

SHEILA ARAÚJO COSTA

**CONDIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS EM
DOIS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB DIFERENTES FORMAS DE
GESTÃO NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo para obtenção do Título de
Doutora em Ciências.

São Paulo

2017

SHEILA ARAÚJO COSTA

**CONDIÇÕES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS EM
DOIS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB DIFERENTES FORMAS DE
GESTÃO NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para
obtenção do Título de Doutora em Ciências.

Orientação: Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz

Co-orientação: Profa. Dra. Virginia Junqueira

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDOS E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

FICHA CATALOGRÁFICA

Costa, Sheila Araújo

Condições e organização do trabalho no SUS em dois hospitais públicos sob diferentes formas de gestão na perspectiva de médicos e enfermeiros. Sheila Araújo Costa – São Paulo 2017.

98p

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Costa, Sheila Araújo. Working organization and conditions in the SUS in two public hospitals under different management forms from the perspective of physicians and nurses / Sheila Araújo Costa - São Paulo 2017

1. Condições e organização do trabalho. 2. Gestão no Sistema Único de Saúde. 3. Médicos 4. Enfermeiros. 5. Hospital

Nome: Sheila Araújo Costa

Título: Condições e organização do trabalho no SUS em dois hospitais públicos sob diferentes formas de gestão na perspectiva de médicos e enfermeiros

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Titulares:

Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz. Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

Profa. Dra. Célia Maria Sivalli Campos. Professora livre-docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Profa. Dra. Marília Louvison. Doutorado em Saúde Pública pela USP. Professora do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Profa. Dra. Patrícia Martins Goulart. Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Autônoma de Barcelona, UAB/Espanha e Coordenadora do Curso de Especialização em Apoio à Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS.

Dra. Sandra Maria Spedo, Doutorado em Ciências pela USP, Médica do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo

Suplentes:

Profa. Dra. Edvânia Angela de Souza Lourenço. Doutorado em Serviço Social pela UNESP. Professora do Departamento de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP

Prof. Dra. Viviane Santalucia Maximino. Doutorado em Saúde Mental pela UNICAMP. Professora adjunta do Departamento de Saúde, Clínica e Instituições do campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo

Agradecimentos

À Virginia Junqueira, que durante os três primeiros anos dessa trajetória foi a orientadora da tese e de forma humilde contribui para o meu crescimento profissional e, de forma imensurável o pessoal. Que privilegio compartilhar as inquietações políticas e a amizade.

Ao meu orientador Francisco Antonio de Castro Lacaz, pela acolhida e generosidade em compartilhar saberes do campo da saúde do trabalhador.

À amiga Patrícia Goulart pelo encontro e acolhimento carinhoso durante toda caminhada.

Ao prof. Dr. Josep Blanch que compartilhou os seus ensinamentos de forma generosa.

A Luis Anunciação pela paciência em compartilhar os conhecimentos estatístico.

Aos membros da banca de exame de qualificação Prof. Dr. Mario Scheffer; Profa. Dra. Patrícia Goulart; Profa. Dra. Márcia Hespanhol; Prof. Dr. Emilio Telesi Junior, pelas sugestões e encorajamento para continuar o caminho cheio de desafios.

A Patrícia Vechia, Rosana Coneglian e Lucíola de Castro pela leveza de uma grande amizade.

A Sandra Maria Spedo, Regina Helena Mennin, Alessandra Neumann, Tamiris Pereira Rizzo, Eliziane Jacqueline dos Santos, Bruna Ballarotti, Eduardo Ferreira Santana, Nicanor Pinto, Carlos Tato Cortizo, Wanda Nascimento dos Santos Sato pela aprendizagem e troca de experiências.

A Sandra Fagundes, pelo carinho e amizade e a Andrea e Roseli, da ADUNIFESP pela acolhida sempre carinhosa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp pelo financiamento da primeira etapa do projeto;

Aos meus pais, que mesmo sem entender o caminho escolhido, estão ao meu lado.

À minha família, por compreender a ausência em momentos de dor e/ou alegria. E principalmente a Gigi, Duda, João Pedro, Manu, Lucas e Ana Julia a dinda ama vocês.

Ao Rogerio, pelo amor, companheirismo e compreensão nessa fase da minha vida.

Ao Junior e Maicon, que durante a coleta de dados, tornaram o processo árduo em algo leve, divertido e inesquecível.

Aos bolsistas Ádhila Carlos Oliveira de Espírito; Débora Elyodora; Gabriel Godoy; Michelle Cristina; Tatiana Gonçalves; Vanessa Ferreira por todo apoio durante a coleta de dados do projeto maior.

A Solange Vialle, Dalel Haddad e o Sr. Carlos Derman pela amizade e apoio durante a construção desse trabalho.

Aos trabalhadores e trabalhadoras do HMU, pelo acolhimento durante a pesquisa. Especialmente a Dra. Alessandra Simões, a sua amizade e incentivo durante o processo foi fundamental. E a equipe de psiquiatria, que me acolheu em muitos momentos quando precisei de refúgio.

Aos trabalhadores e trabalhadores do Hospital dos Pimentas, pelo apoio à pesquisa e à Grasiela Queiroz, por tornar esse caminho mais leve.

Aos colegas da Prefeitura de São Paulo, Fernanda Moura, Ieda, Sione Márcia Defacio, Andreia Lisbão, Claudia Suenaga, Neusa Tera, Nancy, Mirian Matsumoto, Victor.

Aos colegas do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, em especial à Sonia por acreditar no meu trabalho e paixão que tenho por essa área.

Aos amigos mais que especiais: Adélia, Karen, Sandra Lúcia, Silvia Von, Cris Vilar, Viviane Lago e Zé Adriano.

Ao amigo Antônio de Carlos Frizzo, responsável pela minha caminhada contra qualquer tipo de desigualdade.

Aos amigos e alunos da Universidade São Judas Tadeu, em especial a Ana Loprete, André Fukushima e a Elisabeth pelo apoio em defesa de uma saúde pública, estatal e de qualidade. Esse sonho é possível.

Aos amigos da Universidade de Guarulhos, em especial a equipe dos “integrados” Paulo Castro, Fernando Zanoni, Andreia do Val, Ana Lefevre e Margareth Ferraz.

Ao Sindicato dos Municipais de São Paulo – Sindsep, em especial ao Lima, Joãozinho, Teixeira, Luã, Lourdes Estevam, Leandro, Flávia Assunção e Sérgio Antiquera.

Ao Fórum Popular de Saúde, em particular o de Guarulhos, à Associação Paulista de Saúde Pública e ao Ernane, presidente do sindicato dos nutricionistas pelas inquietações e luta em defesa do SUS.

**O todo sem a parte não é todo
A parte sem o todo não é parte,
Mas se a parte o faz todo, sendo parte,
Não se diz que é parte, sendo todo.**

Gregório de Mattos, poeta baiano

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar, na perspectiva de médicos e enfermeiros, as condições e a organização do trabalho em dois hospitais sob diferentes formas de gestão - Administração Direta (ADM) e Organização social (OS) - ambos componentes do sistema público de saúde de um município de grande porte da região metropolitana de São Paulo. Como passo metodológico procedeu-se à validação do Questionário sobre Condições de Trabalho - qCT, em sua dimensão quantitativa, como instrumento de avaliação da organização e das condições de trabalho. Em um segundo momento, em estudo de cunho quantitativo, foi aplicado o qCT, objetivando identificar e discutir as condições de trabalho dos enfermeiros e médicos em relação às diferentes formas de gestão. Na validação foram utilizados 689 questionários respondidos por profissionais dos serviços públicos de diferentes níveis de atenção sob gestão da Secretaria de Saúde do município estudado. A análise dos principais componentes evidenciou a existência de seis fatores agrupados em três pares de escalas, mostrando todas elas uma alta consistência interna, com alfas de Cronbach de 0.96 e Análise Fatorial Confirmatória ≥ 90 , sendo aceitos valores acima de 90. Os dados indicam que o qCT reproduz fielmente a estrutura do modelo teórico assumido e reúne as propriedades técnicas necessárias para avaliar as condições de trabalho em serviços de saúde. Na segunda etapa, a amostra estudada foi composta por 181 questionários distribuídos do seguinte modo: 88 no hospital ADM e 93 no hospital OS. No hospital ADM, 54 eram médicos e 39 enfermeiros. No hospital OS 57 eram médicos e 31 enfermeiros. Os dados categóricos foram apresentados por frequências e proporções, enquanto os dados numéricos foram descritos por médias e desvios-padrão. Analisando as respostas obtidas, delinea-se uma tendência, notadamente entre os médicos, de aceitação e naturalização de vínculos empregatícios privados, e mesmo valorização do setor privado. Entre os enfermeiros destacam-se a ambiguidade em relação às condições de trabalho e respostas matizadas por atitudes de aquiescência com as normas da organização. Esses posicionamentos são analisados à luz de referencial teórico que situa a assistência hospitalar sob gestão das OS como empreendimento tornado vantajoso em um contexto de apropriação do fundo público por empresas médicas em crise, com a imposição de instabilidade de vínculos empregatícios e colonização da esfera pública por valores neoliberais, tais como o empreendedorismo, maciçamente propagandeado pelos meios de comunicação e aceito pela classe “média” a qual pertence a maior parte dos médicos e enfermeiros que participaram dessa pesquisa.

Palavras-chave: condições e organização do trabalho; gestão no SUS; médicos; enfermeiros; hospital.

Abstract

This study aims to capture and analyze, from the perspective of physicians and nurses, the working organization and conditions in two hospitals under different management forms -- direct administration- Adm and social organization – OS- both components of the public health system of a large municipality of greater São Paulo. As a major methodological step, the Questionnaire on Working Conditions (qCT) was validated in its quantitative dimension as an instrument for evaluating the working organization and conditions. In a second moment, in a quantitative study, the qCT was applied, objectifying to identify and discuss the working organization and conditions of nurses and physicians in two hospitals under different management forms. The sample of the first phase consisted of 689 health professionals working in the public health system under the Health Secretary management. The analysis of the main components has shown the existence of six factors, grouped by pairs in three sets, all of which have shown high internal consistence, with Cronbach's alpha of 0.96 and Confirmatory Factor Analysis ≥ 90 (values above 90 being accepted). The data indicates that the Working Conditions Questionnaire reliably reproduces the structure of the assumed theoretical model and combines the necessary technical properties that allow working conditions in health services to be properly reviewed. In the second phase, 181 questionnaires were answered, distributed as follows: 88 in the Adm hospital and 93 in the OS hospital. At the Adm hospital, 54 were doctors and 39 were nurses. At the OS hospital 57 were doctors and 31 were nurses. The categorical data were presented by frequencies and proportions, while the numerical data were described by means and standard deviations. Analyzing the answers obtained, a tendency is drawn, notably among physicians, of acceptance of private employment bonds, and even valuation of the private sector. Among the nurses, it is noted the ambiguity in relation to working conditions and answers marked by acquiescent attitudes towards the rules of the organization. These positionings are analyzed through a theoretical referential which places hospital assistance under OS management as an enterprise turned advantageous in a context of appropriation of public funds by failing medical businesses, with an imposition of instability of employment bonds and colonization of the public sphere by neoliberal values, such as entrepreneurship,

massively propropagandized by mass media and accepted by the middle classes, to which most of the physicians and nurses which took part in this research belong to.

Keywords: working organization and conditions; SUS management; physicians; nurses, hospital.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADM	Administração Direta Municipal
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEFAM	Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério
CEO	Centro de Especialidade Odontológico
CEP	Comité de Ética em Pesquisa
CFI	Comparative Fit Index
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREMESP	Conselho Regional de Medicina - São Paulo
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema de Saúde
DWLS	Diagonally Weighted Least Squares
EPM	Escola Paulista de Medicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAP	Fundação de Apoio a Pesquisa
HMC	Hospital Municipal da Criança
HMPB	Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso
HMU	Hospital Municipal de Urgência
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
MBA	Msster in Business Administration
MNP	Mesas de Negociação Permanente
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCCS	Planos de Carreira, Cargos e Salários
Qct	Questionário de Condições de Trabalho

RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SECONCI	Serviço Social da Construção Civil
SES – SP	Secretária Estadual de Saúde – São Paulo
SINDSEP	Sindicato dos Municipais de São Paulo
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SMS – G	Secretária Municipal de Saúde - Guarulhos
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Tucker-Lewisindex
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Apresentação	15
1. Introdução	17
2. Objetivos	22
3. Caracterização resumida do município onde se realizou a pesquisa.	23
4. Metodologia	28
5. Artigos Produzidos	36
6. Conclusão	37
Referências bibliográficas	41
Artigo 1	46
Artigo 2	72
ANEXOS	109

Apresentação

Inicialmente descrevo brevemente minha trajetória profissional e acadêmica visto que essa caracterização esclarece a escolha do objeto de pesquisa. Tenho formação técnica em magistério pelo Centro de Formação Específica em Formação e Aperfeiçoamento do Magistério – CEFAM em 1995, projeto do governo do estado de São Paulo, que durou apenas duas gestões - governos Fleury, de janeiro de 1995 a dezembro de 1998 e Mário Covas/Geraldo Alckmin, de janeiro de 1999 a dezembro de 2002.

Neste momento entrei em contato direto com as questões sociais, quando discutíamos os processos de trabalho dos professores, a sua valorização, as políticas públicas de ensino. Participei de inúmeros movimentos de greve, debates e nesse período aprendi a contextualizar de fato a importância dessas manifestações como direito do trabalhador, ainda que o cenário fosse desmotivador.

Refletindo sobre a continuidade da minha formação, hesitava entre iniciar carreira no magistério ou trocar de área. Foi quando decidi fazer o curso de Nutrição, área da saúde, que naquele momento parecia algo muito distante de ser professora.

Fiz minha graduação em Nutrição pela Universidade de Guarulhos em 2000. As disciplinas que mais me interessavam e envolviam eram as relacionadas com as questões sociais, como Epidemiologia, Saúde Pública, Sociologia e Educação Nutricional. Quando fui buscar possibilidade de pós-graduação, conheci a Especialização em Nutrição em Saúde Pública, oferecida pelo Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em 2000, curso no qual iniciei a minha vida acadêmica. O interesse pelos estudos epidemiológicos me estimulou a prosseguir e cursei mestrado no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Unifesp. O tema de minha dissertação foi “Consumo Alimentar de Idosos Praticantes de Atividade Física”, defendida em 2006. Fiz também MBA em “Aspectos psicobiológicos em Saúde do Trabalhador”, em 2009, pelo Departamento de Psicobiologia da Unifesp.

Em 2008 ingressei por concurso público como nutricionista no sistema municipal de saúde da capital de São Paulo, já tendo trabalhado no Departamento de Alimentação Escolar (2008-2013), no ambulatório de Especialidades e Unidade Básica de Saúde tradicional e sob gestão direta (2013-2017). Atualmente estou em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Em 2008, retornei às atividades de magistério, agora como professora universitária (desafio imensurável) em uma instituição privada.

Sou representante sindical de Unidade do Sindicato dos servidores municipais da capital de São Paulo, tendo oportunidade de discutir questões como assédio moral, valorização profissional e precarização do trabalho dos servidores municipais, sobretudo os da saúde.

Em 2010 senti necessidade de retomar às atividades acadêmicas como pesquisadora e, como aluna especial, participei da disciplina da professora doutora Virginia Junqueira sobre planejamento em saúde no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Unifesp.

Conheci então o grupo de pesquisa, coordenado pelo professor doutor Francisco Antonio de Castro Lacaz, ao qual me integrei em 2011. Esse grupo desenvolveu nos anos 2012 a 2014 uma pesquisa, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), sobre trabalho e saúde nos serviços públicos de saúde nos municípios de Guarulhos e Embu.

Em 2013 iniciei o doutorado, tendo delineado, em princípio, como objeto de estudo processos e condições de trabalho de profissionais de saúde que trabalhassem em serviços do sistema público de saúde de Guarulhos, sob diferentes formas de gestão.

1. Introdução

Participar da pesquisa “Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal”, realizada durante os anos de 2012 a 2014, sob a coordenação do professor doutor Francisco Lacaz, abrangendo os sistemas públicos municipais de saúde de Guarulhos e Embu das Artes, foi um passo fundamental para entender o funcionamento da gestão pública de forma mais direta, proporcionando-me um espaço para reflexões sobre o contexto do meu dia a dia, e possibilitando principalmente entender a lógica de uma política neoliberal adotada com a ampliação das terceirizações no serviço público (Lacaz *et al* 2014). Desde a fase de formulação até cada etapa de execução, participaram ativamente, integrando a equipe de pesquisadores, membros da equipe de gestão dos dois municípios.

A confluência de diversos elementos me levou a tomar como objeto de estudo as condições de trabalho no setor público de saúde de Guarulhos, ou seja, a possibilidade de acesso, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-G) aos profissionais do sistema público de saúde do município; sobretudo a chance de utilizar o mesmo referencial teórico que orientava a pesquisa, aqui chamada “guarda-chuva”. Soma-se a isso, a análise quali-quantitativa¹ da gestão do trabalho no setor público da saúde buscando apreender as repercussões psicossociais, sobre os trabalhadores, provocadas pelas mudanças nas relações de trabalho que ocorreram nas últimas décadas, advindas da reestruturação produtiva imposta pela crise do capital. Adotei como marco teórico autores que assumem a concepção materialista da história e buscam empregar o método dialético no desenvolvimento da investigação da realidade. Destaco entre outros: Perry Anderson e François Chesnais, que desenvolvem um balanço do neoliberalismo; David Harvey e

¹ Em virtude de obstáculos colocados pelas entidades qualificadas como OS no município, que resistiram, já no momento da pesquisa “guarda-chuva”, à entrada em campo dos pesquisadores, não foi possível empregar dispositivos do método qualitativo para coletar material empírico no estudo que deu origem a essa tese.

Ricardo Antunes, que discutem a reestruturação produtiva e a avassaladora supressão de direitos trabalhistas, enquanto resposta do capital à sua própria crise; Amélia Cohn, que crítica a colonização da esfera pública por valores e práticas do setor privado; Ricardo Bruno Mendes Gonçalves que resgata as categorias marxistas para conceituar o processo de trabalho² em saúde; Eric Hobsbawn, que analisa as circunstâncias históricas dos chamados “anos de ouro” e a construção do Welfare State na Europa; os trabalhos de Asa Cristina Laurell sobre a influência do mercado nas políticas de saúde; Áquilas Mendes, cujos estudos versam sobre a natureza da crise do capitalismo contemporâneo, suas consequências sobre o subfinanciamento crônico do SUS, convivendo com a forte presença do Estado no cenário da crise, retraindo suas políticas públicas e tendo como resultante o recuo de direitos sociais, ao mesmo tempo que permanece como forte interventor na economia, ao prestar várias modalidades de socorro ao sistema financeiro e grandes empresas.

O projeto neoliberal, que tem sido levado a cabo no Brasil desde a década de 1990, impulsionou a introdução de uma forma de gestão, no setor público da saúde exercido por entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais (OS) à revelia do artigo 24 da lei 8080/90, o qual claramente dispõe, em seu parágrafo único, que a relação da iniciativa privada com o poder público, no âmbito do SUS, deve ser feita sob a égide do direito público. As entidades privadas que sucessivamente se qualificaram desde então, operam como empresas no mercado da assistência médica. Concretizam a já referida colonização da esfera pública pela lógica privada. O governo do estado de São Paulo, via a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), foi pioneiro desse modelo, tendo sido concatenada no nível estadual a promulgação da lei 846 de 04 de junho de 1998 (São Paulo) cujo teor era inteiramente calcado na lei federal 9637, editada em 15 de maio de 1998 (Brasil); a diferença cronológica entre a edição das duas leis foi de exatos 19 dias. Empresas ligadas a atividades econômicas no ramo da assistência médica passaram a

² Processo de trabalho em saúde é aqui entendido como sistematizado por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992): processo pensado com uma finalidade, através do qual agentes sociais empregam meios e instrumentos de trabalho para transformarem o objeto (realidades parcelares, as necessidades humanas) cujo caráter é histórica e socialmente determinado.

receber, desde 2000, os hospitais novos construídos e completamente equipados, operados por um quadro de pessoal cuja folha de pagamento também é sustentada pelos recursos do fundo público. Ao mesmo tempo, reduziu-se a sustentação material e financeira dos serviços sob administração direta estatal, instaurando um diferencial de qualidade que progressivamente se acentuou. Este contraste, entre o gasto do governo com os hospitais próprios e os hospitais recém construídos e entregues as OS, foi documentado pela primeira vez em uma matéria publicada em junho de 2001 no Jornal do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo (Cremesp), tendo como fonte debates ocorridos na Assembleia Legislativa do estado de São Paulo (Alesp) (Cremesp 2001).

O orçamento destinado aos onze hospitais geridos por OS no período de 2000 a 2001 cresceu de R\$ 14 milhões para R\$ 365 milhões, enquanto que os recursos destinados às unidades administradas de forma direta elevaram-se no mesmo período apenas de R\$ 531 milhões para R\$ 638 milhões.

Em 2004, segundo dados do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, os gastos com 16 hospitais que já estavam sob gestão de OS eram da ordem de R\$ 675 milhões enquanto que os 21 hospitais sob gestão direta tiveram orçamento de R\$ 685 milhões (Sindsep, 2005).

Mais recentemente Sodré (2017) apresentou dados de uma pesquisa realizada entre novembro de 2015 a julho de 2016, analisando 251 contratos de gestão e 1101 aditivos, em São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo. O ranking do volume de recursos destinados às OSS era liderado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) com um valor de R\$6.746.675.727,94, com contratos no Rio de Janeiro e São Paulo, seguidos pelo Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci) com valores de R\$5.415.578.883,9.

Sob a governabilidade formal da SMS-G existem dois hospitais que poderiam retratar a comparação entre um serviço sob gestão direta, originalmente planejado como um pronto socorro, cujas instalações físicas foram sucessivamente reformadas e um serviço sob gestão de uma OS, cujas planta e construção obedeceram os requisitos específicos da assistência hospitalar.

Tendo sido eleito este *locus* de pesquisa, a reflexão sobre tal panorama ensejou várias interrogações do ponto de vista da pesquisa: quais seriam as opiniões de profissionais diretamente engajados na assistência à saúde sobre essa realidade na qual convivem a racionalidade da iniciativa privada e o emprego do setor público? Como o contraste de instalações físicas adequadas cotejadas a uma situação de equipamentos relativamente deficientes reverberaria sobre as condições de trabalho? Que instrumento poderia captar as opiniões dos profissionais de saúde sobre suas condições e relações de trabalho?

A pesquisa “guarda-chuva” sinalizava o caminho, ao associar método quantitativo e qualitativo, recorrendo a várias modalidades de instrumentos de investigação e tomando como sujeitos participantes do estudo os servidores de cinco categorias profissionais de distintos níveis de atenção: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e servidores que trabalhavam na recepção dos serviços da atenção básica, especializada e hospitalar. Foram realizados: análise documental, grupos focais, entrevistas semi-estruturadas, oficinas e um questionário foi aplicado aos servidores. Trata-se do Questionário de Condições de Trabalho (qCT) (Anexo 1), desenvolvido pela equipe coordenada pelo professor Josep Maria Blanch, docente da Universidade Autônoma de Barcelona, e validado no Brasil por um grupo de pesquisadores entre os quais a professora doutora Patrícia Martins Goulart.

Cabe assinalar que, em virtude de obstáculos colocados por entidade qualificada como OS no município, que resistiu, já no momento da pesquisa “guarda-chuva”, à entrada em campo dos pesquisadores, reavaliei a viabilidade de empregar métodos qualitativos para coletar material empírico no estudo que deu origem a essa tese, circunscrevendo então o instrumento de campo às dimensões quantitativas do qCT.

Assim, tendo essa pesquisa maior como ponto de partida, minha escolha foi abordar processos e condições de trabalho de médicos e enfermeiros em dois hospitais públicos do município de Guarulhos, principalmente pelo fato, já mencionado, de estarem sob dois tipos diferentes de gestão: um deles era administrado de forma direta e o outro por uma OS vinculada à SPDM. Cumpre assinalar que o desenvolvimento de minha tese só foi possível pelo apoio obtido da equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde

(SMS), apoio que se mostrou imprescindível, face aos obstáculos enfrentados em todo o percurso.

