompensa no trabalho do profissional da saúde e sintomatologias musculoesqueléticas são escassos.

Partindo do pressuposto que a análise das condições de saúde e de trabalho desse grupo ocupacional pode ter amplo alcance, contribuindo para a proteção da saúde de um contingente significativo de trabalhadores e que existem profissionais mais vulneráveis dentro dos ambientes laborais esse estudo poderá contribuir para intervenções mais adequadas no trabalho dos profissionais da saúde, reduzindo e controlando a ocorrência desses agravos.

O objetivo do estudo foi analisar a ocorrência de sintomatologia musculoesquelética segundo as situações de esforço-recompensa, em trabalhadores da atenção primária à saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, de corte transversal, derivado do projeto multicêntrico “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”, utilizado para investigar situações de esforço-recompensa na ocorrência de sintomatologias musculoesqueléticas em trabalhadores da atenção primária à saúde de seis municípios baianos no ano de 2012.

Participantes do estudo

A população do estudo foi selecionada por amostragem aleatória estratificada, constituída por trabalhadores da atenção primária e média complexidade da rede de saúde dos municípios de Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Jequié, Salvador, Itabuna e Itaberaba que estavam em pleno exercício das suas atividades e que aceitaram participar da pesquisa.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de questionário composto por blocos de questões relativas às características sociodemográficas, ocupacionais e organizacionais do trabalho; estilo de vida; e problemas de saúde, entre os anos de 2011 e 2012, por meio de visita às unidades de saúde nas quais os trabalhadores atuavam.

Desfecho

O desfecho foi a sintomatologia musculoesquelética, avaliada pela queixa de dor autorreferida em uma escala tipo Likert (nunca, raramente, pouco frequente, frequente e muito frequente), em três segmentos corporais: membro inferiores (MMII), pela questão sobre dor nas pernas; membros superiores (MMSS), pela questão sobre dor nos braços e região dorsal, composta pelas questões sobre dor na parte superior e inferior das costas.

Neste estudo, foi considerada como queixa de dor musculoesquelética quando o trabalhador referiu a queixa álgica como "frequente" ou "muito frequente" para cada região corporal supracitada.

Variáveis de exposição principal

Para avaliar as situações de esforço-recompensa, foi utilizado o modelo do desequilíbrio entre os esforços e recompensas no trabalho, o *Effort Reward Questionnaire* (ERI), de Siegrist (1996).

Essa escala foi construída a partir de um questionário autopreenchível, contendo 17 itens em sua versão reduzida, com respostas que utilizaram escala do tipo *Likert*, organizadas em três escalas unidimensionais: esforço (05 itens), recompensa (06 itens) e comprometimento

excessivo (06 itens). As respostas variam com itens que vão de concordo totalmente a discordo totalmente. As respostas variam com itens que vão de concordo totalmente a discordo totalmente (SIEGRIST, 2012).

Para o cálculo dos indicadores propostos no modelo, foi feito o somatório das questões que avaliam cada escala, como também calculada a relação entre esforço e recompensa utilizando a fórmula $ER = \text{esforço/recompensa} \times 0,5454$ (fator de correção). Portanto, foram gerados três escores.

Posteriormente, para dicotomizar os escores obtidos e classificá-los em alto e baixo esforço, a mediana foi utilizada como ponto de corte, originando dois grupos. Os escores menores ou iguais à mediana foram definidos como baixo e os valores maiores que a mediana foram definidos como alto (SIEGRIST, 2012). Além da avaliação pela mediana, as escalas geradas também foram investigadas segundo tercis.

Para o resultado da função ER, obtida pela divisão entre esforço e recompensa, o resultado igual a um indicou experiência equilibrada entre esforço e recompensa. Já proporções maiores que um, foi definido como de desequilíbrio entre esforço e recompensa (exposição). A construção dessa razão orienta como uma estimativa aproximada dos custos e ganhos experimentados na vida profissional cotidiana. Assim, a razão pode capturar parte das reações de deformação que seriam perdidas se a medição do desequilíbrio fosse baseada exclusivamente na avaliação subjetiva.

Covariáveis

Foram investigadas variáveis sociodemográficas, informações gerais sobre o trabalho, hábitos de vida e aspectos os relacionados à saúde.

Em relação às variáveis sociodemográficas foram consideradas: sexo (masculino, feminino); idade estratificada por faixas etárias (19 a 40 anos, 41 a 59 anos, A partir de 60 anos); estado civil (Solteiro (a), Casado (a)/União consensual estável, Viúvo (a) /Divorciado (a)/ separado (a)/ Desquitado (a)); raça/cor (branca/amarela, parda/indígena/preta); escolaridade (até ensino fundamental, ensino médio/técnico, ensino superior); presença de filhos (sim, não); e renda (0 a 2000 reais, 2001 a 5000 reais, 5001 a 10000 reais, 10001 a 60000 reais).

As variáveis acerca das informações gerais sobre o trabalho incluídas no estudo foram: categoria profissional (administrativo/técnico nível médio, agente serviço de saúde/Agente Comunitário de Saúde (ACS)/Técnico de Enfermagem (TE), serviços gerais/vigilante/outros, profissionais nível superior); vínculo atual (concursado, setor privado, cooperativa/estagiário, cargo de confiança), tempo de trabalho total (0 a 15 anos, 16 a 30 anos, acima de 30 anos);

tempo total de trabalho no serviço público (0 a 15 anos, 16 a 30 anos, acima de 30 anos); jornada de trabalho no município (até 8h/semana, de 8 a 20h/semana, 24 a 36h/semana, 40h ou mais/semana); turno de trabalho (Manhã/Tarde, Manhã e Tarde (MT), plantão, noturno); quantidade de vínculos (um vínculo, 2 ou mais vínculos); jornada semanal com renda (0 a 40/semana, 41 a 60 h/semana, mais de 60 h/semana). As variáveis atividades compatíveis com o cargo, direito a 13º salário, direito a folga e direito a adicional de férias tiveram como respostas “sim” ou “não”.

No que tange aos hábitos de vida foram investigadas as variáveis: Participa de atividades regulares de lazer, pratica atividade física, consumo bebida alcoólica com opções de respostas “sim” ou “não”; e as indagações frequência de atividade física (1 a 2 vezes/semana, 3 ou mais vezes/semana) e consumo de tabaco (nunca fumou/ex-fumante, fumante atual) com outras opções de respostas.

Por fim, os aspectos relacionados à saúde foram avaliados por meio da auto percepção do estado de saúde (muito bom/bom, regular, ruim/muito ruim); e se possui morbidade (sim, não).

Análise de dados

A primeira parte foi a análise descritiva que incluiu o cálculo das frequências absolutas, proporção das variáveis para as variáveis categóricas segundo características sociodemográficas, informações gerais sobre o trabalho, hábitos de vida e aspectos relacionados à saúde. Em seguida foi utilizada estatística descrita (média, mediana e desvio-padrão) para as variáveis discretas e contínuas.

Para análise bivariada, foram investigadas as frequências simples e relativa do cruzamento das variáveis independentes segundo situações de esforço-recompensa. Para avaliar a associação entre as variáveis independentes e os desfechos, a razão de prevalência (RP) com seus respectivos Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) foram utilizadas como medida de associação e os valores de probabilidade do teste qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$), foram utilizadas como medida de significância estatística.

A modelagem de regressão logística multivariável foi empregada para avaliação do efeito simultâneo das variáveis independentes e a dor musculoesquelética nos três segmentos corporais. Ressalta-se que o modelo de regressão logística produz medidas de *odds ratio* (OR) que permitiu interpretabilidade biológica e aproximação com as RP.

Foram avaliados os desempenhos dos modelos parciais e completos. As razões de prevalência ajustadas foram obtidas pelo método de regressão de Poisson com variância robusta para investigar a associação entre as variáveis de ERI e desfechos.

Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico STATA, versão 12 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA).

Questões éticas

O projeto-mãe foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), protocolo número 081/2009 e número de CAAE 0086.0.059.000.09.

RESULTADOS

Participaram do estudo 3.343 trabalhadores da saúde. A média etária foi 40,9 anos (desvio-padrão de 33,7), a maioria do sexo feminino (78,7%), casados (as) /união estável (58,0%), com ensino médio/ técnico (70,0%), de raça/cor preta/parda/indígena (83,3%), com filhos (70,8%) e renda até 2.000 reais (84,1%). Entre os trabalhadores, foi mais frequente a situação de baixo esforço (46,6%) e baixa recompensa (48,0%), baixo comprometimento excessivo (37,3%) e alta relação entre esforço/recompensa (67,5%).

As prevalências gerais de DME foram 30,2% para membros inferiores; 24,3% no dorso e 20,8% para os membros superiores.

As variáveis de ajuste consideradas foram agrupadas em sociodemográficas, hábitos de vida e ocupacionais.

