



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VALÉRIA MARIA DA CONCEIÇÃO MOTA

**O IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ATIVIDADE
DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese de Doutorado

Belo Horizonte

2019

VALÉRIA MARIA DA CONCEIÇÃO MOTA

**O IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ATIVIDADE
DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Doutor(a).

Área de Concentração: Psicologia Social
Linha de Pesquisa: Trabalho, Sociabilidade e Saúde
Orientadora: Prof.^a Dra. Livia de Oliveira Borges

Belo Horizonte

2019

150 Mota, Valéria Maria da Conceição
M917i O impacto das condições de trabalho na atividade de equipes
2019 multiprofissionais de saúde [manuscrito] / Valéria Maria da
Conceição Mota. - 2019.
140 f.
Orientadora: Livia de Oliveira Borges.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1.Psicologia – Teses. 2.Trabalho - Teses. 3.Psicometria
– Teses. I. Borges, Livia de Oliveira, 1960- . II .Universidade
Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas. III . Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

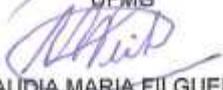
O impacto das condições de trabalho na atividade de equipes multiprofissionais de saúde

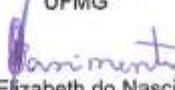
VALERIA MARIA DA CONCEIÇÃO MOTA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

Aprovada em 03 de julho de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Livia de Oliveira Borges - Orientador
UFMG


Prof(a). CLAUDIA MARIA FILGUEIRAS PENIDO
UFMG


Prof(a). Elizabeth do Nascimento
UFMG


Prof(a). Maria Luiza Gava Schmidt
Unicamp


Prof(a). Katia Elizabeth Puente-Palacios
UnB

Belo Horizonte, 3 de julho de 2019.

Agradecimentos

Início agradecendo a todos os componentes das equipes de saúde que gentilmente concordaram em contribuir no desenvolvimento dessa pesquisa. Com essa atitude, esses trabalhadores demonstraram suas expectativas favoráveis à construção coletiva de melhores condições para os serviços de saúde no Brasil.

O convívio diário com meus colegas de trabalho na área da saúde pública despertou meu interesse no estudo sobre o trabalho em equipe. Assim, agradeço a contribuição desses parceiros nas situações de angústia e alegria da construção do projeto que é desenvolver a atividade em equipe.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação pessoal e profissional. Todo o meu respeito e admiração a esses incansáveis trabalhadores que jamais desistem de acreditar no potencial humano, com e apesar de suas condições de trabalho. Em especial, agradeço à professora Dra. Livia de Oliveira Borges, minha orientadora, que acreditando em minha proposta de pesquisa, norteou minha jornada durante o Doutorado, contribuindo para minha formação como profissional da Psicologia e como pessoa.

À coordenação e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, meus sinceros agradecimentos. Foi como estudante na FAFICH / UFMG (desde minha graduação em Psicologia) que tive as melhores oportunidades para refletir e aprender que a evolução humana, sob todos os aspectos, só é possível quando a produção de conhecimento está baseada em evidências científicas e na Ética.

Agradeço aos meus colegas do Doutorado, em especial aos meus colegas do Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde que, de algum modo, contribuíram para a conclusão desse trabalho. Agradeço a especial colaboração de Murilo, componente da equipe de nosso laboratório, pela ajuda na fase da coleta de dados para minha pesquisa.

Enfim, agradeço a meus familiares, especialmente a meus pais que sempre contribuíram para minha educação, incentivando-me a prosseguir em busca da realização de meus objetivos e a meu irmão, amigo em todas as horas, com quem dividi angústias, expectativas e alegrias durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Lista de siglas

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE–Análise Fatorial Exploratória