Por outro lado, o material acumulado no banco de dados da pesquisa “guarda-chuva”, ou seja, as respostas obtidas das cinco categorias profissionais acima mencionadas pela aplicação do qCT, acrescidas das respostas coletadas de médicos e enfermeiros na fase de campo nos dois hospitais públicos do mesmo município, possibilitou também desenvolver a validação do instrumento utilizado, o qCT, também para profissionais de nível médio, como será exposto mais adiante.

2.Objetivos

2.1. Objetivo geral

Analisar condições / organização do trabalho em dois hospitais do sistema público de saúde sob diferentes formas de gestão em um município da Grande São Paulo.

2.2. Objetivos específicos

Identificar e discutir as condições / condições do trabalho de médicos sob diferentes formas de gestão.

Identificar e discutir as condições / condições do trabalho de enfermeiros sob diferentes formas de gestão

Comparar as perspectivas de médicos e enfermeiros sob a mesma forma de gestão

3. Caracterização resumida do município onde se realizou a pesquisa.

3.1. Condições de vida e saúde

O município de Guarulhos está situado na região metropolitana da capital paulista, encontrando-se estrategicamente posicionado no maior eixo de desenvolvimento do Brasil. Pela breve descrição que se segue, evidenciam-se o porte do município e também a configuração de uma significativa rede de serviços sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, verifica-se que há um notável contraste com indicadores epidemiológicos, que sinalizam a precariedade de condições de vida de grupos populacionais que habitam bairros periféricos.

O município foi criado em 8 de dezembro de 1560 quando o padre jesuíta Manuel de Paiva fundou o povoado de Guarulhos, na época habitado por índios Guarus, com o nome de Nossa Senhora da Conceição. Já em 1880, após visita de dom Pedro II, a região foi nomeada como Província de Nossa Senhora da Conceição de Guarulhos. Apenas em 1906 uma lei estadual determinou que Guarulhos recebesse o estatuto de município (Guarulhos, 2017).

Com a inauguração das rodovias Presidente Dutra e Fernão Dias na década de 1950 a cidade de Guarulhos se viu vinculada a São Paulo e ao Rio de Janeiro no momento histórico de aceleração industrial do país, fato que levou à instalação de indústrias no município, impulsionando o crescimento de empregos na cidade. Importante lembrar que no ano de 1985 foi inaugurado o maior aeroporto da América do Sul, hoje denominado “Aeroporto Internacional de São Paulo-Guarulhos Governador André Franco Montoro”, porta de entrada importante para o país (Guarulhos, 2017).

Com o avanço da industrialização na cidade, a população cresceu de 35 mil habitantes em 1950, para 101 mil em 1960, 237 mil em 1970, 532.726 em 1980. Entre 2000 e 2006 a população de Guarulhos teve o triplo do crescimento registrado pelo estado de São Paulo (Seade 2017; IBGE, 2017). Em 2016, tinha uma população estimada de 1.337.087 habitantes e em 2017 esse número foi estimado em 1.349.113 habitantes. A taxa anual de crescimento foi 0,90%, superior à da cidade de São Paulo, que teve um

crescimento de 0,57 %, com uma população estimada de 12.106.920 de pessoas (IBGE 2017).

Atualmente, Guarulhos é a segunda cidade com maior população do estado de São Paulo de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com área territorial em 318 km², a densidade demográfica corresponde a 3,828 habitantes por km² (IBGE, 2017).

A população menor de 15 anos representava 21,62% comparada a 19,33% do estado de São Paulo em 2015. A faixa etária de mais de 60 anos perfazia 10,7% sendo de 14,0% para o estado no mesmo período. A taxa de urbanização é de 100% (Seade, 2017).

Em 2010, 4,10% da população com 15 anos ou mais era analfabeta, comparado com 3,6% da região metropolitana e com a população em geral. Outro dado importante é que o nível de escolaridade da faixa etária entre 18 e 24 anos, com pelo menos o ensino médio, chega a 55, 5% da população, número menor quando comparado ao percentual do mesmo grupo populacional da região metropolitana, que é de 57,5% (Seade, 2017).

As atividades econômicas predominantes são aquelas ligadas às industriais, existindo cerca de 2000 estabelecimentos no município.

No ano de 2014, segundo o IBGE (2017), o Produto Interno Bruto (PIB) de Guarulhos alcançou a marca de R\$ 51.4 bilhões, sendo a 13^a economia do país e a quarta maior arrecadação do estado de São Paulo (Guarulhos, 2017). O PIB per capita foi de R\$ 39 162,96 em 2014 aproximando-se da média estadual que era de R\$ 43 544,61 no mesmo ano (IBGE 2017).

A taxa de desemprego a partir dos 16 anos em 2010 era 9,57%. A porcentagem da população com renda menor que meio salário mínimo era de 24,73%, a renda média domiciliar *per capita* era de R\$ 790,00. (IBGE 2010).

Em 2010, o abastecimento de água cobria 100% da população e o esgoto canalizado 86,9% Havia 156 aglomerados “subnormais” em um total de 6.329 em nível nacional, sendo 57 653 domicílios nessas condições, num total de 3 224 529 no Brasil. Isto significa que 214 855 moradores de Guarulhos viviam em habitações precárias (IBGE, 2010).

A seguir são apresentados alguns dados epidemiológicos do município.

A mortalidade infantil passou de 15,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2002 para 11,93 em 2015, coeficiente considerado ainda muito elevado, com preponderância do componente neonatal, cuja determinação em grande parte repousa na gestão e assistência ao parto. Tal fato sinaliza a dissociação entre indicadores econômicos e os de condições de vida do município, conforme aponta o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM de 0,763, que ocupa a 145ª posição dentre os 645 municípios do estado (IBGE, 2010; Seade 2017).

Segundo a Fundação Seade, apenas 69,4% mulheres fizeram sete ou mais consultas de pré-natal no ano de 2015, porcentagem menor quando comparado à região metropolitana de 75% e 77,8% comparado ao estado de São Paulo (Seade 2017).

Os dados de mortalidade proporcional de 2008 mostram como principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias. Como terceira causa de morte aparecem as causas externas, sendo os acidentes de trânsito e transporte mais numerosos que os homicídios (IBGE 2010, Seade 2017).

3.2. O sistema público de saúde em Guarulhos e a organização da gestão

A SMS-G possui 69 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais 47 contam com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF). Todas essas unidades eram, à época da pesquisa de campo, administradas por gestão direta. Com a mudança de administração em janeiro de 2017 havia a possibilidade de transferência da gestão para entidades privadas.

A SMS-G conta também como uma rede de apoio especializada, composta por cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), administrados por gestão direta e por parceiros, Ambulatório de Especialidades, Centros Especializados em Odontologias (CEO), um Centro de Terapias Complementares, um Centro de Referência à Saúde do Idoso, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Centros de Reabilitação, além de Unidades de Pronto Atendimento.

A rede hospitalar é composta por 13 hospitais, sendo seis privados sem contrato com o SUS, dois privados filantrópicos conveniados com o SUS, três públicos e municipais - o Hospital Municipal da Criança (HMC), Hospital Municipal de Urgências (HMU), Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso (HMPB), e dois públicos estaduais. Entre os municipais, à época da pesquisa de campo, o HMC e o HMU estavam sob gestão direta e o HMPB sob gestão de Organização Social em Saúde (OSS).

A administração que se iniciou em janeiro de 2017 transferiu a gerência do HMC e do HMU para uma entidade privada. No que se refere aos dois hospitais públicos estaduais, um estava sob gestão direta e outro por OS.

A partir da Lei Municipal nº 7.119 de 18 de abril de 2013, a estrutura básica da Saúde de Guarulhos foi reorganizada e apresentada da seguinte forma pelo seu artigo 21:

- I - Gabinete do Secretário;
- II - Departamento do Complexo Regulador da Saúde;
- III - Departamento de Vigilância em Saúde;
- IV - Departamento de Administração do Hospital Municipal de Urgências;
- V - Departamento de Administração do Hospital Municipal da Criança e do Adolescente;
- VI - Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde;
- VII - Departamento da Região de Saúde I;
- VIII - Departamento da Região de Saúde II;
- IX - Departamento da Região de Saúde III;
- X - Departamento da Região de Saúde IV;
- XI - Departamento Administrativo e Financeiro da Saúde;
- XII - Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Durante a pesquisa de campo foi constatado que dois departamentos tinham atribuições decisivas no processo de contratualização dos estabelecimentos privados: o

Departamento do Complexo Regulador da Saúde e o Departamento Administrativo e Financeiro da Saúde. Associados a estes departamentos existiam outros órgãos e instâncias que não aparecem nesta lei, mas que exerciam também grande influência sobre a contratualização, a saber, o Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, a Comissão Permanente de Acompanhamento de Contrato e o Conselho Municipal de Saúde.

4. Metodologia

O “campo” da pesquisa

Foram selecionados, pelo fato de se diferenciarem no modo de gestão, o HMU, sob gestão direta e o HMPB, sob gestão de uma OSS.

O HMU se situa em região próxima ao centro do município. Há várias linhas de ônibus que dão acesso aos moradores dos diferentes bairros. Foi inaugurado como Pronto Socorro (PS), em instalações já então inadequadas para fazer face à demanda, tendo passado por sucessivas reformas desde 1992, visando instalação e ampliação do número de leitos. Em 2016, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) contava com 89 leitos, dos quais 06 eram de UTI adulto, tendo atendido no PS em torno de 500 pessoas por dia, ou seja, cerca de 15 mil atendimentos mensais. Conta com enfermarias para internação de clínica médica, cirurgia geral, psiquiatria. De janeiro a dezembro de 2016 ocorreram 5.809 internações por todas as causas, sendo importante ressaltar que não conta com leitos de maternidade nem de pediatria (Datusus, 2017)

O HMPB situa-se em um bairro periférico que tem aproximadamente 140 mil habitantes. O acesso é feito através de linhas de ônibus. Foi inaugurado em setembro de 2006. Em 2016, segundo o CNES, contava com 135 leitos, dentre os quais 19 leitos de UTI adulto, 5 de UTI neonatal, 10 de cuidados intermediários neonatais convencionais. Posteriormente houve abertura de novas enfermarias, chegando a 221 leitos. Dispõe de PS e de enfermarias de clínica, cirurgia geral, maternidade, pediatria, psiquiatria. No ano de 2016 ocorreram 7.288 internações por todas as causas; excluída a obstetrícia as internações no mesmo ano perfizeram 4.617.

4.1. Validação do qCT

Ao eleger o qCT como instrumento a ser utilizado, sua validação objetivou apurar o rigor metodológico e foi fundamentada em análises estatísticas e psicométricas de uma base de dados formada pelo material colhido a partir da aplicação do instrumento, isto é, das respostas registradas dos trabalhadores de serviços municipais de saúde da SMS-G,

distribuído nas cinco categorias profissionais participantes da pesquisa “guarda-chuva”, portanto, com diferentes níveis de escolaridade, acrescidas pelas respostas obtidas de médicos e enfermeiros dos dois hospitais supracitados.

A tabela 1, apresenta o quantitativo de profissionais ligados à SMS-G à época do início de planejamento da pesquisa. Esses dados foram a base para o cálculo da amostra que seria usada nos testes de validação do qCT.

Tabela 1 – Distribuição de pessoal da Secretária Municipal de Saúde - por modalidade de contratação, 2009 – 2011.

Formas de contratação	2009	2010	2011
Administração direta	5.961	6.432	6.481
Municipalizados	183	175	158
Convênio com entidade filantrópica (JJM)	366	369	420
Convênio com entidade parceiras (Policlínicas, CAPS e Hospital Bonsucesso)	1.390	1.653	1.914
Contratados por parceiros PSF	104	5	-
Contrato de prestação de serviços	202	443	566
TOTAL	8.206	9.077	9.539

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, de Guarulhos 2011

Foram considerados os dados da tabela acima para definir uma amostra representativa, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 4% para uma população heterogênea com base em 9539 servidores, independente da forma de contratação, calculando-se um número de 566 participantes.

Antes do início do trabalho de campo nos dois hospitais, o cálculo da amostra contou com a assessoria da Fundação de Amparo à Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Fap/Unifesp).

No HMU foi fornecida uma lista com 198 médicos e 70 enfermeiros, sendo excluídos os profissionais que eram diaristas.

No HMPB havia 136 médicos plantonistas e 10 diaristas, e 78 enfermeiros dos quais 10 plantonistas.

A assessoria estatística da Fap/Unifesp reforçou a importância do número de entrevistados ser semelhante em ambos os hospitais. O número de questionários aplicados deveria perfazer pelo menos 30% dos médicos e enfermeiros em cada um dos dois hospitais.

A amostra pode ser caracterizada como de conveniência por envolver respostas de pessoas dispostas a participar. O problema principal desta abordagem é que as pessoas que estão dispostas a participar podem diferir de modo importante dos que não estão dispostos.

4.1.1 O desenvolvimento do trabalho de campo

A coleta dos dados era prevista para o segundo semestre de 2015, mas prolongou-se por mais tempo, pois foi preciso aguardar a SMS-G liberar a coleta de dados para os dois hospitais (Anexo 2). Uma vez obtida a autorização, prontamente a pesquisadora fez contato com os hospitais.

No HMU houve imediata receptividade por parte dos dirigentes, iniciando-se o trabalho de campo no dia seguinte ao contato inicial e estendendo-se pelo período de novembro de 2015 a junho de 2016.

Em relação ao HMPB, repetiram-se sem sucesso os contatos telefônicos visando agendar reunião com os diretores do hospital. Durante dois meses foram inúmeras as tentativas. Foi preciso acionar a diretora de Recursos Humanos da SMS-G, que logo nos colocou em contato com a chefia do setor de regulação. Não obstante, o agendamento foi protelado até que solicitamos, com anuência da co-orientadora da tese, à coordenadora de

saúde da região do Bairro Pimentas/Bonsucesso para intermediar a negociação com a diretoria do HMPB. Esse agendamento ainda demorou uma semana.

Participaram da reunião além da pesquisadora, a co-orientadora e a coordenadora da região do Bairro dos Pimentas, além do diretor do hospital e da gerente administrativa, a quem foram expostos os objetivos da pesquisa. Na ocasião foi solicitada a confirmação do número total de médicos e enfermeiros. Em que pesem os esclarecimentos prestados, o início da coleta de dados atrasou mais 15 dias, em função de sucessivos adiamentos. Apenas depois de um contato por telefone, quando foi enfatizada a urgência do prazo para finalizar a coleta de dados, obteve-se autorização para a entrada no hospital. Não foi franqueado ou informado à pesquisadora como e quando as explicações sobre a pesquisa foram transmitidas aos médicos e enfermeiros.

Importante lembrar o apoio constante da SMS-G, inclusive mediante utilização do Termo de Compromisso assinado entre a Unifesp e a SMS-G, por ocasião da realização da pesquisa “guarda-chuva”. O campo no HMPB finalmente teve início em março de 2016, três meses após a liberação pela SMS-G.

Cabe assinalar que no decorrer da pesquisa de campo, por força da saída da assessora estatística da Fap/Unifesp, depois de um breve período com apoio de outra profissional da Fap, foi contatado um novo assessor em estatística.

No decorrer do trabalho de campo surgiram outros problemas, como o pouco interesse dos médicos e enfermeiros em participar do projeto, sendo observado que cada serviço apresentou uma dinâmica diferente.

No HMU a maior dificuldade foi o acesso aos médicos, posto que muitos aceitavam preencher o questionário, mas não os devolviam no tempo combinado; já a equipe de enfermagem foi mais participativa/colaboradora. O tempo planejado para a coleta de dados era de seis meses, porém foi preciso interrompê-lo antes, uma vez que alguns médicos imputaram cunho político à pesquisa, na medida em que se aproximava o período pré-eleitoral de 2016.

No HMPB a dinâmica foi bem diferente: a atitude de colaboração dos médicos fez com que a aplicação do questionário pudesse terminar antes do prazo previsto. A maior

difficuldade foi o contato com os enfermeiros. Foi possível observar a sobrecarga de trabalho, a falta de funcionários, a alocação de enfermeiros em dois setores ou mais. Tal sobrecarga se evidenciou por ocasião de um diálogo com uma enfermeira que, depois de ouvir explicações sobre a pesquisa, reagiu com o seguinte comentário, quando informada que a coleta entre os médicos já havia finalizado: “... eles só prescrevem, quem toca o serviço somos nós...”

A aplicação do qCT em sua dimensão quantitativa, ocorreu de acordo com a disponibilidade da agenda dos profissionais de cada hospital. Conforme disponibilidade de horário dos participantes, o questionário foi auto aplicado e a média de tempo necessário para completar as respostas variou de 20 a 30 minutos, sendo a aplicação supervisionada por bolsistas que foram capacitados previamente e que estavam disponíveis para eventuais questionamentos e dúvidas. Importante ressaltar que os questionários eram respondidos no local de trabalho. A aplicação de questionários abrangeu todos os dias da semana, incluindo os fins de semana e também os dois turnos.

A divisão dos plantões médicos em turnos de 12 horas permitiu que mesmo durante o dia se alcançassem os plantonistas noturnos. Em alguns casos, os participantes preferiam responder em outro momento, o que por vezes resultou em perda de questionários. Visou-se garantir graus máximos de credibilidade, confiabilidade e anonimato.

Os participantes foram informados sobre a finalidade da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 3). Foi assegurado a todos os respondentes que a análise das informações coletadas respeitaria a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes.

Configurando um recorte da pesquisa “guarda-chuva”, a presente tese foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unifesp através da Plataforma Brasil e pela Comissão de Ética em Pesquisa da SMS-G parecer 618.124 (Anexo 4).

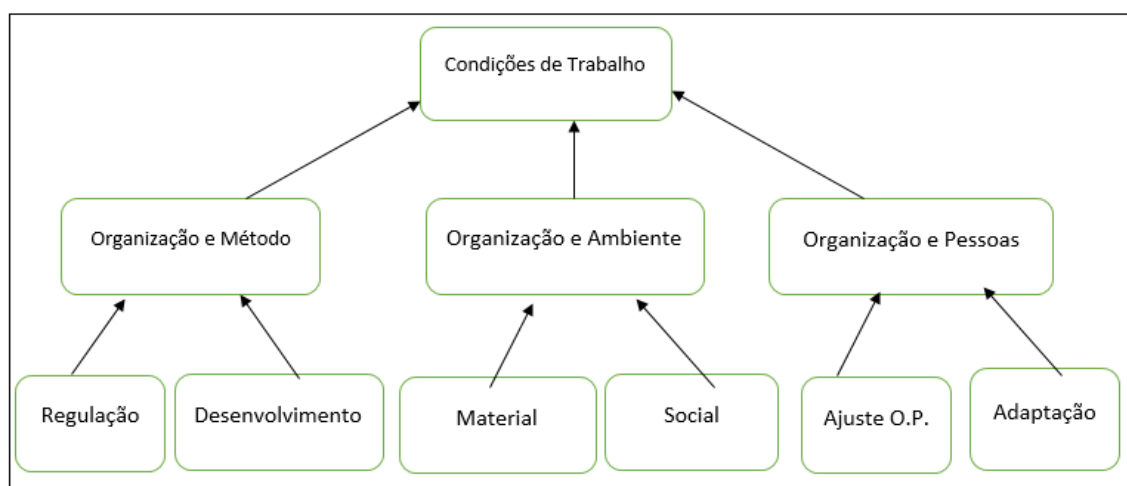
Cabe assinalar que a pesquisadora se encarregou da digitação das respostas no banco de dados, tanto no caso da pesquisa “guarda-chuva” quanto da presente pesquisa.

Foram respondentes na fase da pesquisa “guarda-chuva”, 551 servidores, entre 2012-2013. No período entre 2015 e 2016, com o propósito de complementar a amostra de médicos e enfermeiros dos dois hospitais, participaram da pesquisa mais 138 profissionais totalizando uma amostra de 689 trabalhadores, distribuídos nas cinco categorias já mencionadas, de forma homogênea, ou seja, contabilizando mais de 100 respondentes de cada categoria profissional, já excluídas as perdas, que ocorreram por preenchimento inadequado dos questionários ou porque os respondentes não os entregaram de volta.

4.1.2 – Processo de validação do qCT

No artigo sobre validação do qCT foi efetuada análise psicométrica, visando a explicação das dimensões relacionadas às condições de trabalho, lançando-se mão de uma análise fatorial confirmatória (AFC) para verificar a validade do instrumento e conferir maior rigor metodológico ao trabalho. Ela foi calcada no modelo teórico em que há uma estrutura fatorial de terceira ordem. De acordo com esse modelo, as Condições de trabalho são dependentes da: Organização e seus métodos de trabalho, da Organização e seu ambiente e da Organização e seu pessoal (Blanch *et al.*, 2010). Por sua vez, cada uma dessas dimensões apresenta dependência recíproca, conforme figura 1, abaixo.

Figura 1- Questionário de condições de trabalho- qCT: dimensões estudadas



Fonte: elaboração própria, a partir de Blanch *et al.*, 2010

Como os itens da escala são politômicos (ou seja, contam com uma escala de itens com várias opções de resposta), é gerada uma distribuição de resposta diferente da gaussiana. Em decorrência, utilizou-se uma rotação oblíqua (isto é, uma forma de ajuste dos resultados empregada quando os fatores são correlacionados) com método Promax e estimador Diagonally Weighted Least Squares (DWLS). A escolha deste estimador segue recomendações acadêmicas e foi feita, também, por ele assumir a não-normalidade da distribuição das variáveis. Estimadores robustos são justamente utilizados para distribuições não gaussianas. Frequentemente, pesquisas em ciências sociais e outras próximas têm distribuições distantes da normal (Muthén; Asparouhov 2012).

Os índices de ajustes adotados na avaliação dos resultados do modelo foram o Comparative Fit Index (CFI), o Tucker-Lewis index (TLI), o Root mean square error of approximation (RMSEA) e o Standardized root mean square residual (SRMR). O CFI e o TLI são índices relacionados à validade. Eles informam sobre a qualidade do modelo para permitir que o pesquisador o aceite, ou o rejeite. Valores próximos de 1 são ideais e igual a 0,90 são tradicionalmente, aceitos. O RMSEA e o SRMR descrevem os erros. Valores abaixo de 0,08 para o primeiro e 0,05 para o segundo são indicados (Bentler, 1990; Marôco, 2010; Kline, 2011). Ainda se investigou a consistência interna das escalas através dos coeficientes alfa de Cronbach e os coeficientes ômega.

A análise de dados foi feita com o software R, versão 3.3.3, com o Rstudio e o pacote Lavaan.

4.1.3. Questionários respondidos pelos médicos e enfermeiros dos dois hospitais

Responderam ao qCT 111 médicos, sendo 54 do HMU e 57 do HMPB. Quanto aos enfermeiros, foram aplicados 70 questionários, sendo 39 do HMU e 31 do HMPB.

A análise estatística das respostas foi organizada da seguinte forma: os dados categóricos foram apresentados por frequências e proporções, enquanto os dados numéricos foram descritos por médias, média robusta e desvios-padrão. Na base de dados composta pelas respostas de todos os participantes foram excluídos os respondentes duplicados e os casos de digitação incorreta.

A normalidade de todas as variáveis dependentes, isto é, dimensões da escala, foi averiguada por contraste visual e pelo teste Shapiro-Wilk. Técnicas robustas utilizando a média e o desvio-padrão winsorizados foram aplicadas para que as análises pudessem resistir a pontos extremos, tal como recomenda a literatura (Wilcox, 2017). Modelos não-paramétricos para testes de hipóteses foram empregados dado o perfil de assimetria das variáveis ou natureza de medida e contaram com o teste de Mann-Whitney. As análises foram feitas no R 3.3.3.

Com base no percurso metodológico e nas análises realizadas, os resultados foram apresentados em dois artigos.