Evidenciaram as maiores médias em todos indicadores do ERI para as variáveis: tempo total de trabalho e tempo total de trabalho no serviço público de até 15 anos. No que tange alto esforço e baixa recompensa, apresentaram médias superiores, respectivamente, trabalhadores com faixa etária de 19 a 40 anos (11,85; 15,59), da raça/cor preta/parda/indígena (11,78; 15,50). Enquanto, baixa recompensa e comprometimento excessivo foram evidenciados médias mais elevadas em trabalhadores do tipo cargo de confiança, respectivamente, 16,37; 14,63. Obtiveram médias mais altas para esforço e comprometimento excessivo, respectivamente, trabalhadores com um vínculo empregatício (11,85; 14,40), casados/união estável (11,85; 14,38) com filhos (11,80; 14,38), do ensino médio (11,86; 14,41), que não consumiam bebida alcoólica (11,86; 14,31), que não praticavam atividade física (11,86; 14,40), sem atividades regulares de lazer (12,11; 14,76) e com morbidade (11,89; 14,47) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das dimensões do ERI segundo variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e ocupacionais. Bahia/Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Esforço	Recompensa	Comprometimento Excessivo	ERI
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Sexo				
Masculino	11,73 (2,49)	15,58 (1,95)	14,15 (2,82)	0,41 (0,11)

Feminino	11,80 (2,54)	15,49 (2,13)	14,32 (2,88)	0,42 (0,10)
Idade				
19 a 40 anos	11,85 (2,54)	15,59 (2,04)	14,23 (2,86)	0,42 (0,10)
41 a 59 anos	11,83 (2,45)	15,44 (2,09)	14,55 (2,77)	0,42 (0,10)
A partir de 60 anos	10,93 (2,33)	15,50 (1,72)	13,66 (2,90)	0,38 (0,86)
Raça/cor				
Branca/Amarela	11,75 (2,64)	15,45 (2,18)	14,32 (3,09)	0,42 (0,10)
Preta/Parda/Indígena	11,78 (2,51)	15,50 (2,10)	14,26 (2,84)	0,42 (0,10)
Estado civil				
Solteiro	11,70 (2,63)	15,51 (2,14)	14,10 (2,94)	0,41 (0,11)
Casado/União estável	11,85 (2,48)	15,47 (2,10)	14,38 (2,90)	0,42 (0,10)
Viúvo/Divorciado	11,60 (2,51)	15,62 (2,08)	14,28 (2,68)	0,40 (0,10)
Escolaridade				
Ensino fundamental	11,18 (2,99)	15,63 (2,95)	14,00 (3,55)	0,39 (0,11)
Ensino médio	11,86 (2,47)	15,42 (2,03)	14,41 (2,83)	0,42 (0,10)
Ensino superior completo	11,72 (2,58)	15,71 (2,08)	14,05 (2,82)	0,41 (0,10)
Renda				
0 a 2000 reais	11,81 (2,47)	15,47 (2,03)	14,41 (2,88)	0,42 (0,10)
2001 a 5000 reais	12,07 (2,65)	16,10 (1,93)	14,41 (2,71)	0,41 (0,10)
5001 a 10.000 reais	11,43 (2,74)	15,37 (2,50)	13,53 (2,42)	0,41 (0,09)
10.001 a 60.000 reais	12,55 (3,10)	14,65 (3,87)	14,27 (4,13)	0,49 (0,14)
Presença de filhos				
Não	11,76 (2,62)	15,65 (1,92)	14,07 (2,75)	0,41 (0,10)
Sim	11,80 (2,49)	15,44 (2,15)	14,38 (2,92)	0,42 (0,10)
Prática atividade física				
Não	11,86 (2,55)	15,50 (2,03)	14,40 (2,84)	0,42 (0,10)
Sim	11,56 (2,44)	15,55 (1,97)	13,97 (2,79)	0,41 (0,99)
Atividades regulares de lazer				
Não	12,11 (2,60)	15,48 (2,52)	14,76 (3,11)	0,43 (0,99)
Sim	11,72 (2,51)	15,52 (1,99)	14,18 (2,81)	0,41 (0,10)
Consumo de bebida alcoólica				
Não	11,86 (2,53)	15,53 (2,09)	14,31 (2,89)	0,42 (0,10)
Sim	11,69 (2,57)	15,61 (2,00)	14,13 (2,87)	0,41 (0,10)
Vínculo atual				
Concursado	11,81 (2,49)	15,19 (2,01)	14,33 (2,91)	0,42 (0,10)
Setor privado	11,61 (2,72)	16,22 (2,21)	13,98 (2,85)	0,39 (0,11)
Cooperativa/Estagiário	11,87 (2,55)	16,23 (2,21)	14,25 (2,71)	0,40 (0,90)
Cargo de confiança	11,46 (2,67)	16,37 (2,05)	14,63 (3,13)	0,38 (0,95)
Tempo de trabalho total				
0 a 15 anos	11,86 (2,55)	15,54 (2,12)	14,35 (2,86)	0,42 (0,10)
16 a 30 anos	11,50 (2,45)	15,21 (2,26)	14,01 (3,06)	0,41 (0,10)
Acima de 30 anos	10,65 (2,74)	15,25 (2,45)	13,37 (3,23)	0,38 (0,10)
Quantidade de Vínculos				
Um vínculo	11,85 (2,49)	15,47 (2,14)	14,40 (2,86)	0,42 (0,10)
Dois ou mais vínculos	11,51 (2,56)	15,67 (1,84)	13,87 (2,84)	0,40 (0,09)
Tempo total de trabalho no serviço público				
0 a 15 anos	11,84 (2,58)	15,54 (2,16)	14,32 (2,90)	0,42 (0,10)
16 a 30 anos	11,66 (2,35)	15,29 (2,09)	14,22 (2,90)	0,42 (0,11)
Acima de 30 anos	10,83 (2,65)	15,25 (2,27)	13,49 (2,99)	0,39 (0,92)
Jornada semanal de trabalho				
0 a 40 h/semana	11,82 (2,45)	15,50 (2,00)	14,33 (2,84)	0,42 (0,10)
41 a 60 h/semana	11,62 (2,57)	15,87 (1,86)	14,23 (2,77)	0,40 (0,98)
Mais de 60 h/semana	12,22 (2,90)	15,43 (2,19)	14,18 (2,88)	0,43 (0,11)

DP - Desvio-Padrão

* Ajustado por {sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, presença de filhos, renda, atividade física, lazer ingestão de bebida alcoólica, presença de morbidades, vínculo atual, quantidade de vínculos, tempo total de trabalho, tempo total de trabalho no serviço público, jornada semanal de trabalho}

Houve prevalência de dor no dorso em trabalhadores com baixo esforço 26,0%, alta recompensa 26,0% e comprometimento excessivo intermediário 26,1%. A prevalência foi baixa, 26,6%, na razão esforço/recompensa. Houve associação entre razão a esforço/recompensa baixo (RP: 1,14; IC95%: 1,02-1,26). Após RP ajustada não houve variável com associação estatística para o desfecho (Tabela 2).

Tabela 2- Análise multivariada para associação entre ERI e dor no dorso em trabalhadores da saúde. Bahia/Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Dor no dorso					
			Bruto		Ajustado*	
	n	%	RP	IC 95%	RP	IC95%
Esforço						
Baixo	282	26,01	1,00		1,00	
Intermediário	171	22,86	0,89	0,75 - 1,05	0,90	0,75 - 1,07
Alto	122	21,93	0,90	0,78 - 1,03	0,95	0,77 - 1,18
Recompensa						
Baixo	273	23,58	0,95	0,87 - 1,03	0,90	0,76 - 1,06
Intermediário	134	23,93	0,94	0,81 - 1,08	0,91	0,75 - 1,11
Alto	168	26,01	1,00		1,00	
Comprometimento Excessivo						
Baixo	219	25,38	1,00		1,00	
Intermediário	193	26,12	0,95	0,87 - 1,03	1,04	0,88 - 1,24
Alto	163	21,39	0,94	0,81 - 1,08	0,86	0,70 - 1,06
Esforço/Recompensa						
Baixo	217	26,66	1,14	1,02 - 1,26	1,21	0,98 - 1,50
Intermediário	186	24,67	1,09	0,97 - 1,22	1,14	0,95 - 1,37
Alto	171	21,56	1,00		1,00	

RP- Razão de prevalência; IC-Intervalo de confiança.

* Ajustado por {sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, presença de filhos, renda, atividade física, lazer ingestão de bebida alcoólica, presença de morbidades, vínculo atual, quantidade de vínculos, tempo total de trabalho, tempo total de trabalho no serviço público, jornada semanal de trabalho}

A prevalência de dor nos membros superiores foi em trabalhadores com alto esforço 32,2%, baixa recompensa 22,3% e alto comprometimento excessivo 31,9%. A prevalência foi alta, 30,3%, na razão esforço-recompensa. A associação ocorreu entre esforço e comprometimento excessivo, intermediário e alto. Esforço intermediário (RP: 1,90; IC95%: 1,65-2,18) e alto (RP: 1,38; IC95%: 1,22-1,56); comprometimento excessivo intermediário (RP: 1,70; IC95% 1,54-1,88) e alto (RP: 1,29; IC95% 1,14 - 1,46). Após ajustes, as variáveis com associação permaneceram esforço intermediário (RP: 1,37; IC95%: 1,11-1,69) e alto (RP: 1,62; IC95% 1,30-2,03); comprometimento excessivo intermediário (RP: 1,40; IC95% 1,10-1,78) e alto (RP: 2,03; IC95% 1,60-2,57) (Tabela 3).

Tabela 03 Análise multivariada para associação entre ERI e dor nos membros superiores em trabalhadores da saúde. Bahia/Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Dor nos membros superiores					
	Bruto				Ajustado*	
	n	%	RP	IC 95%	RP	IC95%
Esforço						
Baixo	147	13,96	1,00		1,00	
Intermediário	164	22,71	1,90	1,65 - 2,18	1,37	1,11 - 1,69
Alto	166	32,17	1,38	1,22 - 1,56	1,62	1,30 - 2,03
Recompensa						
Baixo	249	22,33	1,05	0,96 - 1,14	1,16	0,96 - 1,40
Intermediário	103	18,76	0,96	0,81 - 1,12	0,97	0,77 - 1,22
Alto	125	19,94	1,00		1,00	
Comprometimento Excessivo						
Baixo	104	12,41	1,00		1,00	
Intermediário	138	19,27	1,70	1,54 - 1,88	1,40	1,10 - 1,78
Alto	235	31,89	1,29	1,14 - 1,46	2,03	1,60 - 2,57
Esforço/Recompensa						
Baixo	103	13,02	0,54	0,46 - 0,64	0,48	0,37 - 0,63
Intermediário	142	19,43	0,72	0,62 - 0,83	0,71	0,56 - 0,89
Alto	232	30,29	1,00		1,00	

RP- Razão de prevalência; IC-Intervalo de confiança.