CEAE–Centro Estadual de Atenção Especializada

EPET – Escala de Potência de Equipes de Trabalho

GEAS – Gerência de Assistência

GEDS – Gerência de Educação em Saúde

MEE – Modelagem de Equações Estruturais

OIT–Organização Internacional do Trabalho

QCT–Questionário de condições de Trabalho

SMSA-BH- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Lista de figuras

Artigo I - Avaliação da Escala de Potência de Equipes de Trabalho para Trabalhadores de Saúde	
Figura 1 – Resultados da AFC	36
Artigo II - Questionário de Condições de Trabalho (QCT) para Trabalhadores de Equipes de Saúde	
Figura 1- AFC Condições Físicas e Materiais	63
Figura 2- AFC Processos e Características da Atividade	64
Figura 3- AFC Condições do Ambiente Sociogerencial	65
Artigo III - Fatores das condições de trabalho em serviços de saúde e seu impacto na atividade em equipe	
Figura 1 – Resultados da MEE	93

Lista de Tabelas

Capítulo II - Avaliação da Escala de Potência de Equipes de Trabalho para Trabalhadores de Saúde

Tabela 1- Participantes que responderam questionários por município	29
Tabela 2 - Participantes que responderam questionários por profissão/ ocupação	30
Tabela 3- Análise do conteúdo categórica das entrevistas	37

Capítulo III - Questionário de Condições de Trabalho (QCT) para Trabalhadores de Equipes de Saúde

Tabela 1- Categorias das Condições de Trabalho (Taxionomia)	55
Tabela 2- Fatores das Condições de Trabalho para profissionais de saúde e docentes	57
Tabela 3 - Síntese dos resultados nas análises fatoriais exploratórias	61

Capítulo IV- Fatores das condições de trabalho em serviços de saúde e seu impacto na atividade em equipe

Tabela 1- Participantes que responderam questionários por profissão/ ocupação	85
Tabela 2 - Fatores do QCT para trabalhadores da saúde	88
Tabela 3 - Itens da EPET para Trabalhadores da saúde	89
Tabela 4 - Análise categórica do conteúdo das entrevistas	94

SUMÁRIO

Resumo	10
Abstract	11
Parte I – Apresentação e organização	
Capítulo 1 – Apresentação, objetivos e organização da tese	12
Parte II–Desenvolvimento	
Capítulo 2- Avaliação da Escala de Potência de Equipes de Trabalho para Trabalhadores de Saúde	20
Capítulo 3- Questionário de Condições de Trabalho (QCT) para Trabalhadores de Equipes de Saúde	50
Capítulo 4- Fatores das condições de trabalho em serviços de saúde e seu impacto na atividade em equipe	76
Parte III – Considerações finais	
Capítulo 5 – Síntese dos Resultados e conclusão	116
Referências	119
Anexos	
Questionário de Condições de Trabalho– QCT	121
Escala de Potência de Equipes de Trabalho– EPET	132
Roteiro de Entrevista	134
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Questionário	136
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista	138

Resumo

O trabalho em equipe é uma estratégia de gestão frequentemente adotada pelas organizações no Brasil. Diante dos desafios decorrentes da situação de instabilidade vivenciadas no ambiente das organizações na atualidade e dos estudos sobre a natureza e funcionamento das equipes de trabalho, com vistas a uma compreensão mais detalhada sobre o seu desempenho, as equipes são necessárias para melhor aproveitamento de suas especificidades. A partir da perspectiva da Psicossociologia, o objetivo principal da pesquisa foi identificar, conforme a percepção dos trabalhadores de equipes de saúde, em que proporção as condições de trabalho afetam a atuação em equipe. Localizamos as equipes dentre os trabalhadores de saúde a partir da avaliação da Potência. A amostra estudada consistiu de 452 profissionais de saúde atuantes em instituições públicas de municípios mineiros. Também foram entrevistados 14 desses trabalhadores. Aplicamos uma perspectiva multimetodológica, que na análise dos dados abrangeu análises fatoriais confirmatórias, técnicas de Modelagem de Equações Estruturais, análise de conteúdo categórica de entrevistas e observações livres. Identificamos fatores que descrevem as condições de trabalho para os profissionais de saúde da amostra. As análises revelaram, também, que Riscos, Controle, Contradições e Violência – fatores de condições de trabalho – são variáveis explicativas da Potência das Equipes. A tese gerou produtos técnicos – questionários com as evidências de validade verificadas – e conhecimentos acerca das equipes de saúde que podem indicar caminhos para ampliar o bem-estar dos profissionais e a eficiência do SUS.