5- Artigos produzidos

Como resultado da tese, foram elaborados dois artigos, a serem submetidos para publicação:

1. “Questionário de condições de trabalho qCT: estrutura e propriedades psicométricas no âmbito da saúde”
2. “Condições e organização do trabalho no SUS na perspectiva de médicos e enfermeiros de dois hospitais públicos sob diferentes modos de gestão”

6. Conclusão

Esta tese procurou cumprir um duplo objetivo: validar o questionário sobre condições de trabalho - qCT – para trabalhadores de serviços do SUS; ao que se associou a investigação e interpretação dos resultados da aplicação desse mesmo instrumento em dois hospitais do sistema público municipal de Guarulhos, mediante a coleta e análise das respostas dadas por médicos e enfermeiros.

A validação do qCT foi comprovada pelos testes estatísticos, e está exposta em um dos artigos. Em seguida o objetivo se centrou em aplicar esse questionário a amostras de conveniência compostas por médicos e enfermeiros - duas categorias profissionais cujo papel na assistência é central - de hospitais públicos sob distintas formas de gestão.

Ainda que o instrumento empregado na coleta dos dados seja de cunho quantitativo, a realidade que os dados permitem recompor constitui-se como um objeto cujas “variáveis” complexas requerem abordagem qualitativa. A combinação de métodos é sustentada por Jick (1979) como um modelo de ampla tradição nas Ciências Sociais. Para esse autor, os métodos qualitativos e quantitativos não são opostos, mas sim os polos de um *continuum*. Dessa forma, toda investigação científica de objetos complexos demandaria uma combinação de procedimentos, isto é, a “integração metodológica” (Jick, 1979, p. 603). É possível assim contrapor e ponderar resultados, o que enriquece a compreensão dos fenômenos. Caso apareçam incoerências insolúveis, abrem-se, segundo Samaja “[...] novos horizontes de problemas, novas interrogações” (1992, p. 7).

O desenho da presente pesquisa se situa na perspectiva quantitativa, tendo sido feito um retrato transversal das perspectivas de médicos e enfermeiros sobre suas condições de trabalho em um determinado período de tempo. Como instrumento padronizado e normatizado, os questionários se caracterizam pela reprodutibilidade, permitindo análise estatística das variáveis investigadas. No entanto, a segurança que se atribui ao estudo quantitativo deve ser questionada (Minayo, 2012, p.623). Não se lançou mão de material originado de documentos escritos, de entrevistas ou grupos focais. Não obstante, a pesquisadora permaneceu várias horas durante muitos dias no ambiente de trabalho dos dois hospitais e registrou suas impressões, ao travar contato reiterado com os respondentes.

Como observa Minayo “[...] o verbo principal da análise qualitativa é compreender[e] toda compreensão é parcial e inacabada” (2012, p. 623). O procedimento metodológico considerou que “[...] é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere” (Minayo, 2012, p 623). Os sujeitos desta pesquisa conformam duas categorias que portam interesses e visões de mundo com grande carga ideológica. Integram grupos sociais que historicamente têm desempenhado papel de relevância na prestação de assistência à saúde e à doença. Contudo, essa prestação de serviços se faz sob uma concepção do processo de saúde hegemônica por uma explicação multifatorial, que fragmenta a realidade ao mesmo tempo em que investe os médicos, em especial, de saberes alegadamente científicos (Luz, 2002). Cabe contrastar esse saber científico com a concepção sobre o próprio exercício profissional de trinta médicos consultantes de centros de saúde do município de São Paulo, que foram entrevistados por Mendes-Gonçalves (1994). A interpretação dos médicos a esse respeito se resumia a, nos depoimentos colhidos pelo pesquisador, “[...] atender os doentes [ou seja], se há doentes eles devem ser tratados por médicos” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 195).

Portanto, é preciso interpretar as respostas coletadas tendo em vista a inserção social dessa categoria profissional que, enquanto agrupamento social de *status*, compõe ou pretende compor a chamada classe “média”, em termos de hábitos, aspectos do padrão de vida e orientação quanto a valores. Classe social é aqui entendida como um termo que se aplica com o “[...] máximo de especificidade histórica para designar o arranjo societário inerente ao sistema de produção capitalista” (Fernandes, 1975, p. 33). O autor afirmava que, no Brasil, “[...] as classes ‘altas’ e ‘médias’ só se propõem e tentam resolver os problemas nacionais que se relacionam com seus próprios interesses de classe.” (Fernandes, 1975, p.80). Sem considerar o mérito das políticas implementadas recentemente, as classes “médias” brasileiras extravasaram sua fúria contra medidas de ampliação da cidadania, incluindo as cotas no ensino superior para negros e estudantes das escolas públicas, os programas de transferência de renda, direitos trabalhistas para os empregados domésticos (Saad-Filho; Boito, 2016a). No mesmo diapasão, entidades médicas nacionais do país posicionaram-se contra o Programa Mais Médicos, que trouxe

centenas de médicos estrangeiros distribuídos em municípios que não conseguem prover assistência médica. Reportagens amplamente veiculadas pelos meios de comunicação mostraram médicos proferindo grotescos discursos racistas e anticomunistas em aeroportos e manifestações de rua (Saad-Filho; Boito, 2016b).

Em estudo de Santos *et al* (2017) foi avaliada a implementação do programa Mais Médicos para o Brasil em 1708 municípios com mais de 20% da população em extrema pobreza ou localizados em áreas fronteiriças de difícil acesso, no período de 2013 a 2015. Foram encontrados 4.917 médicos até setembro de 2015, e o número de municípios com mais de 1,0 médico por 1000 habitantes dobrou, de 163 em 2013, para 348 em 2015. A cobertura de atenção primária nos municípios participantes aumentou de 77,9% para 86,3%. As hospitalizações evitáveis por condições sensíveis à atenção primária diminuíram de 44,9% para 41,2% nos municípios participantes, sem contar que houve aumento nos investimentos de infraestrutura local.

A valorização do empreendedorismo e mesmo da terceirização, em detrimento de vínculos trabalhistas, é disseminada socialmente via propaganda maciça nos meios de comunicação como necessidade de modernização empresarial (Lourenço, 2015). Campos discorre sobre a forma de organizar a atenção à saúde conforme o modelo liberal-privatista “apoiado pelos prestadores privados, tendo nos médicos, entre outros profissionais, o seu principal intelectual orgânico, particularmente quando se trata de definir as formas concretas de organização da atenção e da oferta de serviços” (2007, p. 1867).

Os médicos sempre se mostraram resistentes ao assalariamento e suas entidades continuam defendendo o exercício liberal da profissão em consultórios privados.

Em 1976, Donnangelo e Pereira já apontavam que a própria organização de todo o campo da medicina (desde o tipo de conhecimento elaborado e as formas de sua transmissão, até a constituição de princípios legitimadores, ao nível ético ou jurídico, do exercício da prática), com seu efetivo monopólio sobre as ações de saúde, garante à prática médica uma posição central na distribuição e consumo dessas mercadorias e, portanto, na realização de seu valor, permitindo que se complete o processo de valorização do capital aplicado na produção industrial (p.38)

Também Arouca, em sua tese de doutorado em 1975, afirmava que “a Medicina privada (ou liberal) transformou o cuidado médico em mercadoria” (Arouca, 2003, p. 234).

Pela sua posição superior na hierarquia do domínio técnico-científico da Medicina influenciam outras categorias profissionais nos serviços assistenciais. Portanto, buscou-se compreender os resultados quantitativos à luz da influência ideológica³ dos valores neoliberais, que transparecem nas respostas colhidas de médicos e de enfermeiros, em um contexto de reestruturação produtiva, com desemprego e precarização das relações de trabalho e cortes de direitos sociais. Na análise está presente também a ênfase de como a discrepância de situação material dos hospitais estudados revela a apropriação do fundo público por empresas privadas (Salvador, 2010; Salvador *et al*, 2012) e a transferência de funções públicas para o setor privado.

Ao assumir a historicidade do objeto estudado, a análise qualitativa dos resultados da pesquisa sinaliza o reconhecimento de que o senso comum de nosso tempo está dominado pela ideologia do neoliberalismo, que mercantiliza direitos, “manufatura consensos”, na expressão de Noam Chomsky citada por Borón (2001, p. 10), ainda que não tenham se realizado as promessas de que o mercado traria prosperidade geral. Ao contrário a desigualdade social se aprofunda em quase todos os países. Nas palavras de Vito Letizia (2012), a grande crise estrutural do modo capitalista de produção prossegue rastejante...

³ Segundo Chauí, “ideologia não é um ‘reflexo’ do real na cabeça dos homens, mas o modo ilusório (isto é, abstrato e invertido) pelo qual representam o aparecer social como se tal aparecer fosse a realidade social” (2000, p. 106)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 9-23.
2. Arouca, S. *O dilema preventivista*. São Paulo: Editora Unesp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
3. Bentler, PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246 Mar 1990.
4. Blanch, JM., Sahagún, M.; Cervantes, G. Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 2010; 26, (3): 175-189.
5. Borón, A. Os “novos Leviatãs” e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: Sader, e.; Borón, A. (Orgs.). Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia? São Paulo: Vozes, 2001. 3ªed.
6. Brasil Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm
7. Chaui, MS. O que é ideologia. São Paulo: Editora Brasiliense. 47ª reimpressão, 2000.
8. Chesnais, F. A mundialização do capital. São Paulo: Xamã Editora, 1996.
9. Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp). *Jornal do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo*. Assembleia Legislativa do estado de São Paulo. 166. Edd. São Paulo: junho 2001.
10. Datasus 2017. Informações de Saúde (Tabnet) 2017. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>
11. Donnangelo MCF, Pereira, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
12. Fernandes, F. Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina. 2ª ed. São Paulo: Zahar Editores; 1975.

13. Fundação Seade – Perfil Municipal. Principais indicadores para os municípios e regiões do Estado de São Paulo. São Paulo 2017. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>
14. Guarulhos 2017. Economia da cidade. Disponível em: <http://www.guarulhos.sp.gov.br/pagina/economia-de-guarulhos>
15. Harvey, D. O enigma do Capital e as crises do capitalismo. São Paulo: Boitempo Editorial. 2011.
16. Hobsbawn, cE. Era dos extremos. O breve século XX 1914-1991. 2 ed. 28 reimpressão São Paulo: Companhia das Letras. 2004.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Produto Interno Bruto (PIB), 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=351880&idtema=16>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017. Brasil, 2017. Disponível em: <http://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detelhe-de-media.html?view=mediaibge&catid=2103&id=1321>
19. Jick, TD. Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. Administrative Science Quaterly, vol. 24,n. 4, pp.602-611, Dec 1979.
20. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling [Internet]. Structural Equation Modeling, vol. 156, 2011. 427 p. Disponível em: <http://www.guilford.com/companion-site/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling-Third-Edition%5Cnhttp://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-B-Kline/9781606238769%5Cnhttp://www.psych.umass.edu>
21. Lacaz, FAC. et al. Gestão do Trabalho em Saúde em dois Sistemas Municipais do Estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal. Relatório final. São Paulo: Fapesp, 2014.
22. Letizia, V. A grande crise rastejante. São Paulo: Caros Amigos, 2012.
23. Lourenço E A S. Terceirização: a destruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. Serv. Soc. Soc., São Paulo, 2015; 123: 447-475.
24. Luz, MT. Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

25. Marôco, J. Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações. PêroPinheiro (PT): Report Number. 2010. 384 p
26. Mendes-Gonçalves, RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
27. Minayo, MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência e Saúde coletiva. 2012; 17 (3): 621-626.
28. Município de Guarulhos. Lei nº 7119, de 18 de abril de 2013. Dispõe sobre a estrutura dos órgãos da administração direta, do quadro de servidores públicos da prefeitura de Guarulhos, prescreve normas para sua reorganização e da outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/g/guarulhos/lei-ordinaria/2013/712/7119/lei-ordinaria-n-7119-2013-dispoe-sobre-a-estrutura-dos-orgaos-da-administracao-direta-do-quadro-de-servidores-publicos-da-prefeitura-de-guarulhos-prescreve-normas-para-sua-reorganizacao-e-da-outras-providencias>
29. Município de Guarulhos. Secretária Municipal de Saúde. Recursos Humanos; 2011.
30. Muthén B; Asparouhov, T. Bayesian structural equation modeling: a more flexible representation of substantive theory. Psychological Methods. 17(3): 313-335, Sep. 2012
31. Santos MP; A; Trindade JS; CHC et al; Pesquisa de implementação: mais médicos para o Brasil atingir a saúde universal, acesso a cobertura para todos. In: Anais do 3º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2017 mai 1 - 4; Natal. Abrasco; 2017. p. 38. Disponível em: http://rededepesquisaaps.org.br/wpcontent/uploads/2017/09/ANAISNATAL_PMM.pdf
32. Saad-Filho A; Boito A. Brazil: the failure of the PT and the rise of the “new right”. SocialistRegister. 2016a: p. 213-230. Disponível em: http://www.academia.edu/20310392/Brazil_The_Failure_of_the_PT_and_the_Rise_of_the_New_Right.
33. Saad-Filho A; Boito A. State institutions and political power in Brazil. LatinAmerica Perspectives. 2016b. 43 (2): 190-206. Disponível em: <http://eprints.soas.ac.uk/22260/1/Boito%20%26%20Saad->

Filho%20LAP%20%28State%20Institutions%20and%20Political%20Power%20in%20Brazil%29%20FINAL.pdf

34. Salvador, E. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez. 2010. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/12263-54920-1-PB.pdf
35. Salvador, E; Behring, ER; Boschetti, I; Granemann, S. Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez. 2012.
36. Samaja, J. La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. Educ. Med. Salud, vol. 26, n. 1, pp.4-34, 1992.
37. São Paulo/Governo do Estado. Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html>
38. Sindicato dos Trabalhadores na Administração Pública e Autarquias do Município de São Paulo (Sindsep). Boletim Informativo do Sindsep. Comunicação oral na Plenária Municipal de Saúde realizada em 16/08/2005, na Câmara Municipal de São Paulo, pelo palestrante Jorge Kayano, do Instituto Pólis, citando dados do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. São Paulo: Setembro de 2005.
39. Sodré F. A inserção da Atenção à Saúde no Brasil no Regime de Acumulação Financeirizada: Organizações Sociais de Saúde. Apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2017, maio 01-04, Natal, RN.
40. Superior Tribunal Federal. Ação direta de Inconstitucionalidade, 2015. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289576>
41. Superior Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade. Conclui julgamento da ADI 1923/DF para dar interpretação conforme a dispositivos da Lei nº 9.637/1998. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo781.htm>

42. Wilcox R. Understanding and applying basic statistical methods using R. Hoboken, New Jersey, New Jersey: John Wiley & Sons; 2017.

Artigo 1

QUESTIONÁRIO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO qCT: ESTRUTURA E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, NO ÂMBITO DA SAÚDE

RESUMO

São descritas e analisadas a estrutura e as propriedades psicométricas do Questionário de Condições de Trabalho (qCT), no contexto brasileiro. O qCT inclui séries de itens organizados de acordo com um modelo teórico segundo o qual as condições de trabalho configuram-se em torno de uma tripla relação da organização com o método, com o ambiente e com a pessoa. Esta ferramenta mostrou-se válida e fidedigna no âmbito da saúde e educação em países ibero-americanos (Blanch *et al*, 2010a), como também no presente estudo. Em uma amostra integrada por 689 profissionais de saúde trabalhando no sistema público de saúde de um município da Grande São Paulo, a análise de componentes principais mostrou a existência de seis fatores, agrupados por pares em três grupos de escalas, mostrando todas elas uma alta consistência interna, com alfas de Cronbach de 0.96 e Análise Fatorial Confirmatória ≥ 90 , sendo aceitos valores acima de 90. Os dados indicam que o qCT reproduz fielmente a estrutura do modelo teórico assumido e reúne as propriedades técnicas necessárias para avaliar as condições de trabalho em serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: condições de trabalho, sistema público de saúde, profissionais de saúde, psicometria, validação

Abstract

This article describes and analyses the structure and psychometric properties of the Working Conditions Questionnaire in the Brazilian context. The questionnaire includes series of items organized in line with a theoretical model, according to which work conditions are set around a three-way relationship: with the method, with the environment and with the person. This tool has shown itself to be valid and reliable in regard to health and education in Ibero-American countries (Blanch *et al*, 2010), as well

as in the present study. In a sample consisting of 689 health professionals working in the public health system of a Greater São Paulo municipality, the analysis of the main components has shown the existence of six factors, grouped by pairs in three sets, all of which have shown high internal consistence, with Cronbach's alpha of 0.96 and Confirmatory Factor Analysis ≥ 90 (values above 90 being accepted). The data indicates that the Working Conditions Questionnaire reliably reproduces the structure of the assumed theoretical model and combines the necessary technical properties that allow working conditions in health services to be properly reviewed.

KEYWORDS: working conditions, public health system, health professionals, psychometrics, validation

Introdução

Este artigo trata da validação do instrumento Questionário Condições De Trabalho (qCT), ferramenta desenvolvida para o levantamento de dados relacionados às condições de trabalho em instituições públicas sem fins lucrativos. As pesquisas que sustentam este artigo tiveram início há mais de dez anos (Blanch, 2005; 2006; Goulart, 2009 a,b; Blanch *et al*, 2010a; Ochoa e Blanch 2015; Zapata - Herrera e Zapata - Gómez 2015; Delgado 2016), com o foco no significado do trabalho na contemporaneidade.

Especificamente serão abordadas a estrutura e as propriedades psicométricas do qCT com base em dados oriundos de dois estudos sobre as condições de trabalho em serviços do SUS de dois grandes municípios do estado de São Paulo. O primeiro deles, a pesquisa “guarda-chuva”, foi financiado pela FAPESP, sendo realizado durante os anos de 2012 a 2014 em dois municípios de grande porte da região metropolitana de São Paulo (Lacaz *et al.*, 2014), e o segundo, cujo período de campo transcorreu entre 2015-2016, denominado Condições e organização do trabalho no SUS na perspectiva de médicos e enfermeiros de dois hospitais públicos sob diferentes formas de gestão, buscou analisar as perspectivas de médicos e enfermeiros de dois hospitais públicos sob diferentes formas de gestão em um dos dois municípios da pesquisa “guarda-chuva” (Costa, 2014).

Aspectos teóricos, categoria trabalho no âmbito da saúde; instrumentos que avaliam condições de trabalho.

O questionário de Condições de Trabalho (qCT) foi concebido e desenhado especialmente como ferramenta para avaliar componentes centrais da dimensão psicossocial, subjetiva e percebida das condições de trabalho em organizações de serviço a pessoas (como, por exemplo, saúde, educação ou justiça) (Blanch *et al.*, 2007).

O trabalho é um lugar de criação, podendo ser sinônimo de prazer e de sofrimento (Goulart, 2009a; Dejours, 1992), sendo fundamental para a constituição social, cultural e psicológica dos indivíduos e grupos (Schmidt, 2014).

Antunes (2008) afirma que o trabalho é uma realização essencialmente humana, convertido pela sociedade capitalista em meio de subsistência. A força de trabalho tornou-se uma mercadoria, mesmo que especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias, valorizando, assim, o valor. O autor destaca as contradições do trabalho na sociedade capitalista: ao mesmo tempo em que poderia propiciar criação, apresenta-se como condição que subordina; poderia levar à emancipação, mas aliena; possibilitaria liberar o trabalhador, mas o escraviza.

Observa, ainda, que as formas de gestão do trabalho acompanham a expansão das formas de trabalho precário e a precarização do trabalho em escala global, ampliando-se a terceirização, a subcontratação, o regime *part-time*, entre outras modalidades. A desregulamentação do trabalho nos países do hemisfério Sul intensificou-se, o desemprego estrutural se aprofundou (Antunes, 2008). No Brasil, em 2009, segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), tendo como fonte a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (Pnad), os componentes de emprego, excluindo a agricultura, distribuíam-se da seguinte forma na economia informal: 24% estavam dentro do assim denominado setor informal⁴ e 18% estavam no emprego informal fora do setor

⁴ Para a OIT o termo economia informal abrange considerável diversidade e envolve as atividades econômicas que não são cobertas ou são insuficientemente cobertas por arranjos formais. Os trabalhadores na economia informal incluem tanto assalariados quanto os por conta própria e esses últimos podem transitar de uma situação para outra (Guidelines concerning a statistical definition of informal employment, adopted by the 17th International Conference of Labour Statisticians, Geneva,

informal. (ILO, 2014, p. 9). Ou seja, no Brasil havia 32.493.000 de trabalhadores em empregos informais, excluindo a agricultura, sendo 18.688.000 milhões no emprego informal dentro do setor informal e 13.862.000 milhões em empregos informais fora do setor informal. Apenas 56.500 empregos eram formais no setor informal (ILO, p. 75, anexo II, 2014

Estima-se que, dentre as 15.900.000 de mulheres que estavam no emprego informal, quase 5 milhões trabalhavam como empregadas domésticas (ILO, pp.11e 75, anexo II).

Na atualidade existe um cenário contraditório e crítico, no qual, se o trabalho ainda é central para criação do valor, um dos maiores desafios é dar sentido ao trabalho humano, tornando a vida também dotada de sentido dentro e fora do ambiente de trabalho (Antunes 2002, 2008, 2015).

Esse contexto interfere diretamente nas relações desenvolvidas no “novo” ambiente de trabalho e também incide nas condições de trabalho.

Para alguns autores são consideradas condições/organização do trabalho todas as circunstâncias e características ecológicas, materiais, técnicas, políticas, econômicas, sociais, jurídicas e organizacionais que estão presentes nos ambientes e nas relações de trabalho (Lacaz 2000; Blanch, 2012; Antunes; Praun, 2015; Maciel *et al*, 2015; Goulart; Mennin; Spedo, 2017; OIT, 2017). Como parte das condições de trabalho, Blanch, Sahagún e Cervantes (2010) destacam o bem-estar, a saúde, a segurança, a motivação, o compromisso, a satisfação e o rendimento laboral, as doenças provocadas pelo trabalho e o que chamam de disfunções das organizações, tais como o conflito, o absenteísmo, o presentismo, a rotatividade, o abandono, a taxa de acidentes e doenças provocadas pelo trabalho.

Lacaz *et al* (2010) afirmam que a autonomia e o poder que os trabalhadores têm sobre os processos de trabalho, ou seja, o controle, interferem diretamente na

qualidade de vida e que as condições desses processos, tanto no âmbito do ambiente ou da organização do trabalho, devem respeitar as características dos trabalhadores.

Aqueles que exercem profissões na esfera da saúde estão duplamente envolvidos com as desigualdades nesse setor, seja como cidadãos e como trabalhadores, existindo assim articulação estreita entre condições de trabalho e a qualidade dos serviços prestados à população (Assunção; Machado; Araújo, 2012).

Mudanças demográficas e epidemiológicas, que modificam as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), exigem do profissional de saúde um domínio cada vez maior de conhecimentos, habilidades e ampla visão do contexto e compromisso social. Não obstante, há um contrassenso entre as exigências do trabalho e as práticas de gestão (Assunção; Machado; Araújo, 2012; Assunção; Jackson Filho, 2011). Os autores observam que na prática tradicional de gestão dos serviços são ignoradas as necessidades com que se defrontam os trabalhadores para desempenhar as tarefas requisitadas, bem como as que se apresentam no desenvolvimento das ações que atendem às demandas dos usuários.

Tal questão está relacionada ao andamento das atividades do SUS e à sustentabilidade das redes de atenção à saúde, frente às novas realidades socioeconômicas e ao perfil epidemiológico da população. (Assunção *et al.* 2010; Lacaz, 2000; Lacaz; Sato, 2006; Lacaz *et al.*, 2010; Sá; Azevedo, 2010; Assunção; Brito, 2011). Como afirma Mendes (2016), com a aprovação da PEC 241/2016, que institui um regime fiscal de austeridade durante 20 anos a contar de 2017, ocorrerá precarização ainda maior das condições sociais e de saúde.