* Ajustado por {sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, presença de filhos, renda, atividade física, lazer ingestão de bebida alcoólica, presença de morbidades, vínculo atual, quantidade de vínculos, tempo total de trabalho, tempo total de trabalho no serviço público, jornada semanal de trabalho}

A prevalência de dor nos membros inferiores foi em trabalhadores com alto esforço 44,41%, baixa recompensa 32,1% e alto comprometimento excessivo 42,0%. A prevalência foi alta, 41,5%, na razão esforço-recompensa. As variáveis que se mantiveram associadas foram esforço intermediário (RP:1,94, IC95%: 1,71-2,21) e alto (RP: 1,36; IC95%: 1,22-1,51); comprometimento excessivo intermediário (RP: 1,67; IC:95% 1,52-1,84) e alto (RP: 1,31; IC95%: 1,18-1,45). As RP ajustadas que tiveram associação foram esforço intermediário (RP: 1,31; IC95%: 1,13-1,51) e alto (RP: 1,59; IC95%: 1,36-1,87); recompensa baixa (RP: 1,20; IC95%: 1,04-1,37); comprometimento excessivo alto (RP: 1,67; IC95% 1,41-1,97) (Tabela 4).

Tabela 04 Análise multivariada para associação entre ERI e dor nos membros inferiores em trabalhadores da saúde. Bahia/Brasil, 2011-2012.

Variáveis	Dor nos membros inferiores					
	Bruto				Ajustado*	
	n	%	RP	IC 95%	RP	IC95%
Esforço						
Baixo	276	21,90	1,00		1,00	
Intermediário	279	32,67	1,94	1,71 - 2,21	1,31	1,13 - 1,51
Alto	262	44,41	1,36	1,22 - 1,51	1,59	1,36 - 1,87
Recompensa						
Baixo	416	32,15	1,08	1,00 - 1,15	1,20	1,04 - 1,37
Intermediário	194	29,44	1,04	0,93 - 1,18	1,09	0,93 - 1,29

Alto	207	27,56	1,00		1,00	
Comprometimento Excessivo						
Baixo	204	20,24	1,00		1,00	
Intermediário	258	30,32	1,67	1,52 - 1,84	1,38	0,17 - 1,62
Alto	355	42,01	1,31	1,18 - 1,45	1,67	1,41 - 1,97
Esforço/Recompensa						
Baixo	208	21,62	0,61	0,54 - 0,68	0,59	0,49 - 0,71
Intermediário	245	28,36	0,73	0,65 - 0,82	0,74	0,63 - 0,87
Alto	363	41,49	1,00		1,00	

* Ajustado por {sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, presença de filhos, renda, atividade física, lazer ingesta de bebida alcoólica, presença de morbidades, vínculo atual, quantidade de vínculos, tempo total de trabalho, tempo total de trabalho no serviço público, jornada semanal de trabalho}

DISCUSSÃO

Os trabalhadores da saúde estão entre as categorias profissionais mais afetadas pelos DME e diversos estudos mostram elevada prevalência entre diferentes grupos ocupacionais da área de saúde (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). Ressaltando estudos realizados no Canadá (NGAN et al, 2010), Nigéria (TINUBU et al, 2010), Chile (HENRÍQUEZ; RIVERA; EYZAGUIRRE, 2010), Austrália (PASSIER; MCPHAIL, 2011) e no Brasil (BARBOSA, 2012; LIMAI et al, 2014; MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2012).

Neste estudo, o perfil dos trabalhadores demonstrou uma prevalência para alto esforço, baixa recompensa e alto comprometimento excessivo no sexo feminino, jovens, entre 19 a 40 anos, de raça/cor preta/parda/indígena, casado (a) /união estável, com filho, escolaridade com nível médio e renda até 2.000 reais, concursados, com tempo total de trabalho e no serviço público de até 15 anos com apenas um vínculo e jornada semanal de até 40 horas. A maioria dos trabalhadores não praticavam atividade física e possuía algum tipo de morbidade.

Não houve associação para recompensa. Esforço, comprometimento excessivo e relação esforço/recompensa houve associação para MMSS e MMII. Desta maneira, o desequilíbrio acentuado entre esforço e recompensa é desencadeador de estresse e pode levar a pessoa com maior dificuldade de adaptação a diversos tipos de doenças.

As condições de trabalho inadequadas intensificam o esforço realizado que, não condizente com a recompensa ou equivalência como remuneração ou oportunidade na carreira e apoio, acabam por repercutir no padrão de motivação do trabalhador, na sua satisfação com o trabalho, elevando os custos para a continuidade da atividade laboral, o que pode levar as doenças físicas e psíquicas (OLIVEIRA; ARAUJO, 2018).

Vale salientar, que a dor é o principal sintoma dos DME, com origem multifatorial e prevalentes em trabalhadores da saúde (BARBOSA; ASSUNÇÃO; ARAÚJO, 2012). Associado aos fatores psicossociais negativos esses DME desencadeiam ou agravam a dor musculoesquelética, aliado a características individuais, como idade, comportamentos (tabagismo, sedentarismo, entre outros) e comorbidades (DARAISEH et al., 2010).

Pesquisa demonstra a prevalência de dor musculoesquelética em trabalhadores da saúde do sexo feminino, com mais de dois filhos, casados, e que não praticavam atividade física (COELHO et al., 2012). Outro estudo, evidencia que a prática de atividade física é pouco frequente, e a maioria dos trabalhadores da saúde prefere dedicar um tempo considerável do seu tempo livre para a realização de atividades sedentárias (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Alguns fatores comportamentais e relacionados ao estilo de vida podem aumentar o sintoma musculoesquelético. Entre a população de trabalhadores da saúde, as atividades de lazer e as atividades físicas (ASSUNÇÃO et al., 2014), têm uma importante função na recuperação da saúde (TUISKU et al., 2016).

Em relação a baixa recompensa e comprometimento excessivo foram evidenciados médias mais elevadas em trabalhadores do tipo cargo de confiança, corroborando com Siegrist et al. (2004), que destaca altas demandas de trabalho, poucos recursos, falta de condições adequadas para exercer as atividades laborais, instabilidade no trabalho, baixa remuneração e comprometimento profissional excessivo pode haver tensões e conseqüentemente risco à saúde.

A prevalência de alto esforço, baixa recompensa e comprometimento excessivo para trabalhadores efetivos, nível médio e salário até 2.000 reais evidencia a ausência de reciprocidade entre custos e ganhos o que provoca emoções negativas com propensão especial para ativação autonômica e neuroendócrina sustentada (SIEGRIST, 1996). A baixa remuneração destes trabalhadores incide diretamente no acesso adequado aos serviços de saúde, lazer e recreação, dentre outros serviços (PEDROSA; TELES, 2001). Estudos mostram como a remuneração inadequada, a falta de reconhecimento profissional e o trabalho extenuante causa o adoecimento (STICCA; MANDARINI, 2019; DE SOUSA et al., 2020;

Na pesquisa evidenciou que alto esforço teve maior prevalência nos três segmentos corporais investigados. Além disso, esforço alto e intermediário associado ao comprometimento excessivo intermediário ou elevado tiveram associação, bruta e ajustada, nas regiões dos Membros Superiores (MMSS) e Membros Inferiores (MMII), demonstrando como uma disposição individual motiva as pessoas a despenderem grandes esforços, mesmo em situações que a recompensa é baixa, ocasionando múltiplos problemas físicos e mentais, incluindo

distúrbios musculoesqueléticos (PRECKEL et al., 2005; KRAUSE; BURGEL; REMPEL, 2010).

A alta recompensa prevaleceu apenas no desfecho dorso, nos outros desfechos prevaleceu baixa recompensa, e apenas nos MMII obteve associação estatística ajustada. Já em dor no dorso houve apenas associação estatística na relação esforço/recompensa baixa, o que demonstra o desequilíbrio entre esforço e recompensa. Siegrist (2016) assegura que experiência recorrente de reciprocidade fracassada (baixas recompensas frente aos esforços) afeta a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, comprometendo sua autoestima e gerando emoções negativas e respostas relacionadas ao estresse psicobiológicos.

Neste estudo, algumas limitações devem ser consideradas. Por ser de corte transversal, o período é relativamente curto para investigação entre exposição e desfecho, pois ambos foram coletados em um mesmo ponto do tempo. Com isso, dificulta a averiguação da relação causa-efeito no processo de adoecimento, o que não permite inferências causais e acompanhamento dos trabalhadores, impossibilitando o fornecimento de informações mais fidedignas acerca dos fatores de exposição na ocorrência dos desfechos entre trabalhadores da saúde. Outras limitações que podem interferir na pesquisa são: o autorrelato por parte de alguns trabalhadores em determinadas informações do questionário e a ausência dos trabalhadores afastados não terem sido incluídos na pesquisa, podendo haver o viés do efeito do trabalhador saudável.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que existem situações de desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho para ocorrência de DME em trabalhadores da atenção primária da saúde.

Diante disso, melhorias das condições e organização do trabalho, com políticas públicas, eficientes e operantes, para o trabalhador, podem contribuir para a redução dos DME e a prevenção e promoção em saúde, com intuito de reduzir sofrimentos e danos que possam comprometer a saúde destes, além de melhorar a qualidade de vida.