Palavras-chave: equipe, condições de trabalho, psicometria, análise de conteúdo e profissionais de saúde.

Abstract

Teamwork is a management strategy frequently adopted by organizations in Brazil. In face of the challenges arising from the situation of instability experienced in organizational environment nowadays, from the studies on the nature and functioning of work teams, with a view to a more detailed understanding of their performance, the teams are necessary to make better use of their specificities. From the perspective of Psychosociology, the main objective of this research was to identify what proportion the work conditions affect team performance, in according to the perception of the health teams workers. We locate the teams among the health workers from the Potency evaluation. The sample consisted of 452 health professionals in public institutions of Minas Gerais municipalities. We also interviewed 14 of these workers. We applied on the multi-methodological perspective, that included Structural Equation Modeling techniques, categorical content analysis of interview content and free observations in the analysis of data. We identify the factors that better described of the working conditions by health professionals in the sample. The analyzes also revealed that Risks, Control, Contradictions and Violence – factors of working conditions – are variables that explain more the Potency of Teams. The thesis contributed with technical products – questionnaires with validity evidence presented – and knowledge about the health teams that they can indicate ways to amplify professionals' well-being and the efficiency of health system.

Keywords: team, working conditions, psychometric, content analysis and health professionals.

Parte I

Apresentação e organização

Capítulo 1

Apresentação, objetivos e organização da tese

A oportunidade de trabalhar como psicóloga em um serviço de saúde do SUS representa um divisor de águas em minha vida pessoal e profissional. Já havia trabalhado em grupo em outras situações ao longo de minha trajetória profissional, mas foi na área da saúde que experimentei o quanto a parceria entre trabalhadores advindos de diferentes campos de formação acadêmica é importante para consecução dos objetivos.

A princípio compreendi que a equipe deveria existir porque essa seria uma prescrição do serviço de saúde, já que suas ações eram itens de avaliação nas auditorias periódicas. Com o passar do tempo, observei que as tentativas de se trabalhar em equipe às vezes davam certo, mas em outras ocasiões ficava com a impressão que o trabalho em equipe era utopia.

Então iniciei a busca por literatura especializada sobre o trabalho em equipe e, enquanto aprofundava nessa leitura, passei a identificar detalhes no nosso cotidiano profissional que antes passavam despercebidos. Onde estava a equipe? Decidi que precisava estudar sobre as equipes na área da saúde e a que a melhor oportunidade seria no Doutorado em Psicologia.

Desse modo, prossegui em busca de resposta à minha principal indagação: como os trabalhadores da saúde percebiam o impacto das condições de trabalho na atividade em equipe e como lidavam na realização da atividade. E foi na tentativa de me aproximar de trabalhadores de diferentes ocupações na área da saúde, durante a

pesquisa, que tive a excelente oportunidade de obter informações que me ajudaram a identificar o que representa a equipe de trabalho e em quais circunstâncias ela existe.

O tema central dessa tese é o trabalho em equipe. O objetivo geral é compreender a relação entre as condições de trabalho na área da saúde e a atuação em equipe, conforme a percepção dos trabalhadores.

A recomendação para realização das tarefas em equipe é uma estratégia de gestão muito utilizada nas organizações brasileiras (Puentes-Palácios & Borba, 2009; Puentes-Palácios & González-Romá, 2013; Puentes-Palácios, Silva, & Borba, 2015), entretanto, estudos sobre a atividade, considerando o contexto de ação da equipe, são necessários para que suas características sejam utilizadas em benefício tanto da organização quanto dos trabalhadores (Puentes-Palácios & Borba, 2009; Puentes-Palácios & González-Romá, 2013; Puentes-Palácios, Silva, & Borba, 2015). A falta de alinhamento entre as necessidades organizacionais reais e as efetivas contribuições do coletivo de trabalhadores é geradora de prejuízos materiais e psíquicos que afetam a todos (Puentes-Palácios & Gonzales-Romá, 2013). Esse aspecto é ainda mais relevante na área da saúde, uma vez que nesse setor o trabalho está baseado em intensa interação social, de modo que o usuário constitui parte desse processo. Essa interação é determinada pelas condições objetivas e psicológicas do trabalho, podendo facilitar ou impedir a efetividade da prestação dos serviços em saúde.