Entendemos que os profissionais da saúde desempenham um importante papel na promoção da melhora da qualidade da atenção. Isso demanda uma grande carga emocional, favorecendo o aumento das queixas psicossociais no ambiente de trabalho (Assunção; Brito; 2011; Dias, 2015).

Diante do contexto de crescente precarização das relações laborais, torna-se relevante estudar as condições e a organização dos processos de trabalho em saúde e suas repercussões psicossociais (Fisher 2012), pesquisando a relação entre as experiências dos trabalhadores e as condições de trabalho reais (Schmidt, 2014).

Schmidt (2014), ressalta que não se deveria considerar o adoecimento do trabalhador como fraqueza individual, ou como uma condição hereditária ou mesmo como inadequação para a função. Assumindo-se que a interpretação da doença seja deslocada do indivíduo para o coletivo, a pessoa que adoecer pode estar de algum modo revelando condições de trabalho que afetariam a saúde.

Investigar essa problemática, com atenção a instrumentos que possibilitem nortear propostas de ação, pode resultar em subsídios importantes para a melhoria da qualidade do trabalho e da atenção à saúde (Blanch *et al.*, 2010b; Lacaz *et al.*, 2010; Mendonça *et al.*, 2010; Vilela *et al.*, 2010).

Tal investigação é especialmente importante no que se refere a condições de trabalho em instituições públicas de saúde, as quais têm sido regidas pela lógica de metas e resultados (Blanch; Stecher; 2009; Goulart, 2009a; 2010; Peralta, 2010; Ansoleaga *et al.*; 2011; Cervantes *et al.*, 2011; Cervantes; 2012; Godoy *et al.*, 2012; Goulart *et al.*, 2010).

Assim, esse artigo procura expor metodologia pela qual se comprova a validação do qCT fundamentando-se em análises estatísticas e psicométricas de uma base de dados formada pelo material colhido a partir da aplicação do instrumento e das respostas por trabalhadores de serviços municipais de saúde distribuídos em cinco categorias profissionais, com diferentes níveis de escolaridade.

Método

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo e de validação estatística. A primeira etapa dos procedimentos metodológicos concentrou-se na atualização do debate teórico sobre a categoria trabalho, mais especialmente sobre condições/organização do trabalho em instituições de serviços de saúde, sob a chamada Nova Gestão Pública.

A tradução da versão original do qCT para a língua portuguesa seguiu a formatação de estudos anteriores (Goulart, 2009b; Goulart *et al.*, 2012). Esta foi realizada por dois tradutores independentes, sendo que um deles tem o português como língua materna, enquanto o outro é de origem espanhola, resultando assim em duas versões do

instrumento. A seguir, as duas versões foram avaliadas individualmente e, depois, comparadas entre si por dois outros pesquisadores em psicologia, para obtenção de uma única versão em português. Esse procedimento pretendeu detectar possíveis erros e interpretações divergentes de itens com significados ambíguos na versão original em espanhol (Blanch *et al.*, 2007).

Após os ajustes necessários, a versão final do instrumento foi submetida a um pré-teste para análise da compreensibilidade dos itens das escalas. Foi utilizada a técnica de prova que consiste na determinação da compreensibilidade do instrumento a ser aplicado a uma amostra da população-alvo. Essa técnica permitiu avaliar a validade aparente (validade de conteúdo) do instrumento adaptado. Participaram do pré-teste seis sujeitos. Essa delimitação de participantes se ateve à análise em profundidade das informações obtidas. As instruções sobre o preenchimento das escalas, assim como àquilo que se refere a cada um dos itens, foram discutidas com os participantes quanto à compreensão e à clareza, e levantadas as discrepâncias sobre a compreensão geral do instrumento.

As escalas, aplicadas em forma de questionário, foram respondidas de modo individual, com registros sobre dúvidas e comentários gerais para refinamento do instrumento.

Participantes

A aplicação do questionário estendeu-se por um período de doze meses (2012 a 2013) e em seguida de 2015 a 2016, abrangendo profissionais dos serviços públicos municipais de saúde de um município de grande porte do estado de São Paulo. Foram selecionadas cinco categorias profissionais com maior frequência em número de servidores, todas elas desempenhando funções de assistência diretamente aos usuários dos serviços: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais da recepção.

Para o cálculo da amostra foi considerado um intervalo de confiança de 95% com erro amostral de 4%. Em 2011, o quadro total de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde do município estudado perfazia 9.539 servidores. Portanto, era necessário aplicar o

questionário a, no mínimo, 566 servidores. Foram envolvidos todos os níveis de atenção: básica, especializada, hospitalar e urgência/emergência localizados nas quatro regiões de saúde do município.

Foram respondentes na primeira etapa 551 servidores, e 138 na segunda etapa, perfazendo um total de 689 profissionais, já excluídas as perdas, que ocorreram por preenchimento inadequado dos questionários ou porque os respondentes não os entregaram.

A maioria, 69,7%, era do sexo feminino e 30,3% do sexo masculino. A idade média era de $41,85 \pm 13,0$ anos; sendo que 60,4% declararam ser brancos, 25,9% pardos e 9,7% negros. Pertenciam a cinco categorias profissionais: 27 % médicos, 21,3% enfermeiros, 18,3% entre técnicos e auxiliares de enfermagem, 15,7 agentes comunitários de saúde e 17,4% profissionais da recepção. Trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) 58,1%, em hospitais 27,9% e 13,6% em Pronto Atendimento e Atenção Especializada. A média de exercício na profissão era de $9,83 \pm 8,9$ anos.

Procedimentos no trabalho de campo

A aplicação do qCT, em sua dimensão quantitativa, ocorreu de acordo com a agenda de cada equipamento público. Conforme disponibilidade de horário dos participantes, o questionário foi auto aplicado, e a média de tempo necessário para completar as respostas variou de 20 a 30 minutos, sendo a aplicação supervisionada por bolsistas que foram capacitados previamente e que estavam disponíveis para eventuais questionamentos e dúvidas. Importante ressaltar que os questionários eram respondidos no local de trabalho. Em alguns casos, os participantes preferiam responder em outro momento, o que por vezes resultou em perda de questionários. Esses critérios visaram garantir graus máximos de credibilidade, confiabilidade e anonimato.

Os participantes foram informados sobre a finalidade da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi assegurado a todos os respondentes que a análise das informações coletadas respeitaria a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes.

A realização da pesquisa foi submetida a dois processos de aprovação: parecer do CEP da Unifesp, nº 618.121 e aprovação da pesquisa pelos Comitês de Ética da Secretaria de Saúde do município estudado.

O Instrumento qCT:

Este instrumento foi formulado no âmbito do Estudo sobre Qualidade de Vida no Trabalho (EQVT), desenvolvido por Blanch *et al.* (2007) e validado por Blanch, Sahagún e Cervantes (2010) para avaliar a dimensão psicossocial das condições de trabalho em organizações de caráter público, como hospitais e universidades. Trata-se de um questionário composto por 44 itens, distribuídos em seis escalas, agrupadas em três dimensões: a) Organização e Método; b) Organização e Entorno e c) Organização e Pessoa.

Conforme Blanch, Sagahún e Cervantes (2010), a construção de cada uma das partes do questionário incluiu uma primeira fase de revisão da literatura, que permitiu identificar tópicos relevantes para a investigação, destacar dimensões e indicadores e elaborar um primeiro rascunho com séries de itens que foram apresentados para revisão por uma comissão interdisciplinar. A versão definitiva do questionário, no que concerne aos blocos de Organização e Método e Organização e Ambiente, se apresenta com escalas no formato Likert e abarca um *continuum* bipolar que se estende de pontuações "0" (valor "péssimo") a "10" (valor "ótimo"). No que se refere ao bloco Organização e Pessoa, as pontuações podem estender-se desde o "1" ("total desacordo") a "10" ("total acordo").

Blanch (2011) refere que a categoria condição de trabalho abarca várias dimensões com seus correspondentes indicadores, destacando fatores individuais (organização e pessoa), sociais (organização e entorno) e organizacionais (organização e método). Essas dimensões têm como objetivo avaliar como as pessoas percebem e valorizam o contexto do trabalho, conforme esquematizado na tabela 1.

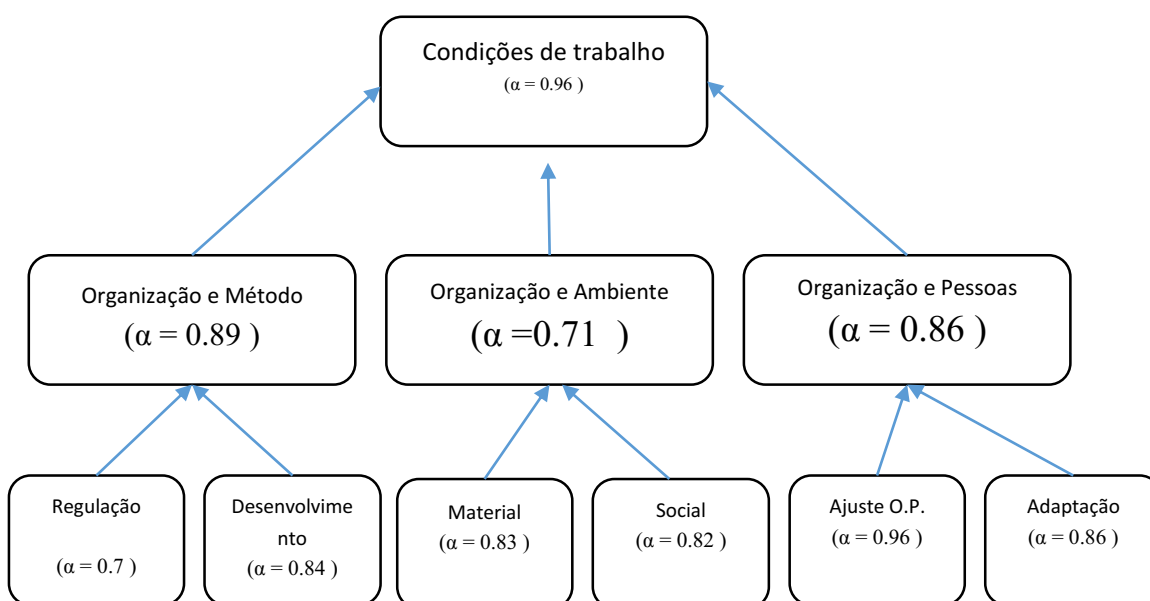
Tabela1 - Coeficiente de congruência entre os componentes principais do Questionário de condições de trabalho

Escalas Específicas	Componentes		itens		Cargas	Coeficiente de congruência	
	Seg. A	Seg. B			Seg.A Seg.B		
Organização e método: Regulação	3	2	reg_1	Tempo de Trabalho (horários, turnos, pausas, etc)	.825	.779	.996
			reg_2	Organização do trabalho (ritmo, hierarquia, tarefas)	.733	.636	
			reg_3	Remuneração econômica	.689	.721	
			reg_4	Carga de trabalho	.683	.777	
			reg_5	Qualidade do contrato de trabalho	.712	.760	
			reg_6	Compatibilidade trabalho - vida particular e familiar	.761	.745	
Organização e método: Desenvolvimento	5	6	den_1	Autonomia nas decisões profissionais	.607	.577	.993
			den_2	Justiça na contratação, remuneração e promoção	.738	.452	
			den_3	Oportunidades de educação continuada	.701	.460	
			den_4	Formas de promoção no trabalho	.748	.565	
			den_5	Participação nas decisões organizacionais	.814	.647	
			den_7	Avaliação do rendimento profissional pela instituição	.668	.531	
Organização e entorno: Material	6	5	den_8	Apoio recebido dos gestores	.823	.581	.999
			den_1	Entorno físico, instalações e equipamentos	.853	.857	
			den_2	Recursos materiais e técnicos	.835	.856	
			den_3	Prevenção de riscos ocupacionais	.783	.825	
Organização e entorno: Social	4	4	den_4	Serviços auxiliares (limpeza, segurança, etc)	.823	.780	.999
			soc_1	Companheirismo	.858	.857	
			soc_2	Respeito no grupo de trabalho	.877	.854	
			soc_3	Reconhecimento pelos colegas de trabalho	.863	.864	
Organização e pessoal: ajuste O - P	1	1	soc_4	Reconhecimento pelos usuários	.595	.580	.999
			org_1	Satisfaz meus interesses	.823	.812	
			org_2	Me exige segundo minhas capacidades	.726	.710	
			org_3	Responde as minhas necessidades	.853	.843	
			org_4	Se encaixa com minhas expectativas	.875	.855	
			org_5	Se ajusta as minhas aspirações	.870	.857	
			org_6	Concorda com os meus valores	.853	.833	
			org_7	Facilita para reconhecimento com justiça	.823	.792	
			org_8	Estimula o meu compromisso de trabalho	.863	.828	
			org_9	Me permite trabalhar a vontade	.876	.870	
			org_10	Me motiva a trabalhar	.894	.881	
			org_11	Me dá sensação de liberdade	.804	.756	
			org_12	Me faz crescer pessoalmente	.874	.833	
			org_13	Me permite desenvolver minhas capacidades profissionais	.867	.818	
			org_14	Me proporciona identidade	.861	.832	
			org_15	Me faz sentir útil	.834	.791	
Organização e pessoa: P/ O	2	3	pes_1	Me adapto a política do trabalho	.750	.767	.999
			pes_2	Assumo os valores da direção	.810	.821	
			pes_3	Aceito que me digam como fazer no trabalho	.787	.732	
			pes_4	Interiorizo facilmente as normas de como fazer no trabalho	.852	.822	
			pes_5	Me identifico com os objetivos propostos	.784	.774	
			pes_6	Aplico o protocolo diante de qualquer dilema de consciência	.752	.696	
			pes_7	Me ajusto ao tempo e ritmos impostos ao trabalho fixados	.700	.705	

Fonte: elaboração de acordo com modelo de Blanch *et al*, 2010

As seis escalas que compõem o qCT, assim como as instruções e redação dos itens, são apresentadas no anexo I. Estas escalas estão agrupadas em pares, de acordo com o modelo que orientou o desenho do questionário (Blanch *et al.*, 2010) e que está representado na figura 1.

Figura 1- Coeficientes Alfa Cronbach de escalas específicas do qCT



Fonte: elaboração baseada em Blanch *et al*, 2010.

Segundo este modelo as condições de trabalho configuram-se em torno de uma tríplice relação da Organização (O) com o Método de trabalho (M), A Organização (O) com o Entorno (Ambiente) (A) e a Organização (O) com a Pessoa (P). As escalas do par O-M se atêm à regulação e ao desenvolvimento das atividades de trabalho. As escalas do par O-A dizem respeito ao Ambiente material e social⁵. As escalas que integram o par P (versão sobre o ajuste entre Organização-Pessoa e de Adaptação-Pessoa) concernem à Organização⁶.

⁵Estas escalas foram criadas em 2005 para uma investigação sobre qualidade de vida laboral no subemprego (Blanch, 2005) em que funcionaram como fatores integrados as escalas com condições de trabalho (com α de .92) e de clima social (com α de .89). Posteriormente, com prévia revisão, adaptação e ampliação, foram aplicadas e revalidadas em outro estudo sobre qualidade de vida laboral em universidades e hospitais (Blanch; Stecher, 2009; Cervantes, 2012), com alfas compreendidos entre .87 e .92.

⁶Estas escalas, adotadas em uma fase piloto (Blanch; Stecher, 2009), apresentaram respectivamente alfas de .95 e de .89.

Posto que com o qCT pretende-se avaliar as condições de trabalho concretas, específicas e determinadas do entorno (ambiente) da pessoa entrevistada, os enunciados de cada escala convidam direta e explicitamente a situar-se frente à própria circunstância de trabalho. Por isso, no par Organização e Método, solicita-se à pessoa que "valore os seguintes aspectos das condições de trabalho em seu centro". Na escala Organização e Entorno, o (a) entrevistado (a) deve colocar-se na seguinte situação: "Valore os seguintes aspectos de seu ambiente de trabalho". E em Organização e Pessoa, o (a) entrevistado (a) deve pontuar o grau de acordo com uma série de afirmações sobre "A atual organização de trabalho de meu centro...".

Análise estatística

Na base de dados compostos pelas respostas de todos os participantes foram excluídas os respondentes duplicados e os casos de digitação incorreta. Os dados categóricos foram apresentados por frequências e proporções, enquanto os dados numéricos foram descritos por médias e desvios-padrão.

A normalidade de todas as variáveis dependentes (i.e., dimensões da escala) foi averiguada por contraste visual e pelo teste Shapiro-Wilk. Técnicas robustas utilizando a média e o desvio-padrão *winsorizados* foram aplicadas para que as análises pudessem resistir a pontos extremos, tal como recomenda a literatura (Wilcox, 2017). Modelos não paramétricos para testes de hipóteses foram empregados dado o perfil de assimetria das variáveis ou natureza de medida.

Análise psicométrica

Visando a explicação das dimensões relacionadas às Condições de trabalho, uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi realizada para verificar a validade do instrumento. Ela foi calcada no modelo teórico em que há uma estrutura fatorial de terceira ordem. De acordo com esse modelo, as Condições de trabalho são dependentes

dos pares Organização e Método, da Organização e Ambiente e da Organização de Pessoas. Por sua vez, cada uma dessas dimensões apresenta dependência de outras dimensões, como mostra a figura 1 (Blanch *et al* 2010).

Como os itens da escala são politômicos (ou seja, contam com uma escala de itens com várias opções de resposta), é gerada uma distribuição de resposta diferente da gaussiana. Em decorrência, utilizou-se uma rotação oblíqua (isto é, uma forma de ajuste dos resultados empregada quando os fatores são correlacionados) com método promax e estimador Diagonally Weighted Least Squares (DWLS). A escolha deste estimador segue recomendações acadêmicas e foi feita, também, por ele assumir a não-normalidade da distribuição das variáveis (Muthén; Muthén, 2012). Estimadores robustos são justamente utilizados para distribuições não gaussianas. Frequentemente, pesquisas em ciências sociais e outras próximas têm distribuições distantes da normal.

Os índices de ajustes adotados na avaliação dos resultados do modelo foram o Comparative Fit Index (CFI), o Tucker-Lewis index (TLI), o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) e o Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). O CFI e o TLI são índices relacionados à validade. Eles informam sobre a qualidade do modelo para permitir que o pesquisador o aceite, ou o rejeite. Valores próximos de 1 são ideais e igual a 0,90 são, tradicionalmente, aceitos. O RMSEA e o SRMR descrevem os erros. Valores abaixo de 0,08 para o primeiro e 0,05 para o segundo são indicados (Bentler, 1990; Kline, 2011; Marôco, 2010). Ainda se investigou a consistência interna das escalas através dos coeficientes alfa de Cronbach.

A análise de dados foi feita com o software R (versão 3.3.3), com o Rstudio e o pacote Lavaan.

Resultados

Os índices de ajuste do modelo exposto na tabela 2 atingiram χ^2 (900) = 76689,896, $p < 0,001$; CFI = 0,954, TLI = 0,952, RMSEA = 0,075, SRMR = 0,094. Apesar do SRMR ter atingido um valor acima do recomendado, aceitou-se este modelo pelo conjunto dos resultados dos outros indicadores de ajuste (Bentler, 1990; Hoyle; Hoyle, 1995; Marôco, 2010). Desta forma, os resultados permitem arguir que a validade do

instrumento está assegurada. Em outras palavras, a medida resultante da escala é relacionada ao aspecto teórico (Devon *et al.*, 2007; Furr; Bacharach, 2008).

A tabela 2 apresenta os itens com seus resultados psicométricos. As cargas fatoriais podem ser interpretadas tal como um coeficiente de regressão e todos os itens atingiram valores $> .3$ para todos os itens, o que é o academicamente recomendado (Costello; Osborne, 2005).

Tabela 2- Estrutura dos resultados psicométricos das dimensões estudadas do qCT, dos trabalhadores de SMS – G, no período de 2013 a 2016.

Dimensão	Item	B	EPM	Z	Carga	Sig,
Regulação	reg_1	1	0		0,876	
	reg_2	1,101	0,02	54,475	0,867	***
	reg_3	0,793	0,019	42,817	0,651	***
	reg_4	1,28	0,023	55,783	0,818	***
	reg_5	0,685	0,017	40,208	0,54	***
	reg_6	0,582	0,018	32,961	0,471	***
Desenvolvimento	des_1	1	0		0,627	
	des_2	1,14	0,029	39,62	0,674	***
	des_4	0,843	0,023	37,299	0,608	***
	des_5	1,125	0,028	40,386	0,659	***
	des_6	1,079	0,025	43,4	0,805	***
	des_7	0,62	0,019	32,499	0,436	***
	des_8	0,735	0,02	37,195	0,528	***
A,Material	mat_1	1	0		0,985	
	mat_2	0,794	0,019	42,082	0,804	***
	mat_3	0,919	0,022	42,37	0,81	***
	mat_4	0,66	0,017	37,865	0,656	***
A,Social	soc_1	1	0		0,802	
	soc_2	0,911	0,027	33,353	0,797	***
	soc_3	1,084	0,031	34,67	0,867	***
	soc_4	1,041	0,031	33,643	0,761	***
Org,Pes	org_1	1	0		1,0	
	org_2	0,621	0,012	52,271	0,672	***
	org_3	0,762	0,013	60,716	0,815	***
	org_4	0,817	0,013	63,819	0,858	***
	org_5	0,841	0,013	63,408	0,83	***

continuação

	org_6	0,836	0,014	61,532	0,824	
	org_7	0,904	0,014	64,147	0,848	***
	org_8	0,768	0,014	56,2	0,756	***
	org_9	0,982	0,015	65,516	0,877	***
	org_10	0,798	0,014	57,338	0,746	***
	org_11	0,948	0,015	62,812	0,819	***
	org_12	0,943	0,015	62,92	0,823	***
	org_13	0,91	0,015	62,299	0,831	***
	org_14	0,721	0,014	52,73	0,713	***
	org_15	0,826	0,014	60,126	0,835	***
	pes_1	1	0		0,92	
	pes_2	1,037	0,026	40,596	0,824	***
	pes_3	0,614	0,022	28,276	0,489	***
	pes_4	0,677	0,019	36,459	0,713	***
	pes_5	1,019	0,024	42,389	0,874	***
	pes_6	0,724	0,023	31,564	0,523	***
	pes_7	0,638	0,018	35,432	0,668	***
Org_Met	Regulação	1	0		0,816	
	Desenvolviment	1,056	0,058	18,214	0,993	***
Org_Amb	A,Material	1	0		0,886	
	A,Social	0,748	0,021	35,92	0,819	***
Org_Pess	Org,Pes	1	0		0,834	
	Pes,Org	0,572	0,013	45,336	0,654	***
Condições_Trabalho	Org_Met	1	0		0,707	
	Org_Amb	1,624	0,032	50,035	0,852	***
	Org_Pess	1,135	0,022	52,263	0,75	***

Fonte: elaboração de acordo com modelo de Blanch *et al*, 2010. B = coeficientes estimados do parâmetro, sem padronização; EPM = erro padrão (O quanto o item tem de resíduo); Z = distribuição padronizada; Carga = o valor da carga do item após padronização.

A consistência interna do instrumento foi medida por diferentes modelos estatísticos e estão dispostas na figura 1. Valores acima de .7 são considerados adequados, assim pode-se verificar um bom instrumento.

Discussão

Em seu conjunto, os dados obtidos se equiparam ao estudo original, publicado por Blanch, Sahagún e Cervantes (2010), com base em uma pesquisa ibero-americana, composta por uma amostra de médicos, enfermeiros e professores que atuam em instituições públicas. O mencionado estudo, que trata sobre a estrutura fatorial do QCT, foi construído com uma amostra de 1252 trabalhadores (48% espanhóis, 18% de

colombianos, 17% de chilenos, 14% de brasileiros e 3% de peruanos), sendo que 39% se dedicava à docência, 24% à medicina e 37% a enfermagem. Os resultados indicaram que os seis coeficientes de congruência mostraram valores superiores a .99, indicando um grau de congruência satisfatório. A análise de componentes principais (somatória de itens) das seis escalas do questionário resultou em um único componente ou fator geral com autovalor igual a 1. Isso indica que as seis escalas do questionário formam parte de um mesmo conjunto de Condições de trabalho.