Espera-se com essa pesquisa contribuir para a compreensão da dimensão do problema e estimular as discussões sobre a atual situação, buscando, dirimir danos futuros. Além de assegurar o cumprimento das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), especialmente a longitudinalidade do cuidado, com a continuidade da relação e construção do vínculo entre profissionais e usuários.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não houveram conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, A. Á.; MACHADO, A. F.; ARAÚJO, T. M. de. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, p. 147–167, jun. 2012.
- ASSUNÇÃO, A. Á. et al. Depressão entre médicos que trabalham na rede pública de saúde em Belo Horizonte, Brasil. **Psiquiatria social e epidemiologia psiquiátrica**, v. 49, n. 8, pág. 1219-1229, 2014.
- BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAÚJO, T. M. DE. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1569–1580, ago. 2012.
- CARDOSO, J. P. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e dor musculoesquelética em professores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1498-1506, 2011.
- CHOR, D. et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 219–224, jan. 2008.
- COELHO, A. L. et al. Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética entre agentes comunitários de saúde do município de Jequié–Bahia. Anais do **IV Simpósio de Saúde Pública da Região Sudoeste: O SUS e a saúde do idoso**. v.1, 2012.
- DARAISEH, N. M. et al. Low back symptoms among hospital nurses, associations to individual factors and pain in multiple body regions. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 40, n. 1, p. 19–24, 1 jan. 2010.
- DE SOUSA, C. N. S. et al. Análise do estresse ocupacional na enfermagem: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 52, p. e3511-e3511, 2020.
- GUIMARÃES, L.A. M.; SIEGRIST, J.; MARTINS, D.A. Modelo teórico de estresse ocupacional: desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho (ERI). **Série saúde mental e trabalho**, v. 2, p. 69-83, 2004.
- GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; FILHO, H.R.C. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 608-613, out. 2003.
- HENRÍQUEZ, M. G.; RIVERA, C. F.; EYZAGUIRRE, J. M. Prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos de columna lumbar en trabajadoras y límites biomecánicos en el manejo de carga y pacientes. **Ciencia & Trabajo**, n. 37, p. 380-385, 2010.
- HENSCHKE, N.; KAMPER, S. J.; MAHER, C. G. The epidemiology and economic consequences of pain. In: **Mayo Clinic Proceedings**. Elsevier, p. 139-147, 2015.
- KRAUSE, N.; BURGEL, B.; REMPEL, D. Effort-reward imbalance and one-year change in neck-shoulder and upper-extremity pain among call center computer operators. **Scandinavian journal of work, environment & health**, p. 42-53, 2010.

LIMAI, A. C. S. de et al. **Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem hospitalar.** 2014.

MAGNAGO, T. S. B. de S. et al. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 701-705, 2007.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. **Revista de Salud Pública**, v. 14, n. 4, p. 668-680, 2012.

NGAN, K. et al. Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. **Occupational medicine**, v. 60, n. 5, p. 389-394, 2010.

OLIVEIRA, A. M.N.; ARAUJO, T.M. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243-262, abr. 2018.

PARADA, E. DE O.; ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 64-69, jan. 2002.

PASSIER, L.; MCPHAIL, S. Work related musculoskeletal disorders amongst therapists in physically demanding roles: qualitative analysis of risk factors and strategies for prevention. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2011.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 303-311, 2001.

PERROT, S. et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. **Pain**, v. 160, n. 1, p. 77-82, 2019.

PRECKEL, D. et al. Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. **International archives of occupational and environmental health**, v. 78, n. 2, p. 117-122, 2005.

SIEGRIST, J. et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. **Social Science & Medicine**, v. 58, n. 8, p.1483-1499, 2004.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v.1, n.1, 27-41, 1996.

SIEGRIST, J. Effort-reward imbalance at work: theory, measurement and evidence. Düsseldorf: **University Dusseldorf**, Department of Medical Sociology, 2012.

SIEGRIST, J. A theoretical model in the context of economic globalization. In: **Work stress and health in a globalized economy**. Springer, Cham, p. 3-19, 2016.

STICCA, M. G.; MANDARINI, M. Fatores de risco psicossocial relacionados ao estresse em trabalhadores terceirizados: uma revisão. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 13, n. 1, p. 10-10, 2019.

TINUBU, B. M. et al. Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 11, n. 1, p. 12, 20 jan. 2010.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. s193-s201, 2008.

TRINDADE, L. de L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 274-279, 2010.

TUISKU, K. et al. Cultural leisure activities, recovery and work engagement among hospital employees. **Industrial health**, p. 2015-0124, 2016.

VASCONCELOS, E. F.; GUIMARÃES, L. A. M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicologo informacao**, v. 13, n. 13, p. 11-36, out. 2009.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo apontaram que os trabalhadores da atenção primária à saúde possuem um perfil com prevalência para alto esforço, baixa recompensa e alto comprometimento excessivo no sexo feminino, jovens, entre 19 a 40 anos, de raça/cor preta/parda/indígena, casado (a) /união estável, com filho, escolaridade com nível médio, com tempo total de trabalho e no serviço público de até 15 anos. A maioria dos trabalhadores não praticavam atividade física e possuía algum tipo de morbidade.

Na análise geral do trabalho, a escala ERI não teve associação com DME para recompensa. Nos três seguimentos avaliados tiveram associação para esforço, comprometimento excessivo e relação esforço/recompensa. Desta maneira, o desequilíbrio acentuado entre esforço e recompensa pode levar a pessoa com maior dificuldade de adaptação a sintomatologia musculoesquelética.

As prevalências gerais de DME foram 30,2% para membros inferiores; 24,3% no dorso e 20,8% para os membros superiores.

Diante disso, melhorias das condições e organização do trabalho, com políticas públicas, eficientes e operantes, para o trabalhador, podem contribuir para a redução dos DME e a prevenção e promoção em saúde, com intuito de reduzir sofrimentos e danos que possam comprometer a saúde destes, além de melhorar a qualidade de vida.

Embora o estudo de corte transversal apresente como limitação a incapacidade de avaliar temporalmente a relação entre causa (esforço-recompensa) e efeito (sintomatologia musculoesquelética), a pesquisa mostra evidências estatísticas quanto o desequilíbrio entre esforço-recompensa e fatores associados levam a ocorrência de sintomatologias musculoesqueléticas, contribuindo para a compreensão da dimensão do problema, estimulando as discussões sobre a atual situação, buscando, dirimir danos futuros.

Além de assegurar o cumprimento das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), especialmente a longitudinalidade do cuidado, com a continuidade da relação e construção do vínculo entre profissionais e usuários e servir de alicerce para transformações, principalmente, por caracterizar a realidade de uma grande quantidade de municípios brasileiros.

9 RECOMENDAÇÕES

A partir dos resultados do estudo, recomenda-se:

- ✓ A realização de estudos longitudinais para a verificação dos fatores de riscos ocupacionais, de maneira precoce, com intuito de prevenir a ocorrência dos DME;
- ✓ A elaboração de programas de promoção e proteção da saúde, com vistas na redução destas morbidades decorrentes dos modelos e processos produtivos nos estabelecimentos de saúde;
- ✓ A orientação das políticas de saúde, que promova a responsabilização dos gestores e o fortalecimento da participação e do controle social, que contribua para ampliação do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde dos trabalhadores da saúde;
- ✓ Que os trabalhadores da saúde, principalmente os que apresentam sintomatologias musculoesqueléticas, possam ser assistidos pelo SUS com ações, como ginástica laboral, programas de atividade física e mental, no intuito de prevenir complicações decorrentes dessas morbidades musculoesqueléticas, bem como sejam garantidas, a todos os trabalhadores condições de trabalho que favoreçam a manutenção da saúde;
- ✓ A ampliação do contingente de inquéritos acerca dos trabalhadores da atenção primária à saúde, nas diversas regiões do país, pois poderá ser importante instrumento em ações de vigilância em saúde desse grupo ocupacional;
- ✓ A criação de sistemas de informação em saúde que disponibilizem dados referentes às condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 6. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2017.
- ALENCAR, M. do C. B. de; CAVALCANTI, T. A.; MONTREZOR, J. B. Condições de trabalho em uma cozinha industrial e distúrbios osteomusculares de trabalhadores. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 1, 2013.
- ALEXOPOULOS, E C.; STATHI, I-C; CHARIZANI, F. Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 5, n. 1, p. 1-8, 2004.
- ALVES, G. **Trabalho e Subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ANDRADE, J. de J. de. **Dinâmica transversal, deliberativa e inteligente na construção da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST)**. Monografia (Graduação em Gestão de políticas públicas) - Universidade de Brasília, Brasília, DF: 75p. 2019.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Boitempo; 2000.
- ANTUNES, R. **A desertificação Neoliberal no Brasil (COLLOR, FHC e LULA)**. São Paulo: Autores Associados, 2005
- ANTUNES, R.L.C. **Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. p. 212-212, 2008.
- ARAÚJO, T. M. de; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.131-150, 2011.
- ARAÚJO, T. M. de et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 645–657, set. 2016.
- ARMSTRONG, Thomas J. et al. A conceptual model for work-related neck and upper-limb musculoskeletal disorders. **Scandinavian journal of work, environment & health**, p. 73-84, 1993.
- ARONSSON, G.; GUSTAFSSON, K.; DALLNER, M. Work environment and health in different types of temporary jobs. **European journal of work and organizational psychology**, v. 11, n. 2, p. 151-175, 2002.
- ASSUNÇÃO, A. Á.; MACHADO, A. F.; ARAÚJO, T. M. de. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, p. 147–167, jun. 2012.

ASSUNÇÃO, A. Á. et al. Depressão entre médicos que trabalham na rede pública de saúde em Belo Horizonte, Brasil. **Psiquiatria social e epidemiologia psiquiátrica**, v. 49, n. 8, pág. 1219-1229, 2014.

BAHIA. Portaria Estadual SESAB nº 30, de 15 de janeiro de 2021. Institui a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia. **Diário Oficial**: Salvador, Bahia. Ano 105, Nº 23.070, 16 de janeiro de 2021.