Considerarei a existência da equipe nas situações em que há interação entre três ou mais pessoas que, construindo relações de reciprocidade no desempenho de atividades complementares, percebem-se como parte de um projeto coletivo, identificando-se como tal e sendo também identificados externamente como seus integrantes (Andaló, 2006; Barus Michel, 2004; Lapassade, 1974/1989; Sartre 1960/2002).

Decidi então por desenvolver a pesquisa sobre o trabalho de equipes que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados de diversos estudos sobre o trabalho das equipes em saúde, que foram desenvolvidas a partir da implantação do SUS, revelaram que esses trabalhadores encontram, ainda nos dias de hoje, dificuldades para cumprir sua atividade profissional com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade¹. Pesquisas recentes trouxeram evidências de que as condições de trabalho estão relacionadas a essa situação (Alves, Dourado & Côrtes, 2013; Andrade *et al*, 2015; Assunção & Brito, 2011; Brito *et al*, 2011; Barbosa & Máximo, 2016; Batista Júnior, 2016; Costa, Borges & Barros, 2015; Lancman *et al*, 2011; Noronha & Lima Filho, 2011; Pinto & Silva 2016; Silva-Roosly & Athayde; 2011; Souza, 2016; Trad & Rocha, 2011).

Para desenvolver a pesquisa, parti da concepção do trabalho como contínuo meio de transformação pelo homem do ambiente em que vive, contribuindo assim para sua própria transformação (Lhuilier, 2014). Ao intervir na realidade natural e social, o homem possibilita a elaboração de uma nova realidade que, inevitavelmente, será alterada por outras subsequentes ações humanas, *ad infinitum*. Assim, o homem reconfigura a história e sua própria existência, através do trabalho, e cria, ao mesmo tempo, uma rede de relações sociais, pois a ação humana através do trabalho é sempre endereçada: ao objeto, ao outro e a si mesmo (Clot, 2006; Marx & Engels, 1987; Sartre, 1961).

Outro pressuposto adotado foi a noção da existência de nexo entre o trabalho e todos os outros domínios da vida humana, sejam eles no âmbito pessoal, no social, familiar, cultural ou econômico (Clot, 2006; Marx & Engels; 1987; Sartre, 1961). Conforme a perspectiva histórica-dialética, o homem está sujeito às condições concretas

¹ Princípios do SUS conforme lei 8080/90. Cap. II. Art. 7º

do meio em que vive e desse modo, nenhum fenômeno pode ser compreendido fora das condições que o cercam. Ao produzir o seu meio de vida, o homem produz a si mesmo e isso ocorre sempre em relação àquilo que já encontra na natureza, ou seja, as condições materiais (Sartre, 1961). Além disso, todo patrimônio criado pela humanidade traduz a forma como o homem se exprime no mundo.

Também considerei que as trajetórias pessoais e profissionais dos indivíduos e dos grupos interferem no estabelecimento da relação do homem com o resultado de sua atividade. Para compreensão desses nexos, parti da concepção de que é a ação de diversos trabalhadores numa rede de cooperações, inseridos numa situação de trabalho, que vai propiciar a atividade. O produto do trabalho é social e as condições em que o trabalho se realiza são percebidas a partir das relações sociais nele desenvolvidas (Clot, 2006). Desse modo, a relação que o homem estabelece com o resultado de sua atividade será sempre mediada pelas condições espaciais, temporais, técnicas, organizacionais e relacionais que caracterizam a conjuntura de trabalho.

Fundamental para a existência humana, o trabalho é um dos temas centrais dentre os objetos de investigação da abordagem psicossociológica, o que justifica, entre outros aspectos, a minha opção por essa perspectiva. Valorizando o que acontece na realidade concreta, a Psicossociologia “apoia-se em significações que os próprios atores descobrem, elaboram, colocam em discurso e que podem ser captadas por meio de análise”. (Machado, 2010, p. 179). Esse ponto de vista favoreceu, durante a pesquisa, minha compreensão sobre o indivíduo a partir de sua livre expressão na vida, através da emergência dos sentidos que são construídos nas oportunidades de interação e trocas de experiências na situação de trabalho.