Desde a validação ibero-americana, o qCT tem sido utilizado em outros contextos, com trabalhadores médicos, enfermeiros e docentes. Destaca-se a pesquisa de Ochoa e Blanch (2016) realizada com o objetivo de avaliar as condições de trabalho de 305 profissionais da área médica que atuavam em hospitais públicos. Participaram do estudo, médicos venezuelanos, além de brasileiros, colombianos, chilenos e espanhóis.

No que se refere ao uso do QCT com a categoria de enfermeiros, o estudo de Zaparta Herera y Zapata Gomes (2015), investigou as condições de trabalho de 522 enfermeiras da Colômbia. O QCT também foi utilizado em sua versão quanti e quali, no estudo de Delgado (2015), com uma amostra de 915 professores espanhóis e latino-americanos, dos quais também se inclui brasileiros.

Assim, considera-se necessário tornar público o processo de validação do QCT, com a respectiva tradução para a língua brasileira e demais etapas pertinentes a este propósito. Tal estudo adquire relevância acadêmica e social, haja vista que o trabalho é uma condição central da experiência humana tanto individual quanto social. Dessa forma, o entendimento das características componentes das condições de trabalho é essencial não só para promover uma melhor qualidade de vida no trabalho, mas, para prevenir o adoecimento ocasionado por condições impróprias para a saúde.

O trabalho é uma condição central da experiência humana tanto individual quanto social. Dessa forma, o entendimento das características componentes das condições de trabalho é essencial para uma melhora não só da qualidade do trabalho, mas, de forma mais ampla, da qualidade de vida em geral. As organizações têm utilizado, cada vez mais, escalas para auxiliar na investigação do contexto de trabalho (Godoy; Noronha, 2005). Essas ferramentas facilitam a tomada de decisões e elaboração de intervenções adequadas

para buscar uma melhor interação do trabalhador com seu ambiente (Kinpara; Laros, 2014). Além do crescimento em relação à utilização de testes cognitivos e de personalidade, escalas sobre clima organizacional e qualidade de vida também apresentam incremento de utilização (Souza Filho, Belo, Gouveia, 2006). Uma parte da explicação sobre este fenômeno decorre da objetividade que os resultados de instrumentos de medida alcançam, o que faz com que sejam empregados no âmbito da gestão de pessoal nas empresas privadas com a finalidade de reduzir possíveis riscos jurídicos e os assim denominados vieses comportamentais (Carless, 2009), além de permitir a investigação e entendimento de possíveis variáveis de confundimento dentro de ambientes organizacionais (Frese, 1999).

Neste sentido, ao passo que o resultado de uma testagem é entendido como uma amostra comportamental padronizada, em que diferenças individuais são expostas, além da crescente utilização destes instrumentos e das decisões embasadas por eles, é fundamental assegurar que os aspectos psicométricos, como validade e precisão, encontram-se garantidos (Plake; Wise, 2014; Anastasi; Urbina, 1997; Souza Filho, Belo, Gouveia, 2006). A ausência destes pressupostos, eventualmente, gera decisões organizacionais incorretas, que podem prejudicar tanto o desenvolvimento pleno do trabalho quanto causar prejuízos emocionais às pessoas (Godoy; Noronha, 2005; Noronha, 2002).

O instrumento alvo desse estudo tem o objetivo de avaliar os diferentes componentes centrais, de dimensão psicossocial e subjetiva, das condições de trabalho em organizações (Blanch; Sahagún; Cervantes 2010; Blanch *et al.*, 2015; Zapata Herera; Zapata Gomes 2015; Delgado 2016). As análises revelaram que a composição multifatorial do qCT ajusta-se ao modelo teórico adotado como base do presente estudo e a análise fatorial respalda sua validade. Além disso, os valores obtidos pelos coeficientes de consistência interna indicam uma boa precisão do instrumento.

O qCT, portanto, mostra-se apto para a investigação de um fenômeno tão complexo e diversos como as condições de trabalho. Sua medida apresenta diversas possibilidades de utilização e, quando relacionada a variáveis e fenômenos que compõem

os processos de trabalho, auxiliam na tomada de decisões que podem contribuir para a criação de intervenções apropriadas para a melhora do contexto laboral.

Conclusão

Na sociedade atual o trabalho em saúde situa-se na esfera da prestação de serviços, tem caráter intensivo e geralmente é consumido no momento mesmo de sua produção. A relação de serviço ocorre em um encontro entre os prestadores e os que demandam alguma forma de atenção, mesmo que as ações de saúde estejam incorporando graus variáveis de mecanização (Mello-e-Silva, 2016). No contexto da reestruturação produtiva que devastou os empregos na iniciativa privada, os serviços públicos também foram afetados (Cohn, 2009). Da mesma forma que na produção industrial, a maior parte dos trabalhadores da saúde está submetida à divisão de tarefas e não domina a totalidade do seu trabalho, ou seja, atua como trabalhadores parcelares, sofrendo a intensificação dos ritmos, o tensionamento do fluxo nos atendimentos, a exigência de maior produtividade, o desempenho de maior número de tarefas (Mello-e-Silva, 2016). O setor saúde é diuturnamente instado a incorporar novas tecnologias na esteira do desenvolvimento científico-tecnológico, tendendo a maximizar as funções técnicas (Soares; Souza; Campos, 2016).

O presente estudo é orientado por esses pressupostos e pelo reconhecimento de que os trabalhadores dos serviços de saúde estão inseridos em relações sociais que articulam sua prática em uma totalidade social (Mendes-Gonçalves, 1994).

Segundo Kosik “[...] captar o fenômeno de determinada coisa significa indagar e descrever como a coisa em si se manifesta naquele fenômeno.” (2002, p.16). A abordagem quantitativa, aqui relatada, servindo-se da análise estatística de respostas obtidas de trabalhadores da rede municipal do SUS, permitiu a aproximação desta realidade, posto que se assumiu que “[...] cada fato, na sua essência ontológica, reflete toda a realidade” (Kosik, 2002, p. 54).

Em conformidade com o método científico, o objetivo desse estudo foi apresentar a aplicação de um instrumento quantitativo que se mostrou válido na captação e

entendimento do conteúdo objetivo e do significado dos fatos que expressam a face fenomênica das determinações complexas subjacentes nos processos de trabalho que se realizam nos serviços do sistema público de saúde brasileiro.

Referências bibliográfica

1. Anastasi, A., Urbina, S. Psychologicaltesting. Journal of sport & exercise psychology. 1997; (20). Disponível em: <http://doi.org/Book>
2. Ansoleaga, E.; Toro, JPC. ; Godoy, L.; Stecher, A.; Blanch, JM. Mal estar psicofisiológico en profesionales de salud pública en region metropolitana. Rev Med Chile. 2011; 139: 1191-2011.
3. Antunes, R e Praun, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. Serv. Soc. Soc. São Paulo. 2015: 123 s/v: 407-427
4. Antunes, R. Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial: 2002p. 259.
5. Antunes. R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho - São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008. Disponível:
<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>
6. Assunção, AA; Brito J. Trabalhar na Saúde- Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
7. Assunção, AA; Jackson Filho, JM. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: Assunção, AA; Brito, J. (Orgs.) Trabalhar na Saúde – Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2011, p. 47
8. Assunção, AA; Machado AF; Araújo, TM de. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. Rev. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro. 2012; 26 (1): 147-167.
9. Bentler, PM. Comparative fit indexes in structural models. Psychological Bulletin. 1990: 107 (2): 238-246

10. Blanch, JM. Dimensión psicossocial deltrabajo. Psicología Social del Trabajo y de las Relaciones Laborales. Barcelona: Editorial UOC; 2005 p. 13-104.
11. Blanch, JM. El trabajo como valor em las sociedades humanas. Garrido (Coord.). Sociopsicología del Trabajo; 2006 p. 57-98.
12. Blanch, JM. et al. El capitalismo organizacional como factor de riesgo psicosocial. Efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo dictadas por el capitalismo académico y sanitario implantado en universidades y hospitales no lucrativos de la red pública. Proyecto de pesquisa. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2007.
13. Blanch, JM. Trabajar e Bienestar.Universitat Oberta de Catalunya. 2012.
14. Blanch, JM., Sahagún, M.; Cervantes, G. Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 2010b; 26, (3): 175-189.
15. Blanch, JM.; Sahagun, M; Cervantes, G. Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. Rev. psicol. trab. organ. [online]. 2010a;26(2):157-170.Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622010000200007&lng=es&nrm=iso
16. Blanch, JM.; Stecher, A. La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. In Wittke, T.; Melogno, P. (Comps.). Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo.(191-209). Montevideo: Psicolibros, 2009
17. Blanch, JM.; Stecher, A. La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. In Wittke, T.; Melogno, P. (Comps.). Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo (191-209). Montevideo: Psicolibros, 2009
18. Blanch, JM.; Stecher, A. Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. In M. A. Carrillo (Coord.). Psicología y Trabajo: experiencias de investigación en Iberoamérica. México: U. A. Querétaro, 2010.p. 88-109
19. Blanch, JM.Condiciones de trabajo y riesgopsicosociales bajo lanuevagestión.14 ed.Formación Continuada a Distancia (FOCAD), Set. out 2011

20. Carless, SA. Psychological testing for selection purposes: a guide to evidence-based practice for human resource professionals, *The International Journal of Human Resource Management*. 2009; 20 (12): 2517-2532. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09585190903363821?needAccess=true>
21. Cervantes, G. Calidad de vida laboral y riesgospsicosocialesenprofesionales de lasaludcatalanes. De lapresiónasistencial a laviolenciaocupaciona. TesisDoctoral. UniversitatAutonoma de Barcelona. 2012.
22. Cervantes, G; Ortega, G.C; Ribas, JMB; Lloret, DH. Calidad de vida laboral en centros asistenciales de saludcatalanes. *ArchPrevRiegos Labor*. 2011; 14(1): 13 -19.
23. Cohn, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS:reflexões. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009; 25(7):1614-1619. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20.pdf>
24. Costa AC. Gestão do trabalho no SUS: implicações para uma política de pessoal Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp – Doutorado. 2014
25. Costello, AB; Osborne,JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*; 10 (7) July 2005. Disponível em: <http://pareonline.net/pdf/v10n7.pdf>.
26. Dejours, C. A loucura do Trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.
27. Delgado MER. Condiciones laborales del professorado universitario. Vivendo câmbios em el contexto laboral {Tesis Doctoral}. Barcelona 2016: Programa de Doctorado em psicologia de la comunicaci3n desarrollo humano e interacci3nsocial. Universitat Autonoma de Barcelona.
28. Devon, HA., et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007; 39 (2): 155-164.
29. Dias, EC. Condições de Trabalho e Saúde dos Médicos: Uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2015; 13 (2): 60-68.
30. Fisher, FM. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (3): 401-6.

31. Frese, M. Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measure. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1999; 4(3): 179-192.
32. Furr, RM., & Bacharach, VR. *Psychometrics : an introduction*. Los Angeles: SagePublications, 2008. Disponível em <http://catdir.loc.gov/catdir/enhancements/fy0808/2007016663-b.html>
33. Godoy, L; Stecher, A; Toro, J.P; Ansoleaga, E. Condiciones de trabajo, estilos de gestión y bienestarpsicosocial: lapercepción de medicos y enfermeiros de hospitales públicos en Santiago de Chile. In: Trabalho, identidade y vínculo social. Reflexiones y experienciasenel capitalismo flexible. OPS, Santiago de Chile, 2012.
34. Godoy, SL.; Noronha, APP. Instrumentos psicológicos utilizados em seleção de pessoal. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*. 2005: 17 (1): 139-159.
35. Goulart, PM. O significado do trabalho: delimitações teóricas (1955-2006). *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)*. 2009a.; 12 (1): 47-55. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25774/27507>
36. Goulart, PM. Adaptação do questionário sobre significados do trabalho QST para o Brasil. *Estudos de Psicologia (UFRN)*. 2009b; 14 (2): 123-131. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n2/a05v14n2.pdf>
37. Goulart, PM.; Blanch, JM; Sahagún, MA; Bobsin, TS. Questionário de Bem-Estar no Trabalho: estrutura e propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia. (Campinas)* [online]. 2012; 29 (supp 1): 657-665.
38. Goulart, PM; Mennin, RHP.; Spedo, SM. Gestão do trabalho em saúde: um percurso metodológico. In:Lacaz, FAC;Goulart, PM, Junqueira, V. (org.) *Gestão do trabalho, repercussões psicossociais e política de saúde dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde municipal*. São Paulo: Hucitec, 2017, no prelo.
39. Goulart,PM.; Blanch,JM; Borowski,SB. InovaçõesOrganizacionais e Ritmo de TrabalhoHospitalar: Implicações Subjetivas, segundo a Concepção de Profissionais da Saúde. In: Goulart, PM; MontibellerFº, G. (Orgs.). *Organizações, Inovações e Desenvolvimento: Ensaio Temáticos emCiênciasSociais Aplicadas*. 1ª. ed. Criciúma: Unesc, v. 1, p. 213-232, 2010
40. International Labour Office (ILO). Eurofound and the International Labour Office *Working anytime, anywhere: The effects on the world of work*, Publications Office of

- the European Union, Luxembourg, and the International Labour Office, 2017. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_544138.pdf
41. International Labour Office (ILO). Women and men in the informal economy: a statistical picture. 2nd edition, Geneva: 2014. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/stat/documents/publication/wcms_234413.pdf
 42. Kinpara, DI; Laros, JA. Clima organizacional: análise fatorial confirmatória de modelos de mensuração concorrentes. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2014; 30 (1): 111-120. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100014>.
 43. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling [Internet]. Vol. 156, Structural Equation Modeling, 2011;p. 427 Disponível em: <http://www.guilford.com/companion-site/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling-Third-Edition%5Cnhttp://www.guilford.com/books/Principles-and-Practice-of-Structural-Equation-Modeling/Rex-B-Kline/9781606238769%5Cnhttp://www.psych.umass.edu/>
 44. Kosik, K. Dialética do concreto. Trad. Célia Neves e Alderico Toribio. 7ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
 45. Lacaz, FAC. et al. Gestão do Trabalho em Saúde em dois Sistemas Municipais do Estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal. Relatório final. São Paulo: Fapesp, 2014.
 46. Lacaz, FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000; 5 (1): 151-161.
 47. Lacaz, FAC.; Sato, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes, SF (org.) Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e críticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006. p. 109-139.
 48. Lacaz, FAC; Vieira, NP.; Cortizo, CT.; Junqueira, V; Santos, APL.; Santos, FS. Qualidade de Vida, Gestão do Trabalho e Plano de Carreira como Tecnologia em Saúde na Atenção Básica do SUS em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26 (2): 253-63.
 49. Machado, JH; Assunção, AA. Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Belo Horizonte. UFMG, 2012

50. Maciel, RHMO; Santos, JBF; Rodrigues, RL. Condições de trabalho de trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2015; 40 (131): 75-87.
51. Marôco, J. *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações.* PêroPinheiro (PT): Report Number. 2010. 384 p.
52. Mello e Silva, L. Trabalho de Enfermagem como serviço: comentários esparsos de caráter geral e fatos relevantes de caráter particular. In: Souza, HS; Mendes, AN (org). *Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo: Enfermagem em foco.* Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016.
53. Mendes, AN. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32 (12): 1-3. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00188916.pdf>
54. Mendes-Gonçalves, RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.* São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
55. Mendonça, MHM et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15 (5): 2355-65.
56. Muthén, Bengt; Asparouhov, Tihomir. Bayesian structural equation modeling: A more flexible representation of substantive theory. *Psychological Methods.* 2012; 17(3): 313-335.
57. Noronha, APP. Os Problemas Mais Graves e Mais Frequentes no Uso dos Testes Psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), pp. 135-142, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a15v15n1>
58. Ochoa P; Blanch JM. Work, malaise, and well-being in Spanish and Latin-American doctors. *Rev. Saúde Pública.* 2016; 50:21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050005600.pdf>
59. Ortega, GC; Ribas, JMB; Loret, DH. Calidad de Vida Laboral em Centros Assistenciais de Salud Catalanes. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2011; 14 (1): 13.

60. Peralta, M. C. Entre la formalidad y la informalidad. Construcción de sujetos laborales en el nuevo contexto colombiano. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona 2010.
61. Plake, BS.; Wise, LL. What Is the Role and Importance of the Revised AERA, APA, NCME Standards for Educational and Psychological Testing? Educational Measurement: Issues and Practice. 2014; 3: 4–12.
62. Sá, MC; Azevedo, CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. Ciênc. & Saúde Coletiva. 2010; 15 (5): 2345-2354. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500010&script=sci_abstract&tlng=pt
63. Schmidt, MLS. Repercussões psicossociais do Trabalho em Saúde. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso). 2014; 15: 20-26.
64. Soares, CB.; Souza, HS.; Campos, CMS. Processos de trabalho em Enfermagem: uma contribuição a partir da Saúde Coletiva. In: Souza, HS; Mendes, AN (org). Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo: Enfermagem em foco. Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016.
65. Souza Filho, ML., Belo, R., Gouveia, VV. Testes psicológicos: Análise da produção científica brasileira de 2000-2004 [Pruebas psicológicas: Análisis de la producción científica brasileña del 2000-2004]. Psicologia: Ciência e Profissão. 2006; 26: 478-489.
66. Vilela, RAG.; Silva, RC.; Jackson Filho, JM. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. Rev. Bras. Saúde Ocup. 2010; 35 (122): 289-302.
67. Wilcox R. Understanding and applying basic statistical methods using R. Hoboken, New Jersey, New Jersey: John Wiley & Sons; 2017.
68. Zapata - Herrera M; Zapata - Gómez M. Condiciones de trabajo de las enfermeras y las formas de contratación en Medellín, Colombia. Rev. Univ. Salud. 2015; 17 (2): 212-223.

Artigo 2

Condições e organização do trabalho no SUS na perspectiva de médicos e enfermeiros de dois hospitais públicos sob diferentes modos de gestão.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo conhecer e analisar, na perspectiva de médicos e enfermeiros, as condições e a organização do trabalho em dois hospitais, sob diferentes formas de gestão denominados hospital Administração Direta (ADM) e hospital Organização social (OS), ambos componentes do sistema público de saúde de um município de grande porte da grande São Paulo. O instrumento utilizado foi o Questionário sobre Condições de Trabalho - qCT, em sua dimensão quantitativa. Foram obtidos 181 questionários respondidos, distribuídos do seguinte modo: 88 no ADM e 93 no OS. No ADM 54 eram médicos e 39 enfermeiros. No OS 57 eram médicos e 31 enfermeiros. Os dados categóricos foram apresentados por frequências e proporções, enquanto os dados numéricos foram descritos por médias e desvios-padrão. Analisando as respostas obtidas, delinea-se uma tendência, notadamente entre os médicos, de aceitação e naturalização de vínculos empregatícios privados, e mesmo valorização do setor privado. Entre os enfermeiros destacam-se a ambiguidade em relação às condições de trabalho e respostas matizadas por atitudes de aquiescência com as normas da organização. Esses posicionamentos são analisados à luz de referencial teórico que situa a assistência hospitalar sob gestão das OS como empreendimento tornado vantajoso em um contexto de apropriação do fundo público por empresas médicas em crise, com imposição de instabilidade de vínculos empregatícios e colonização da esfera pública por valores neoliberais, tais como o empreendedorismo, maciçamente propagandeados pelos meios de comunicação e acatados pelas classes “médias”, nas quais se inserem a maioria dos médicos e enfermeiros que foram os sujeitos dessa pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: condições de trabalho; SUS, gestão de serviços de saúde; médicos; enfermeiros, hospital.

ABSTRACT

This article has as its goal to know and to analyze the opinions of physicians and nurses about their working conditions in two hospitals, under different forms of management -- Direct Administration (ADM) and Social Organization (OS) -- both components of the public health system of a large municipality of the Greater São Paulo. The method used was the Questionnaire about Working Conditions - qCT, in its quantitative dimension. 181 answered questionnaires were obtained, distributed in the following way: 88 in the ADM hospital and 93 in the OS hospital. In the ADM hospital, 54 were physicians and 39 were nurses. In the OS hospital 57 were physicians and 31 were nurses. The categorical data were presented by frequencies and proportions, while the numerical data was described by averages and standard deviations.

An analysis of the given answers delineates a tendency, notably among the physicians, of acceptance and naturalization of private employment bonds, and even valorization of the private sector. Among the nurses, it is noted the ambiguity in relation to working conditions and answers marked by acquiescent attitudes towards the rules of the organization. These positionings are analyzed through a theoretical referential which places hospital assistance under OS management as an enterprise turned advantageous in a context of appropriation of public funds by failing medical businesses, with an imposition of instability of employment bonds and colonization of the public sphere by neoliberal values, such as entrepreneurship, massively propropagandized by mass media and accepted by the middle classes, to which most of the physicians and nurses which took part in this research belong to.

KEYWORDS: working conditions; SUS, management of health services; doctors; nurses, hospital

1. Introdução

Enquanto no Brasil se assistia à inscrição de direitos sociais nos marcos da Constituição Federal de 1988, a crise do capital, que se manifestou em escala planetária a partir da década de 1970, impulsionava, nos países capitalistas centrais, uma onda de questionamento sobre o Estado de Bem-Estar Social (Laurell, 1995).

Os preceitos do neoliberalismo, que culpavam o Estado pela crise, passaram a predominar nas políticas econômicas da ampla maioria dos países, mas, sobretudo, promoveram uma captura ideológica de corações e mentes (Chesnais, 1996; Hobsbawn, 2004;

Harvey, 2011). Prosperaram o enxugamento do Estado, a perda dos direitos sociais e o aprofundamento da desigualdade. Definharam as forças coletivas a favor dos trabalhadores e os indivíduos foram instados a se tornarem empreendedores de si mesmos. (Anderson, 1995; Borón, 2001; Antunes, 2011). No Brasil, na década de 1990, visando implantar na esfera pública medidas neoliberais, o extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), encarregou-se de implementar um novo papel para o Estado brasileiro contemporâneo, que deveria ser mais flexível, menos burocrático e voltar-se prioritariamente para o controle dos resultados ao invés do controle dos processos e procedimentos (Bresser - Pereira, 1998). Na prática, tais políticas favoreceram uma gestão voltada às terceirizações, à flexibilização dos vínculos empregatícios e à lógica do mercado, ao mesmo tempo em que a reestruturação produtiva gerava na esfera privada (e também pública) crescentes perdas de direitos trabalhistas (Druck, 2016; Mendes, 2016).

No que concerne à organização do Sistema Único de Saúde (SUS), progressivamente acentuou-se a inversão da disposição legal, inscrita na lei federal 8080/90, que preconizava o caráter complementar da iniciativa privada (Brasil, 1990).

Tendo como herança do INAMPS uma grande dependência da compra de serviços, o sistema público de saúde seguiu comprando do setor privado segundo a lógica da oferta dos prestadores e não pelas necessidades e demanda da população (Campos, 2007).

Com a Emenda Constitucional nº19/98 (Brasil, 1998), que modificou a Constituição Federal, ocorreu maior flexibilização dos vínculos empregatícios na administração pública, -- o que é visto pela contratação por muitos municípios e estados de grande número de servidores comissionados --, aprofundando a precarização do trabalho no SUS (Pierantoni, 2000; Machado; Koster 2011).

No plano legal, foram editadas leis federais, em 1998 e 1999, que viabilizaram novas formas de transferência de funções antes executadas pelo Estado para a iniciativa privada. Essa legislação qualifica entidades privadas de fins alegadamente não lucrativos como organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip) (Brasil, 1998, 1999). Intensificaram-se também a criação de fundações no interior de universidades públicas e formas diversas de convênios com entidades filantrópicas prestadoras de serviços na área da saúde.