BAKKER, Arnold B., et al. Effort–reward imbalance and burnout among nurses. **Journal of advanced nursing**, v. 31, n. 4, p. 884-891, 2000.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ARAÚJO, T. M. DE. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1569–1580, ago. 2012.

BARROS, M.V.G. et al. **Análise de dados em saúde**. Londrina, PR: Midiograf, 2012.

BARROS-DUARTE, C.; CUNHA, L. Avaliação de fatores psicossociais de risco: contributos do inquérito INSAT (333-346). In: NETO, H.V.; AREOSA, J.; AREZES P. (Org). **Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho**. Vila do Conde: Civeri Publishing. ISBN 978-989-97762-9-6, p. 411, 2014.

BENACH, J.; MUNTANER, C.; SANTANA, V. **Employment conditions and health inequalities**. 2007.

BERNARD, C. et al. Biomechanical and psychosocial work exposures and musculoskeletal symptoms among vineyard workers. **Journal of occupational health**, v. 53, n. 5, p. 297-311, 2011.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P. DE; SCHERER, M. D. DOS A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, p. 157–173, 2011.

BONCIANI, M. Contrato coletivo e saúde dos trabalhadores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.45, p.53-58, 1994.

BONGERS, Paulien M. et al. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. **Scandinavian journal of work, environment & health**, p. 297-312, 1993.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, p. 634–649, set. 2010.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de. Saúde e previdência: estudos de política social. Rio de Janeiro, São Paulo: Cebes; Hucitec. **Saúde em debate**, 1981.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de Casa**. Brasil. Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Caderno de saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Norma Técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS**. Brasília, 2010.

BRASIL. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, Editora MS, 4. ed., 2010a.

BRASIL. Conselho Nacional De Secretários De Saúde (CONASS). **Atenção primária e promoção da saúde**. 197p. 20.ed. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo nº 008 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde, de 01 de dezembro de 2011. **Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, nº 165, Seção I, p. 46-51, Brasília, DF, 24 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER) distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. **Diário Oficial da União**. 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 2017a.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social/ Ministério da Fazenda, Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência**. Brasília, v. 24, p. 562-218, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.392, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 set. 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2e nº 6, de 2017, para instituir equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da União**. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde Brasileira: avaliação por convidados externos e consulta pública** 2019b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso 25 jan. 2022.

BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**. 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 03/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2022, de 20 de janeiro de 2022-SAPS/MS. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**. 2022.

BUCHALLA, C. M; WALDMAN, E. A; LAURENTI, R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, p. 335-344, 2003.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2012. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 12/09/2019.

CAILLIET, R. **Síndromes dolorosas: lombalgias**. São Paulo: Manole; 1999.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, 2006.

CAMPOS F.E. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – Desprecariza SUS: perguntas & respostas- **Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 32 p., 2006.

CARAYON, P.; SMITH, M.I J.; HAIMS, M.C. Work organization, job stress, and work-related musculoskeletal disorders. **Human factors**, v. 41, n. 4, p. 644-663, 1999.

CARDOSO, J. P. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e dor musculoesquelética em professores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1498-1506, 2011.

CARDOSO, M. C. A. Indicadores sobre riscos psicossociais no trabalho. In: SILVEIRA, M. A. (Org.). **Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho**. Campinas: Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer, p. 129-144, 2014.

CARDOSO, A. C. M.; MORGADO, L. P. Saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva: a necessidade de inclusão de questões determinantes do processo saúde-doença. **Revista Ciências do Trabalho**, n. 4, p. 145–156, 16 jun. 2015.

- CARDOSO, A. C.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 169–181, mar. 2019.
- CASTRO M.C., et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.
- CARREIRO, G. S. P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 146–55, 31 mar. 2013.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, p. 7-26, 2013.
- CHAMBERS, A. et al. Comparison of two measures of work functioning in a population of claimants with physical and psychological injuries. **Quality & Quantity**, v. 51, n. 1, p. 425–434, 2017.
- CHANDOLA, T. Stress at work. In: **The British Academy, London**. 2010.
- CHIAVEGATO FILHO, L. G.; PEREIRA JR, A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, pág. 149-162, 2004.
- CHOR, D. et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 219–224, jan. 2008.
- COELHO, A. L. et al. Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética entre agentes comunitários de saúde do município de Jequié–Bahia. Anais do **IV Simpósio de Saúde Pública da Região Sudoeste: O SUS e a saúde do idoso**. v.1, 2012.
- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. Psychometric properties evaluation of a new ergonomics-related job factors questionnaire developed for nursing workers. **Applied Ergonomics**, v. 45, n. 6, p. 1588–1596, 2014.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S191-S202, 2002.
- COOPER, C. L. (Ed.). **Theories of organizational stress**. Oup oxford, 1998.
- CORDEIRO, T. M. S. C.; ARAÚJO, T M. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 262-274, 2016.
- COSTA, G. D. da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.
- COSTA, D. et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.
- CRUZ, A. P. de C. FERLA, A. A.; LEMOS, F. C. S. Algunos aspectos de la Política Nacional para el personal sanitario en Brasil. **Psicología & Sociedad**, v. 30, 2018.

DANTAS, G. de S. V. **Aspectos psicossociais do trabalho, demandas físicas e a ocorrência de dor musculoesquelética em trabalhadores da saúde.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia, 2020.

DARAISEH, N. M. et al. Low back symptoms among hospital nurses, associations to individual factors and pain in multiple body regions. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 40, n. 1, p. 19–24, 1 jan. 2010.

DAUBERMANN, D. C.; TONETE, V. L. P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 277–283, 2012.

DEJOURS, C. **Por um novo conceito de saúde.** **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54. São Paulo, p. 7–11, 1986.

DIAS, E. C. et al (Org.). **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

DIAS, M. D. do A.l; BERTOLINI, G. C. dos S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, p. 137-148, 2011.

DIMARZIO G. Absenteísmo entre trabalhadores da atenção primária à saúde no município de Amparo 2006 e 2009. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: p. 118, 2011.

DOURADO, I; MEDINA, MG; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **International journal for equity in health**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2016.

DRAGANO N., SIEGRIST J., NYBERG S.T., et al. Effort-Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease: A Multicohort Study of 90,164 Individuals. **Epidemiology**, 28(4):619-626, 2017.

DUNHAM, J. (Ed.). **Stress in the workplace: Past, present and future.** John Wiley & Sons Incorporated, 2001.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FARIA, H. P. de et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FARIA, R.F. **Transformações no mundo do trabalho: reflexões, políticas e perspectivas para a saúde do trabalhador público Federal** (Dissertação mestrado acadêmico). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017.

FAUSTO, M. C. R. **Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira.** Tese

(Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In: VALÉRIA, M.V.G.C; CORBO, A.A.D. (org.). Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ: p. 43-67, 2007.

FERNANDES, R. **Distúrbios músculoesqueléticos e trabalho industrial.** Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 286f., 2004.

FINKELMAN, J. (Org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M. da; FAGUNDES, A. A. R. Impacto da sintomatologia osteomuscular na qualidade de vida de professores. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 14, p. 276-284, 2011.

FLEGELER, D. S. et al. O trabalho dos profissionais de saúde na estratégia saúde da família: relações complexas e laços institucionais frágeis. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 10, n 4, 2008.

FINKELMAN, J. (Org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FONSECA, C. O. As campanhas sanitárias e o ministério da saúde (1953-1990). *In: BENCHIMOL, J. (Coord.) Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada.* Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.

FONSECA, N. da R.; FERNANDES, R. de C. P. Fatores associados aos distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. Tela 1-Tela 8, 2010.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. Stress, trabalho e doenças de adaptação. *In: FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. Stress e trabalho uma abordagem psicossomática.* 4. ed. São Paulo: Atlas, p.29-52, 2007.

GÉRVAS J; FERNÁNDES M.P. Organização da Atenção Primária à Saúde. *In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado da Medicina da Família e Comunidade* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018.

GIRARDI, S. N. et al; **Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família. Relatório de Pesquisa** - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 208f, 2007.

GIUGLIANI C, et al. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. **The Journal of ambulatory care management**, v. 34, n. 4, p. 326-338, 2011.

GOLDEBERG, P. **A saúde dos executivos**: como identificar sinais de perigo para a saúde e levar a melhor contra o estresse. Rio de Janeiro, 1986.

GOMEZ, C. M. et al. Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. In: **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. São Paulo: Editora Cortez, p. 27-42, 1989.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. de C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 797-807, 2005.

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. DE; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, jun. 2018.

GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, T.M.; SILVA, C.E.P. Desordens Musculoesqueléticas em Cirurgiões-Dentistas. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.34, 2006.

GRIEP, R. H. et al. Uso combinado de modelos de estresse no trabalho e a saúde autorreferida na enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 145-152, 2011.

GUIMARÃES, L.A. M.; SIEGRIST, J.; MARTINS, D.A. Modelo teórico de estresse ocupacional: desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho (ERI). **Série saúde mental e trabalho**, v. 2, p. 69-83, 2004.

GUIMARÃES, R. M. et al. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 282–294, set. 2005.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. de O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 633-646, 2010.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; FILHO, H.R.C. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 608-613, out. 2003.

HABIB, R. R. et al. Musculoskeletal pain and psychosocial factors among Lebanese workers. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 68, n. Suppl 1, p. A67-A67, 2011.

HAIKAI, DS; ROSA, TTA; OLIVEIRA PE; SALES LO; PEREIRA AC; MACEDO CC; et al. Qualidade de Vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Revista APS**, v.16, n.3, p.301-312, 2013.

HAUKKA, E. et al. Effect of a participatory ergonomics intervention on psychosocial factors at work in a randomised controlled trial. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 67, n. 3, p. 170-177, 2010.

HENRÍQUEZ, M. G.; RIVERA, C. F.; EYZAGUIRRE, J. M. Prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos de columna lumbar en trabajadoras y límites biomecánicos en el manejo de carga y pacientes. **Ciencia & Trabajo**, n. 37, p. 380-385, 2010.