A perspectiva psicossociológica, valoriza aproximação do pesquisador do contexto em que atividade se desenvolve (Lhuillier, 2014). Assim, seu interesse se

direciona não apenas ao desempenho do indivíduo na execução das tarefas prescritas, mas está voltado para as relações que o homem estabelece com o seu trabalho e para suas possibilidades de ação no mundo através a atividade. Esses vínculos são objetos privilegiados conforme a Psicossociologia; seu foco são as situações sociais reais, considerando que o homem é ativo no processo de apropriação e transformação do social e da história (Pinto, Carreiro, & Rodriguez, 2015), pois mesmo sendo influenciado por tudo que já encontra definido nas organizações e instituições, o homem reconstrói o mundo constantemente a partir das dinâmicas coletivas (Lhuilier, 2014).

Conforme esse ponto de vista, a participação de todos os sujeitos envolvidos deve ser considerada, pois os saberes instituídos nos coletivos que experimentam as situações de trabalho são tão essenciais quanto o saber científico. Assim, contribuindo para a compreensão dos processos sociais, a Psicossociologia proporciona uma base consistente nos estudos sobre as relações que os grupos estabelecem com as organizações e as instituições e, portanto, nas investigações sobre as relações que são estabelecidas no trabalho (Bendassoli & Soboll, 2011).

Desse modo, partindo da ideia de que os indivíduos agem no meio em que vivem e são capazes de elaborar meios para lidar com suas condições de existência (Pinto, Carreiro, & Rodriguez, 2015), a análise sobre o trabalho deve ser baseada nas situações concretas e o indivíduo deve ser considerado como integrante dos grupos, organizações e instituições da vida real (Bendasolli & Soboll, 2011). A atividade profissional deve ser analisada em sua complexidade, a partir das conexões de experiências, saberes e influências que a atravessam e com base nas dimensões sociais e históricas que dela fazem parte (Carreiro & Barros, 2011).

Outro pressuposto que norteou o desenvolvimento da pesquisa foi a concepção do trabalho como ação que não se realiza apenas a partir de estruturas previamente

desenvolvida por projetistas e em conformidade com as diretrizes e o enquadramento das tarefas, pois trabalho é sempre reorganizado por aqueles que o realizam (Sartre, 1946/1978; Clot, 2006). Ativo no mundo que constrói, o destino do homem está em suas próprias mãos, condição que o faz responsável por suas próprias escolhas (Sartre 1946/1978). Em outras palavras, considerando a perspectiva psicossociológica, a concepção de ser humano adotada na pesquisa é de um sujeito ativo que se projeta no futuro.

Estabelecida esta orientação conceitual e epistemológica, optei por apresentar esta tese em formato de três artigos, seguindo a ordem estabelecida no desenvolvimento da pesquisa. Em cada um dos artigos apresento o referencial teórico utilizado, o método adotado, justificativas; contexto de elaboração da pesquisa, bem como os resultados obtidos e discussão acerca dos mesmos. Minha opção no planejamento da pesquisa foi realizá-la utilizando diferentes estratégias e recursos metodológicos visando alcançar uma compreensão mais aprofundada sobre o assunto estudado, considerando a realidade sob diferentes aspectos (Minayo, 2000; Zappellini, & Feuerschütte, 2015). Entretanto, por ser específico o objetivo em cada artigo, a multiplicidade metodológica completa não está exposta em todos.

Assim, a segunda parte da tese – Desenvolvimento – inicia com a apresentação do primeiro artigo que expõe as evidências de validade da Escala de Potência de Equipes de Trabalho (Siqueira et al., 2014), obtidas a partir de análise fatorial confirmatória de dados e análise de conteúdo categórica de entrevistas com trabalhadores de equipes de saúde e observações livres de sua atividade.