Essa legislação, que transfere as responsabilidades e os recursos do setor público para a iniciativa privada, foi coroada pela edição da Lei de Responsabilidade Fiscal em 2000, cujo teor faz com que, em nome de suposta moralidade pública, o gasto com a folha de pagamento de pessoal, da administração direta e indireta, seja restrito a um percentual do orçamento dos respectivos níveis de governo (Brasil, 2000). No entanto, não há limite para a transferência de recursos financeiros às entidades privadas que, dispondo do patrimônio construído com recurso público - prédios e equipamentos - passaram a contratar pessoal para os serviços, recebendo o custeio e a folha de pagamento via contratos de gestão, notadamente na saúde. Em outras palavras, tornou-se legal ultrapassar o limite de gasto com pessoal desde que seja por intermédio de repasse de recursos financeiros para as entidades privadas (Mendes; Marques 2009). Ao mesmo tempo, no chamado setor suplementar, as operadoras de planos e seguros privados de saúde ampliaram a oferta de serviços também às “classes C e D”, o que provoca maior segmentação e fragmentação do setor saúde (Cohn, 2011).

No que concerne ao escopo do presente artigo, cabe salientar o conteúdo do Termo de Compromisso de Gestão (Brasil, 2006a), que consagrou a adesão dos gestores municipais ao Pacto pela Saúde e estabeleceu responsabilidades relativas à gestão do trabalho, dentre as quais: a promoção de políticas de gestão que considerem a humanização e a democratização das relações de trabalho; mesas de negociação permanente (MNP) entre trabalhadores e gestores; vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários; Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) que devem ser orientados por diretrizes nacionais; proposição e pactuação de diretrizes de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e fixação de trabalhadores da saúde, assim como a Educação Permanente, vista como uma estratégia de valorização do trabalhador, visando o aperfeiçoamento da equipe. O termo de responsabilidade foi reafirmado pelas disposições do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pelo decreto 7508 em 2011 (Brasil, 2011).

Em 2006 foi publicado pelo Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, criado em 2003, composto por representantes dos trabalhadores e gestores das três esferas de governo, o Programa Nacional de Desprecarização do SUS (Desprecariza SUS), que menciona a iniciativa da Organização Internacional do Trabalho (OIT) quanto ao objetivo de trabalho decente. Parte do reconhecimento das más condições e relações de trabalho

no setor saúde e da precarização dessas relações, em um contingente expressivo de trabalhadores que prestam assistência à população (Brasil 2006b).

A precarização do trabalho é definida por inúmeros autores como a perda dos direitos trabalhistas. Pires (2009, p....) afirma que a precarização “[...] refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas” Ao abordar a terceirização, uma das formas mais praticadas de precarização, Lourenço (2015) afirma tratar-se de um fenômeno muito objetivo, do qual o setor privado utiliza-se como ferramenta para se livrar dos “excessos” de gastos direcionados à força de trabalho, consequentemente possibilitando a acumulação de capital. A precarização envolve também a intensificação do trabalho; incide na saúde no trabalho; atua na perda da identidade individual e coletiva, tendo como “subproduto” desemprego, ameaça constante da perda de emprego e a fragilização da organização dos trabalhadores (Druck; Franco, 2011; Labonté *et al* 2015; Morosini, 2016). Importante ressaltar que condições de trabalho são definidas por Blanch, Sahagún e Cervantes (2010) como um agregado de circunstâncias e características ecológicas, materiais, técnicas, econômicas, sociais, políticas, jurídicas e organizacionais que se desenvolvem nas atividades e nas relações laborais.

Em resumo, com o avanço e transformações impulsionadas pelo capitalismo, o mundo do trabalho tem sofrido alterações importantes, sendo processos e condições de trabalho deterioradas de forma avassaladora. A essência do capitalismo transforma o trabalho em mercadoria, o que leva o trabalhador a acreditar que a negação dos seus direitos é uma “fatalidade econômica” (Dejours 1992; Antunes 2008; Antunes; Praun 2015; Morosini 2016; Druck 2016).

Este quadro complexo, que decorre em última instância da crise econômica do capital, imputada ao Estado e enfrentada com medidas ditas de austeridade, afetando diretamente direitos trabalhistas e sociais, torna relevante estudar as condições e processos de trabalho em saúde e suas repercussões sobre os trabalhadores do setor, constituindo-se em subsídios importantes para a melhoria da qualidade do trabalho e da atenção à saúde (Blanch; Stecher 2010; Lacaz *et al.* 2010; Mendonça *et al.* 2010; Vilela *et al* 2010; Fisher 2012; Lacaz *et al* 2014; Schmidt 2014).

Médicos e enfermeiros são duas categorias profissionais que ocupam situação hierárquica de relevância no modelo hegemônico de prestação de serviços no setor saúde, especialmente no âmbito hospitalar.

O presente estudo teve o objetivo de conhecer e analisar as condições de trabalho sob a perspectiva de médicos e enfermeiros que atuam no SUS em dois hospitais, sob diferentes formas de gestão – administração direta e organização social - ambos componentes do sistema público de saúde de um município de grande porte da grande São Paulo.

2. Método

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, a partir de uma amostra de conveniência. Neste tipo de pesquisa, todas as variáveis são medidas uma única vez e não há possibilidade de alocar ou introduzir novas variáveis.

A aplicação do Questionário sobre Condições de Trabalho (qCT), em sua dimensão quantitativa, ocorreu de acordo com a disponibilidade da agenda dos profissionais de cada equipamento público. O hospital sob administração direta será denominado ADM e o hospital sob gestão de uma organização social será denominado OS. Conforme disponibilidade de horário dos participantes, o questionário foi auto aplicado e a média de tempo necessário para completar as respostas variou de 20 a 30 minutos, sendo a aplicação supervisionada por bolsistas que foram capacitados previamente e que estavam disponíveis para eventuais questionamentos e dúvidas. Os questionários foram respondidos no local de trabalho. A distribuição de questionários abrangeu todos os dias da semana, incluindo os fins de semana e também os dois turnos. Em alguns casos, os participantes preferiam responder em outro momento, o que por vezes resultou em perda de questionários. Esses critérios visaram garantir graus máximos de credibilidade, confiabilidade e anonimato.

Os participantes foram informados sobre a finalidade da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi assegurado que a análise das informações coletadas respeitaria a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes, conforme aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo.

2.1. O campo do estudo

2.1.1 Características dos dois hospitais pesquisados

O hospital ADM se situa em região próxima ao centro do município. Há várias linhas de ônibus que dão acesso aos moradores dos diferentes bairros. Foi inaugurado como Pronto Socorro, em instalações já então inadequadas para fazer face à demanda, tendo passado por sucessivas reformas desde 1992, visando instalação e ampliação do número de leitos. Em 2016, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), contava com 89 leitos, dos quais 06 eram de UTI adulto. Em 2016, eram atendidas no PS cerca de 500 pessoas por dia, ou seja, cerca de 15 mil atendimentos mensais. O hospital conta com enfermarias para internação de clínica médica, cirurgia geral. Não tem leitos de maternidade nem de pediatria.

O Hospital OS situa-se num bairro periférico que tem aproximadamente 140 mil habitantes. O acesso é feito através de linhas de ônibus. Foi inaugurado em setembro de 2006. Em 2016, segundo o CNES (2016), contava com 135 leitos, dentre os quais 19 leitos de UTI adulto, 5 de UTI neonatal, 10 de cuidados intermediários neonatais convencionais. Posteriormente houve abertura de novas enfermarias, chegando a 221 leitos. Dispõe de pronto socorro e de enfermarias de clínica, cirurgia geral, maternidade, pediatria e psiquiatria.

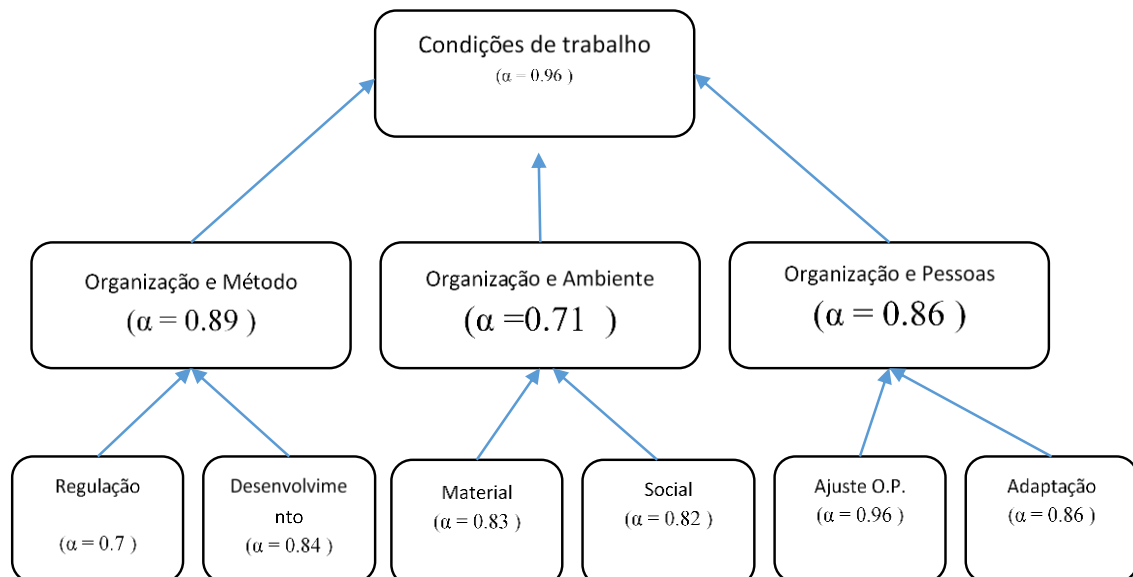
2.1.2. Definição da amostra/participantes

Segundo dados obtidos no início de 2015, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o hospital ADM contava com 196 médicos e 78 enfermeiros. O Hospital OS tinha 198 médicos e 79 enfermeiros. A amostra, não probabilística e de conveniência, foi calculada de modo a abranger 30% do total do quadro de cada categoria profissional estudada em cada um dos hospitais. Obtiveram-se 181 questionários respondidos, distribuídos do seguinte modo: 88 no hospital ADM e 93 no hospital OS, sendo que no hospital ADM, 54 foram respondidos por médicos e 39 por enfermeiros e no hospital OS 57 por médicos e 31 por enfermeiros. Não havia médicos ou enfermeiros com vínculo profissional simultâneo em ambos os hospitais. Cabe assinalar que responderam ao questionário apenas os médicos plantonistas e enfermeiros plantonistas e diaristas.

2.2. O instrumento

O instrumento é composto por 44 itens, distribuídos em seis escalas, agrupadas em pares em três dimensões: a) Organização e Método; b) Organização e Entorno e c) Organização e Pessoa. As escalas estão compostas no formato Likert, com respostas que variam de 0 a 10 (mínimo-máximo). O modelo que orientou o desenho do questionário (Blanch *et al*, 2010) está representado na figura 1.

Figura 1- Coeficientes Alfa de Cronbach de escalas do qCT.



Fonte: elaboração própria, de acordo com Blanch *et al.*, 2010 e Costa 2017.

Segundo este modelo as condições de trabalho se configuram em torno de uma tríplice relação da Organização (O) com o Método de trabalho (M), Organização (O) com o Entorno (Ambiente) (A) e Organização (O) com a Pessoa (P).

O qCT objetiva avaliar, através das respostas registradas, as condições de trabalho concretas, específicas e determinadas do entorno (ambiente) da pessoa entrevistada.

Os enunciados de cada escala convidam a situar-se frente à própria circunstância de trabalho. No par *Organização e Método*, composto por 14 itens, a escala *Regulação* (6 itens) valoram tempo, carga e organização geral do trabalho, retribuição econômica e a conciliação

da vida privada com o trabalho; a escala *Desenvolvimento* (8 itens) versa sobre autonomia e decisão no exercício profissional, participação nas decisões, relação com a direção, justiça na remuneração, oportunidade de formação e promoção, avaliação do rendimento profissional, apoio recebido pela direção. No par das escalas *Organização e Ambiente* (8 itens), a escala *Material* (4 itens) valora os seguintes aspectos do ambiente de trabalho: instalação dos equipamentos, recursos materiais e técnicos, prevenção de riscos laborais, serviços de limpeza e segurança; na escala *Social* (4 itens) são avaliados o companheirismo, o respeito pelo grupo, o reconhecimento do trabalho pelos colegas e pelos usuários.

O terceiro par *Organização e Pessoa*, inclui 22 itens, agrupados na escala de ajuste *Organização/Pessoa* (15 itens): satisfação de expectativas, resposta a necessidades, ajuste às aspirações, concordância com os valores, facilitação do reconhecimento de mérito, estímulo ao compromisso laboral, favorecimento do trabalho à vontade, motivação a trabalhar, sensação de liberdade, promoção do crescimento profissional, desenvolvimento de competências e identidade, sentir-se útil. Na escala *Pessoa/Organização* os 7 quesitos são: adaptação à organização, assunção dos valores da direção, aceitação do que é dito para ser feito, interiorização de normas, identificação com o espírito da organização, aplicação de protocolos sem problema de consciência, ajustamento a tempos e ritmos.

2.3. Análise estatística

Na base de dados das respostas de todos os participantes foram excluídos os respondentes duplicados e os casos de digitação incorreta. Os dados categóricos foram apresentados por frequências e proporções, enquanto os dados numéricos foram descritos por médias e desvios-padrão.

O teste de normalidade para as variáveis independentes foi o de Shapiro-Wilk. A distribuição destas variáveis também foi analisada por meio do gráfico de normalidade com a representação da curva de Gauss, possibilitando verificar o abaulamento da curva (*kurtosis*) e desvio para direita ou esquerda (*skewness*), que são parâmetros de verificação da distribuição simétrica ou assimétrica. Todas as variáveis avaliadas apresentam duas condições: elas podem ser vistas por uma tabela de frequência e esta tabela de frequência das respostas pode originar um gráfico de sua distribuição. Técnicas estatísticas para testes de hipóteses devem ser

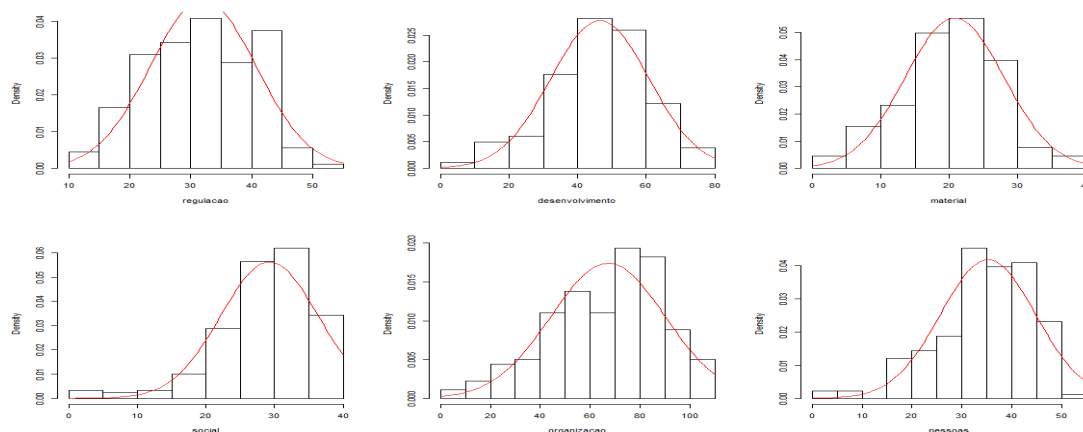
realizadas a partir da análise da distribuição das variáveis. Caso a distribuição seja normal, mesmo que aproximadamente normal, a média e o desvio-padrão tornam-se estimadores de escolha inicial. Caso a distribuição tenha uma forma diferente da normal, a mediana e o intervalo interquartil são frequentemente utilizados. Isto ocorre, pois, a média somente apresenta boas características para inferência em distribuições simétricas, sendo bastante sensível aos *outliers* em outras distribuições. Desta forma, para verificar a distribuição das variáveis medidas neste estudo, utilizaram-se tanto técnicas de contraste visual (i.e. histogramas com linhas de ajuste) e testes de hipóteses (i.e. Shapiro-Wilk).

Limitações na coleta de dados são frutos da própria natureza da pesquisa, já que se tratou de uma investigação observacional com instrumentos psicométricos. De forma prática, nesta coleta de dados, houve pessoas com respostas de aquiescência ou de extremos, em que os valores foram discrepantes ao que se esperava. Utilizaram-se todos os resultados dos participantes, mas com vistas a evitar o impacto que respostas despreocupadas teriam no resultado, contornando as limitações, optou-se pela utilização de técnicas estatísticas robustas, como a média e o desvio-padrão *winsorizados*, que foram aplicadas para que as análises pudessem resistir a pontos extremos, tal como recomenda a literatura (Wilcox, 2017). Modelos não-paramétricos para testes de hipóteses foram empregados dado o perfil de assimetria das variáveis ou a natureza de medida e contaram com o teste de Mann-Whitney. Em outras palavras, os resultados foram pouco influenciados por *outliers*, evitando-se prejuízos à interpretação dos resultados dos testes estatísticos aplicados às amostras. As análises foram feitas no R 3.3.3

3. Resultados e discussão

A distribuição das variáveis foi analisada por contraste gráfico e por teste de hipóteses. Os histogramas (figura 2) apresentam os resultados, verificando-se que apenas a escala “Social” configura uma curva normal.

Figura 2 - Histogramas de distribuição das variáveis estudadas



Fonte: elaboração a partir dos dados de campo

Os resultados são apresentados de forma comparativa: internamente às duas categorias profissionais e entre as categorias nos dois modelos de gestão. Inicialmente são analisadas as variáveis sócio demográficas e em seguida referentes aos pares de escalas.

3.1. Caracterização sócio demográfica

Entre os 111 médicos que responderam o questionário, 72% são do sexo masculino e 28% do sexo feminino. Em contraste, entre os enfermeiros 77% são do sexo feminino e 23% masculino. Quando observamos a tabela 1, os enfermeiros do ADM apresentam uma distribuição mais homogênea, sendo 43,6% do sexo masculino e 56,4% do sexo feminino; na OS encontramos 16,1% do sexo masculino e 83,9% do sexo feminino, sendo essa diferença entre os hospitais estatisticamente significativa. Outros estudos comprovam a predominância do sexo feminino entre os enfermeiros (Mauro 2010, Souza; Scatena 2014; Machado *et al*, 2016; Silva 2016).

Tabela 1- Distribuição de médicos e enfermeiros por tipo de gestão hospitalar (ADM e OS), segundo sexo, etnia e escolaridade (n=181). Guarulhos – São Paulo, 2016.

Variável		Médicos				Enfermeiros			
		OS		ADM		OS		ADM	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Masc.	38 (66,7)		42 (77,8)		5 (16,1)		17 (43,6)	
	Fem.	19 (33,3)		12 (22,2)		26 (83,9)		22 (56,4)	
	P valor	0.27				0.027			
Etnia	Branco	39 (70,9)		42 (87,5)		12 (42,9)		21 (63,6)	
	Amarelo	6 (10,9)		2 (4,2)		0		1 (3,0)	
	Pardo	9 (16,4)		3 (6,3)		12 (4,2)		8 (24,2)	
	Negro	1 (1,8)		1 (2,1)		4 (14,3)		3 (9,1)	
	p valor	0.192				0.23			
Escolaridade	Sem pós	15 (26,3)		19 (35,2)		5 (16,1)		14 (35,9)	
	Pós-graduação	42 (73,7)		35 (64,8)		26 (83,9)		25 (64,1)	
	p valor	0.405				0.11			

Fonte: base de dados, elaboração própria.

Os dados da tabela 1 sinalizam a importância da discussão sobre educação permanente e sobre as condições de promoção entre as categorias. Foi observado que enfermeiros e médicos do OS tinham maior nível de escolaridade: 73.7% e 83.9%, respectivamente tinham pós-graduação, contrastando com um menor percentual entre os enfermeiros e médicos do ADM. Essas diferenças não foram significativas, mas podem revelar fragilidades do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Segundo Rizzo e Lacaz (2017), no município de Guarulhos o PCCS foi utilizado como uma ferramenta de manutenção dos direitos trabalhistas e proteção aos direitos sociais, atendendo as propostas do Desprecariza SUS. Contudo observava-se a limitação como estratégia de promoção de formas mais estáveis de vínculos e desenvolvimento de perspectiva na carreira. O mesmo estudo apontou que entre os 871 profissionais contratados no ano de 2010, 58,2% o foram através de parcerias com entidades filantrópicas ou OS. Esse é mais um ponto de fragilidade do PCCS, que não abrange esses trabalhadores. Costa e Junqueira (2017), ao analisarem o conhecimento do PCCS por parte dos trabalhadores de dois hospitais no município de Guarulhos, destacaram que entre 93 médicos e enfermeiros pesquisados, sob gestão direta e gestão por OS, respectivamente 29% e 28,4% desconheciam o PCCS. Observe-se que o PCCS não abrangia os profissionais do hospital gerido pela OS.

Tabela 2- Distribuição de médicos e enfermeiros por tipo de gestão hospitalar (ADM e OS), segundo idade e tempo de profissão (n=181), Guarulhos – São Paulo, 2016.

	Médicos		Enfermeiros	
	OS	ADM	OS	ADM
	Média R*. $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP
Idade	37.4 $\pm$ 7,4	44.6 $\pm$ 11.9	36.8 $\pm$ 5.9	41.3 $\pm$ 8.9
p	0.0004		0.04	
Tempo de profissão	9.6 $\pm$ 5.9	16.3 $\pm$ 11.4	10.3 $\pm$ 3.6	9.0 $\pm$ 5.1
p	0.003		0.646	

Fonte: base de dados, elaboração própria.

Entre os médicos, os do ADM eram mais velhos, tinham mais tempo de profissão e mais tempo na função, diferenças estatisticamente significativas (tabela 2). As demais variáveis não se revelaram significativas. Tal fato pode falar a favor de uma menor rotatividade no ADM.

Entre os enfermeiros: os do ADM apresentavam maior idade, sendo essa diferença também significativa; havia um maior equilíbrio na distribuição por sexo no OS, e menor tempo na função, sem diferença estatística. Não havia diferenças estatísticas significantes para as demais variáveis. Também não houve diferença etária entre médicos e enfermeiros do OS e do ADM.

Quando são cotejados os dados apurados neste estudo, no que diz respeito à caracterização sócio demográfica com o levantamento feito em dois estudos sobre os médicos e enfermeiros no estado de São Paulo, respectivamente conduzidos pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp, 2015) e pelo Conselho Regional de Enfermagem (Coren-SP, 2015), constata-se que há consonância entre os resultados.

No estudo sobre demografia médica (Cremesp, 2015), foi constatada a preponderância do sexo masculino em todas as faixas etárias, salvo na faixa abaixo dos 29 anos, ou seja, os recém-formados. Em 2011 a base da pirâmide etária era composta por 42% da categoria, que tinha até 39 anos de idade (CFM/Cremesp, 2011). Em 2014, 57,5% dos médicos no país eram homens (Cremesp, 2015).

Um estudo realizado com médicos, enfermeiros e funcionários administrativos no estado de Mato Grosso, apontou que a faixa etária acima dos 50 anos se concentrava nos hospitais públicos, quando comparado aos hospitais privados e filantrópicos (Souza; Scatena 2014).

No que concerne aos enfermeiros, em pesquisa conduzida por Machado *et al.* (2016) para o Coren-SP, apesar da tendência de aumento do sexo masculino, havia preponderância significativa do sexo feminino, pois, no estado de São Paulo, 86,6% dos profissionais eram do sexo feminino. No estado de São Paulo, entre os 105.438 enfermeiros que participaram do estudo coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) junto ao Coren-SP, 62,3% tinham menos de 40 anos, 71,1% se declaravam de cor branca e 98,7% eram brasileiros (Coren-SP, 2015). Estudo realizado por Silva (2016) cujo objetivo foi comparar enfermeiros que trabalhavam na gestão direta e indireta do estado da Bahia, também encontrou predominância de profissionais na faixa etária 31 a 35 anos, correspondendo a 38% dos 256 enfermeiros, seguido de 34% cuja idade estava abaixo de 30 anos.