HENSCHKE, N.; KAMPER, S. J.; MAHER, C. G. The epidemiology and economic consequences of pain. In: **Mayo Clinic Proceedings**. p. 139-147. Elsevier, 2015.

HUANG, G. D.; FEUERSTEIN, M.; SAUTER, S. L. Occupational stress and work-related upper extremity disorders: Concepts and models. **American journal of industrial medicine**, v. 41, n. 5, p. 298-314, 2002.

HUGUE, T.D.; JÚNIOR, A. A. P. Prevalência de dor osteomuscular entre os funcionários administrativos da Unifebe. **Revista da UNIFEBE**, v. 1, n. 9, 2011.

HUSSAIN, T. Musculoskeletal symptoms among truck assembly orkers. **Occupational Medicine**, v. 54, n. 8, p. 506-512, 2004.

IANNI, Octávio. O mundo do trabalho. **São Paulo em perspectiva**, v. 8, n. 1, p. 2-12, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Musculoskeletal Disorders and the Workplace: Low Back and Upper Extremities**. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.

JUNIOR, C. A. DA S. F. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação** (dissertação de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, p. 137, 1999.

KRAUSE, N.; BURGEL, B.; REMPEL, D. Effort-reward imbalance and one-year change in neck-shoulder and upper-extremity pain among call center computer operators. **Scandinavian journal of work, environment & health**, p. 42-53, 2010

LACAZ, F.A.C. **Cenário e estratégia em saúde dos trabalhadores de 1986 a 1994**. Texto apresentado à 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Brasília, 1994.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia dos serviços e do movimento sindical. Tese (Doutorado em Medicina) - **Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas**, Campinas, SP. 432 f. 1996.

LAU, B. Effort-reward imbalance and overcommitment in employees in a Norwegian municipality: a cross sectional study. **Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)**, v. 3, n. 1, p. 9, jan. 2008.

LEGGAT, P. A.; SMITH, D. R. Musculoskeletal disorders self-reported by dentists in Queensland, Australia. **Aust Dent J**, v.51, n.4, p.324-7, 2006.

LI, J., et al. Effort–reward imbalance at work and job dissatisfaction in Chinese healthcare workers: a validation study. **International archives of occupational and environmental health**, v. 78, n. 3, p. 198-204, 2005.

LIMA, L. DE et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 17–24, mar. 2014.

LIMAI, A. C. S. de et al. **Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem hospitalar**. 2014.

LHUILIER, D.E. Trabalho. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 25, ed. 3, p. 483-492, 2013.

LOHELA KARLSSON, M. et al. Validation of a measure of health-related production loss: construct validity and responsiveness - a cohort study. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 1148, 2015.

LOPES, E. S. J. **Características do trabalho e emprego da equipe de saúde da família: análise de indicadores de precarização**. Feira de Santana, 2013.

LOURENÇO, E. Â. de S.; BERTANI, Í.F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, p. 121-134, 2007.

LUCCA, S. R. D. et al. Burnout e a organização do trabalho na Enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 44–52, 2018.

LUNDBERG, U. et al. Psychophysiological stress responses, muscle tension, and neck and shoulder pain among supermarket cashiers. **Journal of occupational health psychology**, v. 4, n. 3, p. 245, 1999.

LUNDBERG, U. Psychophysiology of work: Stress, gender, endocrine response, and work-related upper extremity disorders. **American journal of industrial medicine**, v. 41, n. 5, p. 383-392, 2002.

MACEDO, L. M. Modelos de atenção primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de integridade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde. **Universidade Estadual Paulista**, Botucatu: p. 269, 2013.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. dos S. de. Mercado de trabalho em saúde: em que trabalham e quem emprega estes trabalhadores? In: **Trabalhadores de saúde em números**: v. 2. p. 59-93, 2006.

MACIEL, R. H. et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 950-956, 2010.

MACIEL, R. H. M. DE O.; SANTOS, J. B. F. DOS; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, p. 75–87, 2015.

MAENO, M.; PARARELLI, R.; SILVEIRA, M. A. O trabalho como ele é e a saúde mental do trabalhador. **Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável. Campinas, Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer (CTI), p. 145-166, 2013.**

MAGNAGO, T. S. B. de S. et al. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 701-705, 2007.

MAGNAGO, T.S.B.S.; LISBOA, M.T.L.; GRIEP, R.H. Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético: revisão das pesquisas sobre o tema. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 560-565, set. 2008.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas "novas" formas de desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1545-1554, 2013.

MARRAS W.S, et al. National occupational research agenda (NORA) future directions in occupational musculoskeletal disorder health research. **Applied ergonomics**, v. 40, n. 1, p. 15-22, 2009.

MARX, K. **O capital: crítica de economia política**. Livro I. O processo de produção do capital. Traduzido por Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde. **Revista de Salud Pública**, v. 14, n. 4, p. 668-680, 2012.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1375–1386, maio 2013.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MATTA, G. C. A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Estudos de Politécnica e Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 167-182, 2006.**

MEDEIROS, S. M. DE; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 399–409, jun. 2004.

MEDINA, M. G. Dialogando com os autores: concordâncias e controvérsias sobre atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00116118, 2018.

MELIN, B.; LUNDBERG, U. A biopsychosocial approach to work-stress and musculoskeletal disorders. **Journal of Psychophysiology**, 1997.

MELO, M. B. DE; BARBOSA, M. A.; SOUZA, P. R. DE. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 1047–1055, ago. 2011.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 900-916, 2014.

MENDES, J. M. R. et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 194-207, 2015.

MERGENER, C. R.; KEHRIG, R. T.; TRAEBERT, J. Sintomatologia músculo-esquelética relacionada ao trabalho e sua relação com qualidade de vida em bancários do Meio Oeste Catarinense. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 171-181, 2008.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, p. S21-S32, 1997.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 309-320, 2016.

MORIN, E.M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas** [online]. v. 41, n. 3, 2001.

MUNIZ, H. P. et al. Ivar Oddone and his contribution to Worker's Health in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 128, p. 280–291, dez. 2013.

NASCIMENTO, G. M.; DAVID, H. M. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Rev Enferm UERJ**, v.16, n.4, p.550-6, 2008.

NEVES, M. O. et al. Aspectos psicossociais do trabalho de agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 1, p. 24–28, 22 jul. 2017.

NGAN, K. et al. Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. **Occupational medicine**, v. 60, n. 5, p. 389-394, 2010.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 251–264, 2000.

OLIVEIRA, A. M. N. DE. **Estresse ocupacional e saúde psíquica dos trabalhadores do distrito sanitário centro histórico do município de Salvador**. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, n. Salvador, p. 123, 2013.

OLIVEIRA, A. M.N.; ARAUJO, T.M. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 243-262, abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Bureau International du Travail – Les Facteurs Psychosociaux Travail – Nature, incidences et Prévention. **Serie Sécurité, Hygiène et Médecine du Travail**, 56, Genève. 1986.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Guia para a formulação de políticas nacionais de emprego. Departamento de Políticas de Emprego. Brasília, DF, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**, 1994.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 15-36, 2014.

PALMER, Keith T. et al. Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. **Rheumatology**, v. 51, n. 2, p. 230-242, 2012.

PARADA, E. DE O.; ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 64–69, jan. 2002.

PASSIER, L.; MCPHAIL, S. Work related musculoskeletal disorders amongst therapists in physically demanding roles: qualitative analysis of risk factors and strategies for prevention. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2011.

PAULINO, K. C. et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 5362-5372, 2021.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 303-311, 2001.

PEKKARINEN, L. *et al.* Job demands and musculoskeletal symptoms among female geriatric nurses: the moderating role of psychosocial resources. **Journal of occupational health psychology**, v. 18, n. 2, p. 211–9, abr. 2013.

PERROT, S. et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. **Pain**, v. 160, n. 1, p. 77-82, 2019.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PEREIRA, L. Z.; ZILLE, G. P. O estresse no trabalho uma análise teórica de seus conceitos e suas inter-relações. **Gestão e Sociedade**, v. 4, n. 7, p. 414-434, 2010.

PEREIRA, A. P. M. **Demandas físicas, fatores psicossociais do trabalho e ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores da atenção primária à saúde.** 2015.

PEREIRA, V. **Políticas de saúde no Brasil mudanças e retrocessos e.** Clube de Autores, 2018.

PINHEIRO, F. A. et al. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Revista de Saúde Pública.** v. 36, n. 3, 2002.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. **Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva,** 2012.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud.** 2014.

POCHMANN, M. **O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu.** p. 151–151, 2001.

POHLING, R. et al. Work-related factors of presenteeism: the mediating role of mental and physical health. **Journal of Occupational Health Psychology,** v.21, n.2, pp.220–234, 2015.

PRECKEL, D. et al. Overcommitment to work is associated with vital exhaustion. **International archives of occupational and environmental health,** v. 78, n. 2, p. 117-122, 2005.

RASELLA D.; AQUINO R.; BARRETO M.L. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. **Pediatrics:** 126(3): 534-540, 2010.

REIS, A. L. P. P. DOS; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão,** v. 30, n. 4, p. 712–725, dez. 2010.

REIS, J. G. et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, p. 3457-3462, 2019.

RIBEIRO, F. A. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2007.

RIBEIRO, I. Q. B. et al. Fatores ocupacionais associados à dor musculoesquelética em professores. **Revista baiana de saúde pública,** v. 35, n. 1, p. 42-42, 2011.

RIBEIRO, N. F.; FERNADES, R. de C. P. Distúrbios musculoesqueléticos em membros inferiores em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública,** v. 35, n. 1, p. 128-128, 2011.

RICHARDSON, S. A Review of: Social Psychology and Organizational Behaviour. **Ergonomics,** v. 28, n. 9, p. 1398–1400, 1 set. 1985.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3021–3032, 2015.

RUGULIES, R.; KRAUSE, N. Effort-reward imbalance and incidence of low back and neck injuries in San Francisco transit operators. **Occupational and environmental medicine**, v. 65, n. 8, p. 525–33, ago. 2008.

RUIZ, V. S.; ARAUJO, A. L. L. DE. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, p. 170–180, jun. 2012.

SALIM, C.A. **Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero**. São Paulo perspect. 2003;

SANCHEZ, Hugo Machado et al. Dor musculoesquelética em acadêmicos de odontologia. **Revista brasileira de medicina do trabalho**, v. 13, n. 1, p. 23-30, 2015.

SANTANA, Amália Ivine Costa. **Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde do Estado da Bahia**. 94 f. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, 2015.

SAUTER, S; MOON, S. D. An ecological model of musculoskeletal disorders in office work. In: **Beyond Biomechanics**. CRC Press, p. 15-31, 1996.

SAUTER, S. L. As constantes mudanças no trabalho e o bem-estar dos profissionais. In: **V Congresso de Stress da International Stress Management Association–ISMA/BR e VII Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho**. Porto Alegre. 2005.

SCHNEIDER, E. et al. **Osh in figures: occupational safety and health in the transport sector-an overview**. European Agency for Safety and Health at Work, 2010.

SEMBAJWE, G. et al. Effects of job strain on fatigue: cross-sectional and prospective views of the job content questionnaire and effort–reward imbalance in the GAZEL cohort. **Occupational and environmental medicine**, v. 69, n. 6, p. 377-384, 2012.

SETA, M. H. De; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SIEGRIST, J.; PETER, R. Threat to occupational status control and cardiovascular risk. **Israel Journal of Medical Science**, v. 32, p. 179, 1996.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v.1, n.1, 27-41, 1996.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward imbalance at work: theory, empirical support, and implications for preventions. In: COOPER. C. L. **Theories of organizational stress**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

SIEGRIST, Johannes. Effort-reward imbalance at work and health. In: **Historical and current perspectives on stress and health**. Emerald Group Publishing Limited, v.2, 261-291, 2002.

SIEGRIST, J. et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. **Social Science & Medicine**, v 58, n. 8, p.1483-1499, 2004.

SIEGRIST, J. Social reciprocity and health: New scientific evidence and policy implications. **Psychoneuroendocrinology**, France, v.30, p.1033-1038, 2005.

SIEGRIST, J. et al. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort–reward imbalance. **Int Arch Occup Environ Health** v.82, n.1005, 2009.

SIEGRIST, J. Recompensa social e saúde: como reduzir o estresse no trabalho e além dele. In: ROSSI, Ana M.; PERREWÉ, Pamela; MEURS, James (orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: stress social** – enfrentamento e prevenção. São Paulo: Atlas, p. 55-71, 2011.

SIEGRIST, J. Effort-reward imbalance at work: theory, measurement and evidence. Düsseldorf: **University Dusseldorf**, Department of Medical Sociology, 2012.

SIEGRIST, J.; LI, J.; MONTANO, D. Psychometric properties of the effort-reward imbalance questionnaire. **Germany: Duesseldorf University**, 2014.

SIEGRIST, J. A theoretical model in the context of economic globalization. In: **Work stress and health in a globalized economy**. Springer, Cham, p. 3-19, 2016.

SILVA, L. S.; BARRETO, S. M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, p. 32–36, jan. 2010.

SILVA-JUNIOR, J. S. DA; FISCHER, F. M. Long-Term Sickness Absence Due to Mental Disorders Is Associated with Individual Features and Psychosocial Work Conditions. **PLOS ONE**, v. 9, n. 12, p. e115885, 22 dez. 2014.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N.M.C. Musculoskeletal Symptoms, Work Ability, and Disability Among Nursing Personnel. **Workplace Health & Safety**, v.60, n.8, pp.353–360, 2012.

SOUZA, A. C. de; COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C. Sintomas osteomusculares em trabalhadores da enfermagem: uma revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 683-690, 2009.

STEPTOE, A., et al. Effort–Reward imbalance, overcommitment, and measures of cortisol and blood pressure over the working day. **Psychosomatic Medicine, London**, v.3, n. 66, p.323-329, 2004.

STRAZDINS, L.; BAMMER, G. Women, work and musculoskeletal health. **Social Science and Medicine**, New York, v.58, p.997–1005, 2004.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TEIXEIRA, L. J. F. **Prevalência de sintomas de distúrbios musculoesqueléticos em motoristas de pesados de mercadorias** (Dissertação de Mestrado). 2017.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011.

TINUBU, B. M. et al. Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 11, n. 1, p. 12, 20 jan. 2010.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. s193-s201, 2008.

TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúch Enferm**, Porto Alegre, v.28, n.4, p.473-479, 2007.

TRINDADE, L. de L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 274-279, 2010.

TSUTSUMI, A., et al. The Japanese version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: a study in dental technicians. **Work & stress**, v. 15, n. 1, p. 86-96, 2001.

TSUTSUMI, A. et al. Responsiveness of measures in the effort-reward imbalance questionnaire to organizational changes: a validation study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 52, p. 240-256, 2002.

TUISKU, K. et al. Cultural leisure activities, recovery and work engagement among hospital employees. **Industrial health**, p. 2015-0124, 2016.

VAN DEN HEUVEL, S. G. et al. Productivity loss at work; Health-related and work-related factors. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 20, n. 3, p. 331-339, 2010.

VAN VEGCHEL, N. et al. Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. **Journal of Advanced Nursing**, v. 34, n. 1, p. 128-136, 2001.

VASCONCELOS, E. F.; GUIMARÃES, L. A. M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicologo informacao**, v. 13, n. 13, p. 11-36, out. 2009.

VELLOSO, I. S. C. et al. A visão dos profissionais de saúde sobre a violência no cotidiano de trabalho em uma unidade básica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 302-308, 2005.

VERNAZA-PINZÓN, P.; SIERRA-TORRES, C. H. Musculoskeletal pain and its association with ergonomic risk factors in administrative workers. **Revista de salud pública**, v. 7, n. 3, p. 317-326, 2005.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, p. 11-48, 1998.

XIMENES - NETO, F.R.G.. **Gerenciamento do território na estratégia saúde da família: o processo de trabalho dos gerentes** [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2007.

WORKPLACE, N. R. C. (EUA) E I. OF M. (EUA) P. ON M. D. AND THE. Distúrbios musculoesqueléticos e local de trabalho. **National Academies Press (EUA)**, 2001.

YENG, L. T. et al., Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In: NETO.O. A. **Dor: princípios e práticas**. Porto Alegre: Artmed, p. 902-925, 2009.

ANEXOS**ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

PROJETO MULTICÊNTRICO**CONDIÇÕES DE TRABALHO, CONDIÇÕES
DE EMPREGO E SAÚDE DOS
TRABALHADORES DA SAÚDE NA BAHIA**

Coordenadora Geral
Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo
Núcleo de Epidemiologia
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Coordenadora da Pesquisa de Campo / Jequié
Profa. Ms. Ana Cláudia Conceição da Silva
Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde do Trabalhador
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

**- QUESTIONÁRIO -
GERAL**

Número do Questionário

--	--	--

Nome do entrevistador

--

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho. Assim, solicitamos que não troque idéias com os colegas antes de responder este questionário.

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 1() Feminino 0() Masculino	2. Idade: _____anos	3. Tem filhos? 1() Sim 0() Não Quantos filhos: _____
4. Situação conjugal: 1() Solteiro (a) 2() Casado(a) 3() União consensual, união estável 4() Viúvo/a 5() Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)		
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu? <u>Ensino fundamental</u> 1() 1ª a 4ª série 2() 5ª a 8ª série. <u>Ensino Médio</u> 3() 1º ano 4() 2º ano 5() 3º ano <u>Técnico</u> 6() Qual curso? [ANOTAR] _____ <u>Ensino Superior</u> 7() Completo 8() Incompleto Qual curso? [ANOTAR] _____ <u>Pós-graduação</u> 9() Especialização 10() Mestrado 11() Doutorado		
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? 1() Branca 2() Amarela (oriental) 3() Parda 4() Origem indígena 5() Preta 6() Não sabe		

4. Em geral, você considera as condições das cadeiras e mesas:			
2() Precárias	1() Razoáveis	0() Satisfatórias	
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos são:			
2() Precários	1() Razoáveis	0() Satisfatórios	
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?			
0() Sim	1() Não	2() Não sei	
7. Você utiliza estes equipamentos?			
0() Sim	1() Não	8() Não se aplica	
Em caso afirmativo, qual(is)? _____			
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:			
0() Boa	1() Regular	2() Ruim	3() Muito ruim
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc.?			
0() Nunca	1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre
10. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?			
0() Nunca	1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre
11. Você entra em contato com gases anestésicos?			
0() Nunca	1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre
12. Você prepara e/ou administra medicamentos?			
0() Nunca	1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre
13. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?			
1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre	
14. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?			
1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre	
15. Seu trabalho exige que você ande muito?			
1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre	
16. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?			
1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre	
17. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?			
1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre	
18. Você fica sem fazer pausas durante a sua jornada diária de trabalho?			
0() Nunca	1() Raramente	2() Às vezes	3() Sempre
19. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:			
0() Desprezível	1() Razoável	2() Elevado	3() Insuportável

Com relação a vacinação:

20. Já tomou a vacina contra Hepatite B?

0() Sim 1() Não 4() Não sabe/não lembra

20.1. Em caso afirmativo, você recebeu:

1() 1 dose 2() 2 doses 3() 3 doses 4() não sabe

20.2. Você realizou exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B?

0() Sim 1() Não

20.3. Se fez o exame de sangue, você ficou imunizado contra a Hepatite B?

0() Sim 1() Não 8() Não fez

21. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?