3.2. Número de vínculos empregatícios

Entre os médicos 46,6% e 42,1% mencionavam ter 2 vínculos respectivamente no ADM e no OS; 18,5% e 22,8% declaravam ter 3 vínculos e 11,1% e 12,3% assumiam ter 5 vínculos ou mais. Somente 18,5% e 14% relatavam ter um único empregador, o que não exclui o trabalho em consultório particular. Independentemente do modelo de gestão adotada pelo hospital, os médicos tinham mais de dois vínculos (tabela 3).

Na pesquisa do Cremesp (2015) os médicos também tinham muitos vínculos empregatícios: 48,5% mencionavam 3 ou mais vínculos. Somente 22% dos médicos referiam apenas um empregador, sendo que 29,5% trabalhavam em dois lugares; 24,3% tinham três vínculos; 12% respondiam a quatro empregadores; 6,8% trabalhavam em cinco lugares e 5,4% em mais de seis. A multiplicidade de empregos era mais comum entre os mais jovens. Na faixa etária até 35 anos, 28,7% tinham quatro ou mais vínculos empregatícios e 7,1% seis ou mais vínculos. Nessa faixa etária, apenas 18% declaravam apenas um único emprego. Os médicos com mais de 60 anos formavam o grupo com menor número de empregos: 40,8% com um único vínculo e 35,4% com dois.

Tabela 3 - Distribuição de médicos e enfermeiros por tipo de gestão hospitalar (ADM e OS), segundo número de vínculos idade (n=181), Guarulhos – São Paulo, 2016.

Variável	Médicos				Enfermeiros			
	OS		ADM		OS		ADM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	8	(14)	10	(18,5)	26	(83,9)	18	(46,2)
2	24	(42,1)	25	(46,3)	4	(12,9)	20	(51,3)
Número de 3	13	(22,8)	10	(18,5)	1	(3,2)	1	(2,6)
vínculos 4	5	(8,8)	3	(5,6)	0		0	
5 ou mais	7	(12,3)	6	(11,1)	0		0	
p valor	0.35				0.002			

Fonte: base de dados, elaboração própria.

Não havia diferença estatística do número de vínculos entre os médicos dos dois hospitais, ADM e OS, mas essa diferença está presente ao se cotejar médicos e enfermeiros, com médicos apresentando maior número de vínculos e maior carga horária de trabalho em ambos os hospitais.

Mais de 80% dos enfermeiros do OSS tinham apenas um vínculo de emprego e existia diferença estatística significativa em relação aos enfermeiros do ADM. Os enfermeiros do ADM aproximavam-se mais do percentual encontrado entre os enfermeiros do estado de São Paulo em 2015, pois 69,4% tinham apenas um vínculo de trabalho e 20,6% tinham 2 vínculos (Coren-SP, 2015).

3.3. Carga horária de trabalho

Não foi encontrada diferença estatística ao se comparar, entre os médicos, a carga horária de trabalho semanal total e a carga horária semanal dedicada ao hospital estudado. A média da carga horária semanal total era superior a 60 horas e a dedicada ao hospital, especificamente, em torno de 30 horas semanais, em ambos os hospitais.

Para os enfermeiros, também não foi constatada diferença significativa entre a carga horária semanal total, variando de 40 horas na OS a 51 horas no ADM. No entanto, quando se compara, para os enfermeiros, a carga horária semanal dedicada ao local de trabalho, essa

diferença apresentou significância estatística, os da OS trabalhando mais que os da ADM (tabela 4). Esse resultado é corroborado por estudo de Silva (2016) no qual foi constatado que 37,4% dos enfermeiros sob gestão direta não cumpriam horas extras, contrastando com 34% dos contratados de forma indireta que informavam cumprir algumas vezes horas extras, sendo essa diferença estatisticamente significativa (tabela 4).

Tabela 4- Distribuição de médicos e enfermeiros por tipo de gestão hospitalar (ADM e OS), relacionadas a carga horária semanal de trabalho e carga horária de dedicação neste trabalho (n=181), Guarulhos – São Paulo.

		Médicos		Enfermeiros	
		HMPB	HMU	HMPB	HMU
Carga horária semanal	Média	68.11	64.09	40.72	51.09
	Robusta				
	DP	20.76	23.72	5.93	29.65
	Robusto				
	p valor	0.402		0.084	
Carga horária semanal neste trabalho	Média	30.83	29.82	38.24	33.52
	Robusta				
	DP	17.79	8.9	5.93	0
	Robusto				
	p valor	0.913		0.0008	

Fonte: base de dados, elaboração própria.

No estudo do Cremesp os médicos tinham grande carga horária: 75,5% deles trabalhavam mais de 40 horas por semana, 43,1% entre 40 a 60 horas semanais; 15,5% de 60 a 80 horas e 16,9% estavam em jornada superior a 80 horas semanais (Cremesp, 2015). Um terço dos médicos (32,4%) dizia trabalhar 60 horas semanais. O grupo que trabalhava entre 40-60 horas por semana era o que tinha os maiores percentuais em qualquer faixa etária.

Entre os enfermeiros (Coren-SP, 2015), 43,5% trabalhavam de 31 a 40 horas semanais e 24,8% de 41 a 60 horas semanais. Apenas 4,6% tinham carga horária semanal abaixo de 20 horas e 9,2% trabalhavam mais de 61 horas por semana. Em estudo de Machado *et al.* (2016) assinalava-se que 42,2% dos enfermeiros trabalhavam 40 horas semanais e 36,4% acima dessa carga horária.

3.4. Análise dos pares de escalas

Para melhor compreensão, é importante ressaltar que as escalas têm valoração de 0 a 10, sendo a mínima correspondente as condições de trabalho “inadequadas” e a valoração máxima ao mais próximo do ideal para um desenvolvimento adequado do trabalho.

No par *Organização e Método*, composto por 14 itens, a escala *Regulação* (6 itens) valoram tempo, carga e organização geral do trabalho, retribuição econômica e a conciliação da vida privada com o trabalho; a escala *Desenvolvimento* (8 itens) versa sobre autonomia e decisão no exercício profissional, participação nas decisões, relação com a direção, justiça na remuneração, oportunidade de formação e promoção, avaliação do rendimento profissional, apoio recebido pela direção.

Essas escalas incluem apreciação sobre o tempo, carga horária e organização geral do trabalho: os escores mais altos dos enfermeiros denotam o peso dessa dimensão para esses profissionais, que têm menor número de vínculos empregatícios do que os médicos. Em decorrência, a valoração do número total de horas trabalhadas e da carga de trabalho em cada um dos dois hospitais, especificamente, adquire maior relevância, ainda que quantitativamente a carga horária total semanal de trabalho dos médicos seja superior.

A remuneração é um quesito valorado nesta escala e pode ter se constituído como um fator determinante para que médicos e enfermeiros, independentemente do modelo de gestão, tenham atribuído valores baixos relativamente às demais escalas.

Em outros estudos, médicos, enfermeiros e técnicos administrativos de hospitais públicos apontaram para uma menor satisfação com o salário, quando cotejados aos profissionais sob administração por OS (Scatena; Souza, 2014). Enfermeiros sob gestão direta declararam estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a remuneração quando comparados com os da gestão indireta (Silva, 2016). Esses achados podem apontar para o rebaixamento de salários com consequente dificuldade de preenchimento do quadro de pessoal na gestão direta.

Tabela 5. Distribuição de médicos e enfermeiros por tipo de gestão hospitalar (ADM e OS), de acordo com as escalas estudadas do qCT (n=181), Guarulhos – São Paulo, 2016.

Categorias	Médicos		Enfermeiros	
	OS	ADM	OS	ADM
	Média ¹ ± DP ²	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Regulação	31.4 ± 5.8	30.4 ± 5.7	37.9 ± 6.0	31.3 ± 5.7
p	0.59		0.001	
Desenvolvimento	45.9 ± 9.1	47.4 ± 8.2	52.3 ± 8.4	46.2 ± 8.0
p		0.65		0.13
Material	20.0 ± 5.4	19.6 ± 4.0	23.5 ± 3.7	22.0 ± 2.9
p		0.81		0.40
Social	31.7 ± 3.5	29.7 ± 4.6	27.8 ± 3.5	30.3 ± 3.3
p		< 0.295		0,04
Organização	69.2 ± 15.9	65.6 ± 13.5	84.0 ± 9.2	62.4 ± 13.3
p		0.45		0.0001
Pessoal	35.4 ± 6.4	32.9 ± 7.7	40.6 ± 4.5	36.6 ± 5.3
p		0.27		0.02

¹Média Robusta; ² DP = Desvio Padrão Robusto

Fonte: base de dados, elaboração própria

A relação entre o maior número de vínculos do médico e a precarização do trabalho é apontada por Dias (2015), a fragilidade das formas de contratação e os tipos de vínculos repercutindo diretamente nas perdas e proteção de direitos ao trabalhador, associando-se a multiplicidade de vínculos ao desgaste, adoecimento e insatisfação com o trabalho.

Além disso, há evidências que o desgaste físico e mental, que é marcante no ambiente de trabalho hospitalar, aumenta o adoecimento dos trabalhadores (Gianasi; Oliveira, 2014; Santos *et al*, 2017). Uma revisão da literatura abrangendo de 2000 a 2010 mostrou que o pessoal de enfermagem sofre algum grau de depressão, seja por causas identificadas como internas ou externas ao trabalho (Ferreira; Ferreira, 2015). O desgaste profissional foi relatado, no estado de São Paulo, por 73,9% dos enfermeiros (Cofen, 2017).

A desproporção entre a demanda e o quadro de pessoal traz para o hospital a intensificação do trabalho e o uso da pressão do atendimento sobre os trabalhadores: o chamado fluxo tensionado sobre a organização do trabalho (Durand, 2003) de tal forma naturalizado que

os profissionais não concebem que seria possível outro modo de trabalhar (Souza; Mendes, 2016). Tal naturalização pode explicar como 54,6% dos médicos, entrevistados em pesquisa do CFM/Cremesp (2015), considerava adequada a carga horária de trabalho, sentindo-se em plena capacidade e 13,7% afirmava poder aumentar a carga de trabalho. Contudo, um terço afirmava se sentirem-se sobrecarregados, sendo a faixa etária mais jovem que revelava sofrer com as jornadas consideradas extenuantes. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Cremesp relatam que, segundo a Câmara Técnica de Psiquiatria, 45,8% dos médicos referiam sintomas de *burnout* em algum momento de suas carreiras (CFM/Cremesp 2017). Tais dados foram discutidos no I Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina realizado em 2017.

No que refere aos enfermeiros, durante a coleta de dados, observou-se que os profissionais do OS cobriam mais de um setor, dividindo-se entre uma enfermaria e o acolhimento e/ou somente emergência e estavam em menor número no período da tarde. Em uma conversa informal, um trabalhador encarregado pelo plantão administrativo disse em tom irônico que não seria possível aplicar o questionário a mais de 30 enfermeiros, uma vez que esse número de profissionais era inexistente. Já no ADM esse movimento não foi observado, tornando mais tranquila o contato para aplicar os questionários.

As escalas de Desenvolvimento referem-se às relações sociais no interior das equipes e com as chefias, bem como da participação nas decisões organizacionais. Não houve diferença estatisticamente significativa entre médicos e enfermeiros do OS, nem entre médicos do OS e do ADM, tampouco entre enfermeiros do OS e ADM. Tratando-se de duas categorias profissionais de nível universitário e bem situadas na hierarquia social, o resultado similar das respostas é congruente, como reforça os dados da tabela 5.

Segundo Machado *et al* (Cofen, 2017), na pesquisa sobre o perfil da enfermagem, 74,4% dos enfermeiros reportavam tratamento cordial e respeitoso pelos colegas de trabalho, e 59,9% declaravam receber a mesma cordialidade dos usuários.

No par das escalas *Organização e Ambiente* (8 itens), a escala *Material* (4 itens) valora os seguintes aspectos do ambiente de trabalho: instalação dos equipamentos, recursos materiais e técnicos, prevenção de riscos laborais, serviços de limpeza e segurança; na escala *Social* (4

itens) são avaliados o companheirismo, o respeito pelo grupo, o reconhecimento do trabalho pelos colegas e pelos usuários.

A dimensão Material teve respostas estatisticamente diferentes entre médicos e enfermeiros do OS. Os enfermeiros do OS tiveram maior escore nesta dimensão quando comparados aos do ADM sem diferença estatística significativa.

Em relação à dimensão Social, médicos e enfermeiros do OS mostraram resultados diferentes, com médicos tendo maior resultado do que enfermeiros, sendo a diferença estatisticamente significativa. Os enfermeiros do ADM apresentaram maior resultado do que os enfermeiros do OS, e isto também foi estatisticamente significativo.

Para 68,9% dos enfermeiros pesquisados no estado de São Paulo, as condições de trabalho no setor público eram consideradas como excelente/ótima/boa e para 27% eram avaliadas como regulares, ao passo que 83,4% dos que trabalhavam em serviços privados consideravam as condições de trabalho como excelente/ótima/boa e 15% como regulares. (Cofen, 2017)

Os escores mais altos dos enfermeiros do OS, no que concerne à dimensão Material, expressa a relevância da adequação das instalações físicas, da disponibilidade de equipamentos em contraposição à eventual obsolescência dos aparelhos e instrumentos utilizados. Expressa ainda como os instrumentos do trabalho e seu manuseio são muito valorizados pela Enfermagem (Soares; Souza; Campos, 2016). O planejamento da edificação desse hospital atendeu os requisitos adequados à prestação de assistência hospitalar, ao contrário da ADM, cujas instalações mais antigas são resultado de várias adaptações.

O terceiro par *Organização e Pessoa*, inclui 22 itens, agrupados na escala de ajuste *Organização/Pessoa* (15 itens): satisfação de expectativas, resposta a necessidades, ajuste às aspirações, concordância com os valores, facilitação do reconhecimento de mérito, estímulo ao compromisso laboral, favorecimento do trabalho à vontade, motivação a trabalhar, sensação de liberdade, promoção do crescimento profissional, desenvolvimento de competências e identidade, sentir-se útil. Na escala *Pessoa/Organização* os 7 quesitos são: adaptação à organização, assunção dos valores da direção, aceitação do que é dito para ser feito,

interiorização de normas, identificação com o espírito da organização, aplicação de protocolos sem problema de consciência, ajustamento a tempos e ritmos.

Par Organização/Pessoas

Em relação à Organização, médicos e enfermeiros do OS diferiram estatisticamente de modo significativo no resultado, com enfermeiros atingindo maior valor do que médicos. Enfermeiros do OS também tiveram resultado superior aos enfermeiros do ADM e essa diferença também é estatisticamente significativa.

Finalmente, em relação à dimensão Pessoas, enfermeiros e médicos do OS tiveram resultados diferentes estatisticamente significativos, os enfermeiros atingindo maior resultado do que médicos. Enfermeiros do OS também tiveram resultado superior quando comparados com enfermeiros do ADM e a diferença foi significativa. Um resumo desses dados é apresentado nas tabelas 5 e 6.

Os escores mais altos dos enfermeiros do OS onde as condições de trabalho são adequadas quando comparadas às do ADM, sinalizam algumas explicações: além da já mencionada valorização de meios e instrumentos de trabalho pela Enfermagem (Soares, Souza, Campos, 2016). A busca constante pela qualidade pelas entidades privadas, no caso, o OS, considerado de excelência e em um processo de acreditação, pois o OS recebeu, pelo gerenciamento desse hospital, em 2017, a Acreditação ONA nível 3, concedida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para unidades de saúde que apresentem excelência em gestão, além de indicadores de satisfação do usuário que atingiram, no primeiro semestre de 2017, a excelente média de 94%. (SPDM, 2017).

No que se refere aos enfermeiros, as características das suas tarefas estão provavelmente associadas aos maiores escores na dimensão O-P, ou seja, aceitação, interiorização e adaptação às normas organizacionais, além da maior identificação com os propósitos da instituição e aplicação de protocolos. A vinculação das origens da Enfermagem como profissão aos imperativos históricos da Revolução Burguesa é ressaltada por Castellanos (1987). A diferença dos escores entre enfermeiros dos dois hospitais poderia traduzir uma rigidez hierárquica maior vigente no OS acentuando-se suas características empresariais, pautadas no sistema de

acumulação flexível, assumindo uma postura semelhante às empresas com fins lucrativos (Goulart, Blanch e Borowski 2010).

Tabela 6. Distribuição de médicos e enfermeiros por tipo de gestão hospitalar, segundo as características das escalas do qCT (n=181). Guarulhos – São Paulo, 2016.

	OS		ADM	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Regulação				
Média robusta	31.4	37.9	30.4	31.3
DP robusto	5.8	6.0	5.7	5.7
p - valor	< 0.05		0.6	
Desenvolvimento				
Média robusta	45.9	52.3	47.4	46.2
DP robusto	9.1	8.4	8.2	8.0
p - valor	0.1		0.9	
Material				
Média robusta	20.0	23.5	19.6	22.0
DP robusto	5.4	3.7	4.0	2.9
p - valor	< 0.05		0.1	
Social				
Média robusta	31.3	27.8	29.7	30.3
DP robusto	3.5	3.5	4.6	3.3
p - valor	< 0.05		0.8	
Organização				
Média robusta	69.2	84.0	65.6	62.4
DP robusto	15.9	9.2	13.5	13.3
p - valor	< 0.05		0.5	
Pessoas				
Média robusta	35.4	40.6	32.9	36.6
DP robusto	6.4	4.5	7.7	5.3
p - valor	< 0.05		0.1	

Fonte: elaboração própria

Coerentemente com a posição social ocupada pelos médicos, foram encontrados escores mais elevados nas respostas desses profissionais nas escalas da dimensão Social, que se refere ao reconhecimento e ao respeito pelos colegas de equipes e pelas pessoas em geral. Nesta mesma dimensão, os valores atribuídos pelos enfermeiros do ADM foram maiores que os registrados pelos enfermeiros do OS, sendo essa diferença estatisticamente significativa. Os escores mais altos apontados pelos enfermeiros do ADM, onde as condições de trabalho foram consideradas piores às do OS, permitem que sejam levantadas algumas explicações: a

inadequação das instalações poria em relevo o desempenho de tais enfermeiros, ou seja, valorizaria a dedicação, enquanto servidor público, no enfrentamento de condições inadequadas de trabalho.

Os resultados do par Organização/Pessoas, cujas diferenças entre médicos e enfermeiros foram estatisticamente significantes nos dois hospitais, aponta novamente para a diversidade do papel cumprido pelas duas profissões no exercício da assistência: os enfermeiros são responsáveis pela organização da infraestrutura de trabalho para que os médicos possam atuar. Como observa Mendes-Gonçalves [...] “a assistência ao doente comporta inúmeras funções manuais e são essas as primeiras a se separar, de forma subordinada, do trabalho médico, constituindo a enfermagem” (1979, p. 165- 6). Assim, adaptam-se às normas das organizações e destacam de modo mais forte as dimensões relativas às aspirações, necessidades, mérito, reconhecimento do próprio trabalho, motivação, oportunidades de crescimento profissional, identificando-se com os propósitos das organizações e aceitando seus valores.

Conclusões

Como síntese, a análise das respostas obtidas pode ser recolocada em sucessivos níveis de ancoragem, permitindo que os resultados sejam compreendidos à luz do contexto da crise que caracteriza a contemporaneidade: as respostas dos médicos, dos enfermeiros, assim como o papel do hospital na assistência.

Médicos

Nas respostas obtidas, delineia-se uma tendência de aceitação e de naturalização de múltiplos vínculos empregatícios e de uma grande carga horária semanal de trabalho, bem como de valorização do setor privado.

Esse triunfo ideológico da valorização do empreendedorismo, em contraste com a desvalorização do que é público/estatal, é observado por estudiosos como Borón (2001). A flexibilização das relações de trabalho é apresentada como vantajosa, como prova de capacidade empreendedora (Soares, 2003). Ferreira (2015) enfatiza como as reivindicações dos trabalhadores têm sido refreadas via fortalecimento da ideologia do trabalhador livre, que depende apenas do próprio esforço para ser bem-sucedido. A empresa apresenta-se como o

espaço no qual seria possível pôr em prática o talento individual, recebendo reconhecimento e ganhos de status e financeiros. As trocas próprias às relações trabalhistas apareceriam como justas. Pela meritocracia, aquele que tiver mais talento obterá maior reconhecimento. Este discurso faz com que o trabalhador procure se identificar com a empresa, tornando-se mais inerte em relação a questões referentes às condições materiais e ao próprio processo de trabalho.

Acresce que no caso da temática aqui discutida, são relevantes as posturas ideológicas dos médicos, que, como bem observou Navarro (1984), historicamente opuseram-se à organização de sistemas públicos universais de saúde nos países europeus e nos Estados Unidos.

Enfermeiros

Ao comentar o estudo de Souza (2015) sobre o trabalho de Enfermagem, Mello e Silva (2016) destacam como um dos aspectos mais relevantes a ambiguidade que marca os sentimentos dos profissionais com relação às condições que experimentam no ambiente de trabalho. Mesmo a revolta não se manifestaria linearmente, diante de situações nas quais pode ser evocada a autoculpabilização, o atendimento ao paciente em sofrimento constituindo-se em prioridade e fonte de disciplinamento (Souza, 2015; Mello-e-Silva, 2016). A intensificação do trabalho e a relação salarial são secundarizadas e a dimensão do trabalhador de serviço como ‘pessoa’ ocupa o centro do cenário, “[...] como ser moral que não pode fugir ao chamado de ‘fazer o bem’, ainda mais quando o objeto ao qual se dedica é outro ser humano” (Mello-e-Silva, 2016, p.80)

A fragmentação das atividades e a valorização do domínio dos instrumentos são características do trabalho em enfermagem que reproduz, desde sua origem, a organização taylorista do processo de produção social (Soares; Souza; Campos, 2016). Os autores enfatizam como o hospital, na contemporaneidade, constitui-se como “espaço curativo especializado, executor de função social” (p. 50), *locus* privilegiado que permite entender a racionalização e a dinâmica do trabalho coletivo em saúde. Aí se assenta uma divisão do trabalho, os “mais manuais” cabendo à Enfermagem e o núcleo “mais intelectual” (diagnóstico, prescrição e certas técnicas privilegiadas) incumbindo aos médicos (Mendes-Gonçalves, 1992, p.46).

Esses aspectos devem ser considerados na análise das respostas dos enfermeiros: ambiguidade, subordinação, autoculpabilização, apelos morais, fragmentação.

Há que levar em conta ainda que, no setor público, principalmente na saúde, os profissionais inserem-se em um ambiente de trabalho no qual a terceirização vem ganhando força, como “única” estratégia de gestão da saúde e à custa do “desmonte” do emprego estável em hospitais, mediante implantação de OS (Littike; Sodré, 2015). Os vínculos empregatícios são instáveis pela possibilidade de mudança da OS gestora. Pelas OS são factíveis diversas formas de contratação (como a “pejotização”) de categorias profissionais como nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos fisioterapeutas, e cresce o recurso   contratação de empresas para fornecer a força de trabalho específica, aumentando também a compra de serviços privados pelas secretarias municipais e estaduais de saúde.

O hospital como atividade empresarial

Entidades privadas beneficiaram-se das leis federal e estadual de São Paulo, ambas datadas de 1998, que permitiram sua qualificação como OS. Não por acaso os hospitais recém construídos foram os primeiros serviços públicos a serem repassados ao setor privado no estado de São Paulo. Os recursos públicos têm sido desde então progressivamente drenados, sob forma de repasse de instalações físicas, equipamentos e pagamento da folha de pessoal, via contratos de gestão para empresas que se encontram entre as maiores empresas médicas do Brasil. Em 2015, na capital de São Paulo operavam como entidades parceiras na gestão de serviços, via contrato de gestão, convênios e outras formas de terceirização, no sistema público de saúde, cinco das dez maiores empresas brasileiras no ramo de serviços médicos (Contreiras; Matta, 2015) “[...] mais que um campo de filantropia desinteressada [...] o terceiro setor é um campo de fortíssima atividade econômica (...) [geram-se] receitas, superávit, expansão, concentração e poder.” (Contreiras; Matta, 2015, p. 295), ainda que não haja geração direta de lucros.

Subjacente a esses fen menos está a disputa pelo fundo público, analisada por autores como Salvador, Behring e Boschetti (2012), entre outros. A proteção social é considerada prejudicial e os sujeitos coletivos perdem identidade. Novas formas de financeirização pressionam para a introdução de maior flexibilidade nas relações de trabalho (Salvador, 2010; Salvador *et al*, 2012).

Segundo Mendes (2016), assiste-se a uma particular “presença” do Estado, que atua permitindo a apropriação do fundo público pelo capital, ao mesmo tempo em que aprofunda o

subfinanciamento crônico dos serviços públicos de saúde, como é o caso da situação precária em que se encontra o hospital sob gestão direta objeto desse estudo.

Outro efeito da introdução da lógica privada na esfera pública é a indução de padrões de comportamento na perspectiva do consumo de consultas e medicamentos, ao que se somam distorções na distribuição dos serviços frente às necessidades da população coberta (Bahia, 2006; Cohn, 2011; Heimann *et al* 2011; Littike; Sodré, 2015).

Os trabalhadores da saúde estão duplamente envolvidos com as distorções e a qualidade dos serviços no setor, como cidadãos e como trabalhadores, pois existe uma articulação estreita entre condições de trabalho e a qualidade dos serviços prestados à população (Littike; Sodré, 2015; Assunção; Machado; Araújo, 2012).

De acordo com Mendes-Gonçalves (1992) o trabalho em saúde se desenvolveu contraditoriamente como conquista de direitos e forma social de controle de doenças (1992). Na divisão social do trabalho na sociedade capitalista os serviços de saúde cumprem um papel fundamental, mantendo trabalhadores aptos e saudáveis para produzir (Soares, Souza, Campos, 2016).

Esse referencial possibilitou esclarecer a discussão dos resultados: por um lado, evidenciaram-se contradições entre as condições objetivas de trabalho e a reelaboração subjetiva de médicos e enfermeiros em relação ao processo de trabalho; por outro, a permanência da relevância da assistência hospitalar, crescentemente operada como atividade empresarial, ideologicamente fortalecida e cujo papel é fundamental na reprodução da força de trabalho e na valorização de setores do complexo industrial do capital.

Limitações do estudo

É preciso assinalar algumas limitações do ponto de vista do método, portanto, do instrumento utilizado, cuja aplicação requeria não apenas a autorização formal, mas o apoio no contato com os profissionais.

A difícil relação com os gestores do OS afetou o desenvolvimento da presente pesquisa, em função do atraso provocado pela resistência em autorizar o início efetivo da aplicação dos questionários em que pese todo o apoio da direção da SMS. Enfrentou obstáculos para desenvolver a atividade de campo no OS. Durante aproximadamente 30 dias depois de autorização formal, que havia sido atrasada de 2 meses, houve um período de espera sem maiores explicações. Não foi facultado participar de uma eventual apresentação dos propósitos da pesquisa aos médicos e enfermeiros, portanto, não foi possível o controle de vieses. Já no hospital ADM essa dificuldade não sobreveio e o acesso foi livre. O fato de que os questionários foram respondidos em sua maioria no próprio local de trabalho também pode ter se constituído em uma limitação da privacidade e liberdade de opinião.

Souza e Scatena (2014), apontou que com todo cuidado ético e garantia do anonimato, não se pode descartar a preocupação da repercussão da pesquisa, o que pode interferir no resultado da pesquisa, sobretudo nas opiniões negativas do serviço e caso isso tenha ocorrido em seus estudos, ocorreu com maior frequência nos hospitais filantrópicos ou privados.

Cabe refletir sobre as limitações do instrumento utilizado, o qCT, ainda que se associe a interpretação dos dados quantitativos à abordagem qualitativa, historicamente situada; ainda que, orientados pelo método dialético, busque-se fazer o movimento que procura integrar uma parte do real - o objeto estudado- à totalidade e, em seguida, da totalidade se volta novamente ao fenômeno como ele se apresenta em sua parcialidade. Pela natureza do instrumento, são consideráveis as lacunas na captação de questões que envolvem conteúdos marcados pela ideologia.

Justamente considerando tais limitações, devem ser desenvolvidas novas pesquisas com instrumentos que abarquem a qualidade de vida no trabalho (Lacaz et al, 2010) e aprimorem a captação das opiniões dos sujeitos participantes de estudos sobre o tema aqui abordado.

Referências bibliográficas

1. Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentilli P. (Orgs). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 9-23.

2. Antunes, R e Praun, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. Serv. Soc. Soc. São Paulo. 2015; 123: 407-427.
3. Antunes, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. São Paulo: Cortez Editora, 15ª ed. 2011.
4. Antunes. R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho - São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>
5. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). 2017. Disponível em: <http://hmpb.spdmafiliadas.org.br/qualidade-e-seguranca/.2017>
6. Assunção AA; Machado AF, Araujo TM. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. Rev. bras. estud. popul. [online]. 2012, 29 (1):147-167.
7. Bahia L. Avanços e Percalços do SUS: A Regulação das Relações entre o Público e o Privado. Trabalho, Educação e Saúde. 2006; 4 (1): 159-169.
8. Blanch JM.; Sahagún M; Cervantes G. Cuestionario de bienestar laboral general: estructura y propiedades psicométricas. Rev. Psicol. Trab. Organ. [online]. 2010; 26 (2). Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622010000200007&lng=es&nrm=iso
9. Blanch, JM, Sahagún M, Cervantes G. Estructura factorial de la escala de Condiciones de Trabajo. Factor structure of Working Conditions Scale. Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. 2010; 26 (3): 175-189.
10. Blanch, JM.; Stecher, A. Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. In M. A. Carrillo (Coord.). *Psicología y Trabajo: experiencias de investigación en Iberoamérica*. México: U. A. Querétaro, 2010.

11. Borón, A. Os “novos Leviatãs” e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: Sader, E; Gentili, P. (Orgs.). *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p.7-67.
12. Brasil. Emenda Constitucional nº 19, de 4 junho de 1998 . Modifica o regime e dispõe sobre princípio e normas da Administração Pública, Servidores e Agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, edição de 05 de jun. 1998 a.
13. Brasil. Lei complementar 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.2000a.
14. Brasil. Lei Federal no 9.637 de 1998, dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização, 1998b.
15. Brasil. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, edição de 20 set. 1990.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 699 de 30/03/2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (a). 76 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de

- Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 (b).
18. Brasil. Orientações para compras de serviços de saúde. Cadernos da SAS. Brasília, 2001.
 19. Brasil. Presidência da República. Decreto 7.508/11. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde –SUS o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. 2011. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/noticia/2/arquivo/010212180107-SES-MT-A-conselho-fev---2012.pdf>
 20. Brasil. Presidência da República. Lei No 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências, 1999.
 21. Bresser-Pereira LC. A Reforma administrativa do Sistema de Saúde. Cadernos MARE da Reforma do Estado, c.13. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1998. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/CadernosMare/caderno13.pdf>
 22. Campos. GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (sup): 1865-1874.
 23. Castellanos, BEP. O trabalho do enfermeiro: a procura e o encontro de um caminho para seu estudo. Da abordagem mecânico funcionalista à pesquisa emancipatória [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 1987.
 24. Chesnais, F. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã Editora, 1996.
 25. CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. 2016. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=35&VCodMunicipio=351880&NomeEstado=SAO%20PAULO

26. Cohn A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: Santos, N. R & Amarante, P. D.C (org.). Gestão Pública e a relação público privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p. 244-251
27. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/ap_sp.pdf
28. Conselho Regional de Enfermagem – SP (Coren-SP). Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil e em São Paulo. Comunicação COREN. Edição de 13 de agosto de 2015.
29. Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo Cremesp. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. Coordenação: Mário Scheffer; Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2015.
30. Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo/Cremesp; Conselho Federal de Medicina/CFM. Demografia Médica no Brasil: Coordenação: Mário Scheffer; Aureliano Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011: 117.
31. Contreiras, H; Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(2):285-297. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00285.pdf>
32. Costa AS. Questionário de condições de trabalho qCT: estrutura e propriedades psicométricas no âmbito da Saúde. In: Condições e organização no SUS em dois hospitais públicos sob diferentes formas de gestão na perspectiva de médicos e enfermeiros. (Tese). São Paulo:2017.
33. Costa AS; Junqueira V. Conhecimento sobre Plano de Cargo, Carreira e Salários - PCCS de médicos e enfermeiros de dois hospitais públicos sob diferentes formas de gestão. In:

- Anais do 3º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; 2017 mai 1- 4; Natal. Abrasco; 2017. p. 703-704.
34. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.
 35. Dias, EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev. Bras. Med. Trab.:* 12(2):60-8, 2015.
 36. Druck, G.; Franco, T. Trabalho e precarização social. *Cad. CRH*[online]. 2011; 24 (no. spel): 9-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000400001
 37. Druck, MG. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. *Cad. Saúde Pública* (Online). 2016: v. 32 (6): 1-9.
 38. Durand JP. A refundação do trabalho no fluxo tensionado. *Tempo Social*, São Paulo. 2003; 15 (1):139-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v15n1/v15n1a08.pdf>
 39. Ferreira, LAL; Ferreira LL Depressão no trabalho da enfermagem: revisão sistemática de literatura. *Universitas, Ciências da Saúde*, Brasília. 2015; 13 (1): 41-48.
 40. Ferreira CMB. A formação do discurso do empreendedor de si mesmo = um olhar sobre o Google. (Dissertação) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem. 2015. Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/270553>
 41. Fisher FM. Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(3):401-6.
 42. Gianasi, LBS; Oliveira, DC. A síndrome de burnout e suas representações entre os profissionais de saúde. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro. 2014; 14 (3): 56-772.

43. Goulart, P. M.; Blanch, JM ;Borowski, S.B. (2010). Inovações Organizacionais e Ritmo de Trabalho Hospitalar: Implicações Subjetivas, Segundo a Concepção de Profissionais da Saúde. In: Patricia Martins Goulart; Gilberto MontibellerFº. (Orgs.). Organizações, Inovações e Desenvolvimento: Ensaio Temáticos em Ciências Sociais Aplicadas. 1 ed. Criciúma: Unesc, 2010, v. 1, p. 213-232.
44. Harvey, D. *O enigma do Capital* e as crises do capitalismo. São Paulo: Boitempo Editorial. 2011.
45. Heimann LS; Ibanhes LC; Boaretto RC e Kayano, J. A relação público-privado e o Pacto pela Saúde: novos desafios para a gestão em saúde. In:Santos, N. R & Amarante, P. D.C (Orgs.). Gestão Pública e a relação público privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p. 208 – 219.
46. Hobsbawn, E. *Era dos extremos*. O breve século XX 1914-1991. 2 ed. 28 reimpressão São Paulo: Companhia das Letras. 2004.
47. Labonté R, Cobbett E, Orsini M, Spitzer D, Schrecker T, Ruckert A. [Globalization and the health of Canadians: 'Having a job is the most important thing'](#). Global Health. 2015; 12:11-19.
48. Lacaz, FAC. et al. Gestão do trabalho em saúde em dois sistemas municipais do estado de São Paulo: Implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal. Relatório de Pesquisa. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp. Edital “Políticas Públicas”. Processo: 11/50609-6, 2014.
49. Lacaz, FAC; Vieira, NP; Cortizo, CT; Junqueira, V; Santos, APL; Santos, FS. Qualidade de vida, Gestão do trabalho e Plano de Carreira como tecnologia em saúde na Atenção Básica do SUS em São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2010; 26 (2): 253-63.
50. Laurell, A. C. (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.
51. Littike, D.; Sodre, F. A arte do imprevisto: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. Ciênc.& Saúde Coletiva[online]. 2015; 20 (10): 3051 -

- 3062, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/en_1413-8123-csc-20-10-3051.pdf
52. Lourenço E A S. Terceirização: a destruição de direitos e a destruição da saúde dos trabalhadores. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo. 2015; 123: 447-475.
 53. Machado CV; Lima LD; O'Dwyer G; Andrade TWF; Pitthan RGV e Ibanez N. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil profissional de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32 (2): 1-14.
 54. Machado MH; Koster I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: As políticas de Desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: Assunção AA e Brito J. (Orgs.) *Trabalhar na Saúde – experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Editora Fiocruz, 2011
 55. Mauro MYC; Paz AF; Mauro CCC; Pinheiro MAS; Silva VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14 (1):13-18.
 56. Mello e Silva, L. Trabalho de Enfermagem como serviço: comentários esparsos de caráter geral e fatos relevantes de caráter particular. In: Souza, HS; Mendes, AN (org). *Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo: Enfermagem em foco*. Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016.
 57. Mendes, A e Marques, RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14 (3):841-850.
 58. Mendes, AN. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(12):1-3.
 59. Mendes-Gonçalves, RB. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico* [dissertação]. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, 1979.

60. Mendes-Gonçalves, RB. Práticas de Saúde Processos de trabalho e necessidades. Cadernos do Cefor 1. Série Textos. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, 1992.
61. Mendonça, MHM et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (5): 2355-65.
62. Morosini, MVGC. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trab. educ. saúde* [online]. 2016; 14 (supp 1): 5-7.
63. Navarro, V. A critique of the ideological and political position of the Brandt report and the Alma Ata declaration. *International Journal of Health Services*. 1984; 14(2): 159-172.
64. Pierantoni, C.R. Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. 228 p. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2000.
65. Pires, D. Dicionário da Educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>
66. Rizzo T; Lacaz FAC. Limites dos planos de cargos, carreira e salários para desprecarização das relações de trabalho no SUS. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15 (2):399-420.
67. Salvador, E. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez. 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/12263-54920-1-PB.pdf>
68. Salvador, E; Behring, ER; Boschetti, I; Granemann, S. Financeirização, fundo público e política social. São Paulo: Cortez. 2012.

69. Santos AS; Monteiro JK; Dilélio AS; Sobrosa GMR e Borowski SBV. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. Tra. Edu.Saúde. 2017; 15 (2):421-438.
70. Schmidt, MLS. Repercussões psicossociais do trabalho em saúde. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso). 2014; 15: 20-26.
71. Silva M. Condições de trabalho da enfermagem dos hospitais do Sistema Único de Saúde na Bahia {dissertação}. Salvador 2016: Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2016.
72. Soares LT. O desastre social. Editora Record, 2003.
73. Soares, CB; Souza, HS; Campos, CMS. Processos de trabalho e Enfermagem: uma contribuição a partir da Saúde Coletiva. In: Souza H; Mendes, A. (Orgs.) Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo. Enfermagem em foco. Rio de Janeiro: Doc Saberes, 2016.
74. Souza PC; Scatena JHG. Condições de trabalho em hospitais do mix público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado do Mato Grosso. RAS. 2014; 16 (62):34-40.
75. Souza, HS. A interpretação do trabalho de Enfermagem no capitalismo financeirizado: um estudo da perspectiva teórica do fluxo tensionado [dissertação de Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2015. ← não está no texto do artigo
76. Souza, HS; Mendes NA. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2016; 50 (2):286-294. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/0080-6234-reeusp-50-02-0286.pdf>
77. Vilela RAG; Silva RC e Jackson Filho JM. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários em Saúde. Rev. Bras. Saúde Ocupacional. 2010; 35 (122): 289-302.

78. Wilcox R. *Understanding and applying basic statistical methods using R*. Hoboken, New Jersey, New Jersey: John Wiley& Sons; 2017.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO SOBRE REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE EM DOIS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO

1. Nacionalidade: () Brasileira () outra: _____
2. Escolaridade: () Fundamental incompleto () Fundamental () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto/ Cursando () Superior Completo () Pós- Graduação
3. Sexo: () masculino () feminino
4. Gênero (auto declarado): _____
5. Etnia/Cor (auto declarada) _____
6. Data de nascimento: ____/____/____
7. Número de pessoas por quem é responsável, incluindo filhos menores de idade: _____
8. Tarefas domésticas: () assume só () divide com alguém () outra pessoa o assume
9. Sustento familiar: () assume só () divide com alguém () outra pessoa o assume
10. Profissão: () Médico () Enfermeiro () Técnico / Auxiliar de Enfermagem () Agente Comunitário de Saúde () Atendente SUS / Recepção
11. Tempo de profissão: (____) anos (____) meses
12. Tempo no na atual função: (____) anos (____) meses
13. Tempo de exercício no atual local de trabalho: (____) anos (____) meses
14. Número de vínculos empregatícios: () 1 - () 2 - () 3 - () 4 - () 5 ou mais.
☒ Vínculos em serviços públicos (nº): _____

Especifique o empregador e o tipo de contrato na tabela abaixo:

	Empregador	Tipo de Contrato
Vínculo 1		
Vínculo 2		
Vínculo 3		
Vínculo 4		
Vínculo 5		

✓ Vínculos em serviços privados (nº): _____

Especifique o empregador e o tipo de contrato na tabela abaixo:

	Empregador	Tipo de Contrato
Vínculo 1		
Vínculo 2		
Vínculo 3		
Vínculo 4		
Vínculo 5		

✓ Trabalhador autônomo em quantos lugares: _____ Empregador (es): _____

✓ Pessoa Jurídica em quantos lugares: _____ Empregador (es): _____

✓ Outros vínculos, especifique: _____

15. Carga horária semanal de trabalho: _____ horas

16. Local de trabalho: () UBS () Hospital () Pronto Socorro () Atenção Especializada

17. Neste local de trabalho o vínculo é: _____ Tipo de contrato: _____

18. Carga horária semanal de dedicação a esse trabalho: _____ horas

19. Nome do Serviço de Saúde acima referido: _____

Questionário sobre Condições de Trabalho – qCT

1. Assinale pontuando os seguintes fatores das condições de trabalho nesse local de trabalho.

Mínimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Desenvolvimento

1	Relações com a direção	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Apoio recebido da direção	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Avaliação do rendimento profissional pela instituição	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Autonomia no exercício profissional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Formas de contratação, remuneração e promoção favorecem o bom clima social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Possibilita minha participação nas decisões organizacionais	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Permite possibilidades iguais de promoção entre as categorias profissionais	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Prevê oportunidades igualitárias de educação permanente/ educação continuada entre todas as categorias profissionais	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Assinale pontuando os seguintes fatores das condições de trabalho nesse local de trabalho.

Mínimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Regulação

1	Exigência de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Organização do trabalho (ritmo, hierarquia, tarefas)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Compatibilidade trabalho - vida particular e familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Proteção da integridade física	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Remuneração/ Salário totalmente condizentes com o mercado de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Jornada de Trabalho, horários, turnos, pausas, condizentes com meu contrato.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Questionário sobre Condições de Trabalho – qCT

Bloco 2

3. Assinale pontuando os seguintes fatores das condições de trabalho nesse local de trabalho.

Mínimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Escala material

1	Ambiente de trabalho, instalação e equipamentos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Recursos materiais e técnicos (insumos)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Prevenção de riscos de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Serviços auxiliares (limpeza, manutenção)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Escala Social

Mínimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Escala social

1	Companheirismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Respeito no grupo de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Reconhecimento do seu trabalho pelos colegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Reconhecimento do seu trabalho pelos usuários	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Questionário sobre Condições de Trabalho – qCT

BLOCO 3 – ORGANIZAÇÃO

5 Assinale pontuando os seguintes fatores das condições de trabalho nesse local de trabalho.

Mínimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Escala organização/ pessoa

1	Satisfaz os meus interesses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Exige-me de acordo com minhas capacidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Responde as minhas necessidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Atende as minhas expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Ajusta-se aos meus desejos pessoais	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Está de acordo com meus valores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Facilita que meus méritos sejam reconhecidos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Permite-me trabalhar à vontade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Motiva-me a trabalhar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Proporciona sensação de liberdade e autonomia na tomada de decisões	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Favorece meu crescimento pessoal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Permite desenvolver as minhas aspirações profissionais	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Possibilita desenvolvimento da minha identidade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Faz me sentir útil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Estimula meu crescimento no trabalho (laboral)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Escala pessoa/ organização

Mínimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

1	Adapto-me à política do local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Assumo os valores da direção	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Aceito que me digam como devo fazer meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Incorporo facilmente as normas estabelecidas em meu trabalho	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Identifico-me com as mudanças propostas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Aplico as normas diante de qualquer dilema de consciência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Ajusto-me aos tempos e ritmos de trabalho fixados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO 2



**SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ESCOLA SUS GUARULHOS**

Guarulhos, 16 de outubro de 2015

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Após análise do conteúdo, manifestamo-nos favoráveis ao desenvolvimento do trabalho de pesquisa intitulado: ***Gestão do trabalho em saúde no município de Guarulhos, SP: implicações psicossociais para uma política de pessoal nos diferentes modelos de gestão do SUS***, que será realizado em Unidades de Saúde desta Secretaria, pela pesquisadora Sheila Araújo Costa, como Projeto apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp- Doutorado, sob orientação de Profa. Virginia Junqueira e Co-Orientador Prof. Francisco Antonio Lacaz, conforme documentação anexa.

**CARLOS CHNAIDERMAN
SECRETÁRIO DA SAÚDE**

ANEXO 3



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva

Quero convidá-lo a participar da pesquisa: "Gestão do trabalho em saúde no município de Guarulhos, SP: implicações psicossociais para uma política de pessoal no SUS".

O objetivo desta pesquisa é identificar e analisar as percepções dos profissionais de saúde relacionada à gestão, processo de trabalho e formas de enfrentamento em diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares/ atendentes de enfermagem, agentes comunitários de saúde e atendentes SUS) no sistema público municipal de Guarulhos.

Será aplicado um questionário para amostra de servidores das diferentes modalidades de gestão do SUS no município de Guarulhos.

Será permitido ao participante recusar a participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo;

Além dessas informações, em qualquer momento do estudo o(a) Sr(a) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de qualquer dúvida referente aos procedimentos, riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados à pesquisa. Eu, Sheila Araújo Costa, sou a pesquisadora responsável e poderei ser encontrada no endereço Rua: Botucatu, 740 4º andar, telefone (11) 55764848 ou e-mail shenutri@gmail.com ; Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – conjunto 14, 5571-10, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

O participante tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante e em nenhum momento será divulgado o nome do entrevistado.

O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Todas as informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo, mantendo a privacidade do participante;

Esse termo será elaborado em duas vias sendo e após assinado e rubricado uma via será entregue ao participante e outra ficará com o pesquisador.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e os esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

da pesquisa.

Data ____/____/____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 618.121

Pendências:

Anexar a autorização do responsável do local onde será recrutado os participantes da pesquisa.

RESPOSTA: autorização apresentada

Anexar o questionário que será aplicado ao participante da pesquisa, ou esclarecer que o esboço apresentando no anexo será o questionário.

resposta: questionário anexado

O TCLE deverá ser elaborado em forma de convite, deverá acrescentar os requisitos solicitados na Resolução CNS 466/12:

a) será elaborado em duas vias sendo e após assinado e rubricado uma via será entregue ao participante da pesquisa.

b) todas as vias serão numeradas e rubricadas exemp: 1/3...2/3 ...3/3

c) Que o participante da pesquisa poderá recusar a participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

d) Que será garantindo o sigilo e a privacidade dos participantes da pesquisa

resposta: nova versão de TCLE apresentada

pendências atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do trabalho em saúde no município de Guarulhos, SP: implicações psicossociais para uma política de pessoal nos diferentes modelos de gestão do SUS.

Pesquisador: SHEILA ARAUJO COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27684514.3.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 618.121

Data da Relatoria: 16/04/2014

Apresentação do Projeto:

Conforme parecer CEP. 569.852 de 26/3/2014

Objetivo da Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 569.852 de 26/3/2014

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme parecer CEP. 569.852 de 26/3/2014

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme parecer CEP. 569.852 de 26/3/2014

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de respostas de pendências

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências apontadas no parecer inicial:

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