0() Sim 1() Não 4() Não sabe/não lembra

21.1. Em caso afirmativo, há quanto tempo?

1() Menos de 10 anos 2() Mais de 10 anos

22. Já tomou a vacina anti-rábica?

0() Sim 1() Não 4() Não sabe/não lembra

22.1 Em caso afirmativo, você recebeu:

1() 1 dose 2() 2 doses 3() 3 doses 4() Não sabe/não lembra

23. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?

0() Sim 1() Não 4() Não sabe/não lembra

23.1 Em caso afirmativo, você recebeu:

1() 1 dose 0() 2 doses 4() Não sabe/não lembra

24. Já tomou a vacina contra Tétano?

0() Sim 1() Não 4() Não sabe/não lembra

24.1. Em caso afirmativo, você recebeu:2() Menos de 3 doses
1() 3 doses ou mais, sendo a última há **mais** de 10 anos
0() 3 doses ou mais, sendo a última há **menos** de 10 anos**25. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?**

0() Sim 1() Não 4() Não sabe/não lembra

26. No setor onde você trabalha existem recursos:

Materiais suficientes para realizar as tarefas	0() Sim	1() Não
Sala de descanso	0() Sim	1() Não
Tempo disponível para você se alimentar	0() Sim	1() Não
Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho	0() Sim	1() Não
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho	0() Sim	1() Não
Escaninhos para guardar pertences	0() Sim	1() Não
Copa/refeitório	0() Sim	1() Não

27. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:

1() Em casa
 2() No próprio local de trabalho em condições confortáveis
 3() No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis
 4() Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho
 5() Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho
 6() Não se aplica ao profissional

BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
4. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
5. Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
6. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
7. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
8. Meu trabalho me permite tomar muitas decisões por minha própria conta	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
9. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como fazer minhas próprias tarefas.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
12. Eu não sou solicitado(a) a realizar um volume excessivo de trabalho.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
13. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
14. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
15. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
16. Meu trabalho me exige muito emocionalmente.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
17. Meu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
18. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
19. Meu trabalho exige muito esforço físico.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
20. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
21. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha meu corpo, por longos períodos, em posições incômodas	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
22. Frequentemente, o trabalho exige que eu mantenha minha cabeça e braços, por longos períodos, em posições incômodas	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente
23. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. 8(<input type="checkbox"/>) não tenho supervisor	1(<input type="checkbox"/>)Discordo fortemente	2(<input type="checkbox"/>)Discordo	3(<input type="checkbox"/>)Concordo	4(<input type="checkbox"/>)Concordo fortemente

desejadas. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente
38. Tenho pouca estabilidade no emprego. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente
39. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente
40. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente
41. Assim, que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente
42. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente
43. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente
44. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente
45. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje. 1()Discordo Totalmente 2()Discordo 3()Concordo 4()Concordo Totalmente

Com relação a satisfação:

46. Você está satisfeito(a) com o seu trabalho? 1() não estou satisfeito(a) de forma nenhum 2() não estou satisfeito(a) 3() estou satisfeito(a) 4() estou muito satisfeito(a)
47. Você se candidataria ao seu emprego novamente? 1() Sim, sem hesitação 2() Sim, depois de refletir sobre isto 3() Definitivamente não

12. Se SIM, qual o tipo de atividade realizada?

- 1() Atividades culturais (cinema, teatro, exposição, leitura de livros)
 2() Atividades sociais (visita a amigos, festa, barzinho, jogos:baralho/dominó)
 3() Físicas (caminhadas, natação, prática de esportes, corrida, academia)
 4() Assiste TV ou ouve rádio

13. Com que frequência você realiza as atividades físicas?

- 3() Nunca
 2() 1 a 2 vezes por semana
 1() 3 ou mais vezes por semana

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a. Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? _____ dias por semana 88() Nenhum	1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? Horas: _____ minutos: _____
2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA) _____ dias por semana 88() Nenhum	2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo total você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: _____ minutos: _____
3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. _____ dias por semana 88() Nenhum	3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo total você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: _____ minutos: _____
Essas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.	
4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? _____ horas _____ minutos	4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? _____ horas _____ minutos

14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:

- 0() Não fumante 1() Ex-fumante 2() Fumante atual

15. Você consome bebida alcoólica?

- 1() Sim 0() Não (Se respondeu "não", siga para o próximo bloco)

16. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

- 1() Sim 0() Não

17. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

- 1() Sim 0() Não

19. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?

- 1() Sim 0() Não

19. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

- 1() Sim 0() Não

3. Em caso, de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

- 8() não há impedimento / eu não tenho doença
 5() eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença me causa alguns sintomas
 4() algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
 3() frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
 2() por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
 1() na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

4. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Pouco Frequente
 3 = Frequente 4 = Muito Frequente

Problema	0	1	2	3	4	Problema	0	1	2	3	4
Dor nas pernas						Cansaço mental					
Dor parte inferior das costas						Nervosismo					
Dor nos braços						Sonolência					
Dor parte superior das costas						Insônia					
Cansaço ao falar						Azia/Queimação					
Rouquidão						Fraqueza					
Problemas de pele						Redução da visão					
Esquecimento						Irritação nos olhos					
Problemas digestivos						Palpitações					

5. Nas duas últimas semanas, você percebe piora na qualidade de sua voz?

- 0() Não 1() De vez em quando 2() Diariamente

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho?

- 0() Não 1() Sim

Se SIM, por qual motivo? _____

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)? 1() Sim 0() Não

Em caso afirmativo, qual? _____

Há quanto tempo? _____ anos _____ meses

Houve emissão da CAT?

- 0() Sim 1() Não 2() Não sei o que é CAT

8. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?

- 1() Sim 0() Não

Houve emissão da CAT?

- 0() Sim 1() Não 2() Não sei o que é CAT

9. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde?

- 1() Sim 0() Não
 2() Não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

10. Nos últimos 12 meses, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto?

- 1() Sim 0() Não

Em caso afirmativo, Qual _____

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Dorme mal?	1() Sim	0() não
2 - Tem má digestão?	1() Sim	0() não
3 - Tem falta de apetite?	1() Sim	0() não
4 - Tem tremores nas mãos?	1() Sim	0() não
5 - Assusta-se com facilidade?	1() Sim	0() não

6 - Você se cansa com facilidade?	1() Sim	0() não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1() Sim	0() não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	1() Sim	0() não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	1() Sim	0() não
10 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	1() Sim	0() não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	1() Sim	0() não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	1() Sim	0() não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	1() Sim	0() não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	1() Sim	0() não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	1() Sim	0() não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	1() Sim	0() não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1() Sim	0() não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1() Sim	0() não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	1() Sim	0() não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	1() Sim	0() não

	1. Nos últimos 12 meses você teve problemas (como dor, formigamento/dormência) em	2. Nos últimos 12 meses você foi impedido (a) de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema em:	3. Nos últimos 12 meses você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	4. Nos últimos 7 dias você teve algum problema em?
1. PESCOÇO	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não
2. OMBROS	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não
3. PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não
4. COTOVELO	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não
5. PUNHOS/ MÃOS	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não
6. PARTE INFERIOR DAS COSTAS	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não
7. QUADRIL/ COXAS	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não
8. JOELHOS	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não
9. TORNOZELO/ PÉS	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não	0() Sim 1() Não

A próxima questão refere-se a dores musculoesqueléticas. Por favor responda todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problema em qualquer parte do seu corpo.

BLOCO VIII- ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

1. **Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?**
1() Sim 0() Não
2. **Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho?**
1() Sim 0() Não
3. **Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça (física e/ou verbal) no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?**
0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência
4. **Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça (física e/ou verbal) no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?**
0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência
5. **Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça (física e/ou verbal) praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?**
0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência
6. **Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça (física e/ou verbal) praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?**
0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência
7. **Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça (física e/ou verbal)?**
0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência

Esta seção trata de atos de violência FORA do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:

8. **Você sofreu alguma agressão (física e/ou verbal) nos últimos 12 meses (fora do trabalho)?**
1() Sim 0() Não

- Se sim, quem praticou a agressão?**
- 1 () paciente/ usuário do serviço de saúde
 - 2 () esposo (a)
 - 3 () amigo (a)
 - 4 () pai
 - 5 () irmão (a)
 - 6 () mãe
 - 7 () filho (a)
 - 8 () vizinho (a)
 - 9 () desconhecido (a)
 - 10 () Outros. Especifique _____

9. **Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)?**

- 1 () Física Especifique _____
- 2 () Psicológica _____
- 3 () Sexual _____
- 4 () Negligência _____
- 5 () Atos de destruição _____
- 6 () Xingamentos _____
- 7 () Outros. Especifique _____

10. **Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses?**
1() Sim 0() Não

Qual seu vencimento bruto mensal?

R\$ _____

Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

Muito Obrigado por sua colaboração! !!

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO B: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana - BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.

Pesquisadores: Dr^a Tânia Maria de Araújo, Dr^a. Maura Maria Guimarães de Almeida e Thereza Christina Coelho Bahia.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de atenção básica à saúde dos municípios de Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente do trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo que aborda alguns aspectos em relação às condições e características do seu ambiente trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Os dados serão armazenados pelo núcleo de pesquisa NEPI (UEFS) no prazo máximo de 5 anos, sob a responsabilidade da coordenação da pesquisa. A divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



Feira de Santana, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Tânia Maria de Araújo

Prof^a Tânia Maria de Araújo
Coordenadora da Pesquisa
(0xx75) 3224-8320

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA


**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.
O f. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

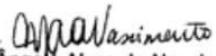
Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**”, registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (30/11/2010) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP-UEFS