O segundo artigo apresenta as evidências da validade do Questionário de Condições de Trabalho (Borges et al., 2013) para trabalhadores de equipes do Sistema Único de Saúde (SUS), obtidas com a utilização de análises fatoriais exploratórias e

confirmatórias como recurso para identificar os fatores empíricos que compõem cada categoria das condições de trabalho para os trabalhadores da saúde.

O terceiro artigo apresenta os resultados das análises, cujo objetivo foi identificar quais os fatores das condições de trabalho interferem mais intensamente na atividade em equipe, utilizando a Modelagem de Equações Estruturais e análise de conteúdo categórica de entrevistas como técnicas para análise dos dados.

O primeiro artigo já foi submetido a uma revista científica. O segundo e terceiro artigos serão encaminhados para avaliação de outras revistas com vistas à publicação. As referências de cada artigo se encontram ao final dos mesmos, não havendo sua reinserção ao final da tese. As referências das partes I e III serão apresentadas no tópico de referências ao final da tese.

A Parte III inclui as contribuições da pesquisa, limitações, síntese dos resultados e das conclusões da tese.

Parte II

Desenvolvimento

Capítulo 2

Avaliação da Escala de Potência de Equipes de Trabalho para Trabalhadores de Saúde

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar os resultados da pesquisa acerca das evidências de validade da Escala de Potência de Equipes de Trabalho (EPET) quando aplicada com trabalhadores de equipes de saúde. Assim, realizamos pesquisa de campo aplicando a referida escala em 452 participantes atuantes em instituições públicas em municípios mineiros, bem como entrevistamos 14 deles. Desenvolvemos análise fatorial confirmatória de dados obtidos com aplicação do questionário e a análise do conteúdo com as respostas às entrevistas. As evidências de validade encontradas indicaram a utilidade da EPET para distinguir as equipes dos grupos, dentre os trabalhadores da saúde, bem como sustentaram propor aperfeiçoamentos.

Palavras-chave: equipes, profissionais de saúde, validade, medida de potência.

Abstract

The aim of this article is to present the results of the research about on the validity evidences of the Scale of Potency of Work Teams for use with health teams. Thus, we developed field research by application of the referred scale to 452 participants who act in public institutions at Minas Gerais, and we interviewed 14 of them. We developed the confirmatory factor analysis on the data obtained with the application of the questionnaire and the content analysis to the answers of the interviews. The validity evidences indicated that the EPET favored to distinguish the teams from a grouping among the health workers, as weel as supporting the proposition of improvements.”

Keywords: teams, health professions, validity, potency's measure.

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar los resultados de la investigación acerca de las evidencias de validez de la Escala de Potencia de Equipos de Trabajo (EPET) cuando aplicada a los trabajadores de la salud. Así, realizamos investigación de campo aplicando la referida escala en 452 participantes actuantes en instituciones públicas en localidades de la provincia de Minas Gerais, así como entrevistamos 14 de ellos. Desarrollamos análisis factorial confirmatoria de datos obtenidos con la aplicación del cuestionario y análisis de contenido a las contestaciones de las entrevistas. Las evidencias de validez encontradas indicaron que la EPET favorece diferenciar los equipos de los grupos, entre los trabajadores de salud, así como soportaron la proposición de perfeccionamientos.

Palabras clave: equipo, profesiones de salud, validez, medida de potencia.

Equipes de trabalho representam frequentemente uma estratégia de gestão diante dos desafios da instabilidade econômica e das contínuas mudanças na atualidade (Ponte-Palácios & Borba, 2009; Ponte-Palácios & González-Romá, 2013; Ponte-Palácios, Silva, & Borba, 2015), estimulando a ampliação do conhecimento sobre o tema. Entretanto, no Brasil, ainda são necessários estudos que aprofundem tal conhecimento conforme o contexto de trabalho (Ponte-Palácios & Borba, 2009; Ponte-Palácios & González-Romá, 2013; Ponte-Palácios, Silva, & Borba, 2015). Consideramos, adicionalmente, que a aplicação pouco cuidadosa de tal estratégia de gestão pode acarretar prejuízos ao desempenho organizacional, devido à falta de alinhamento entre as necessidades organizacionais reais e as efetivas contribuições das equipes (Ponte-Palácios & Gonzales-Romá, 2013). Portanto, ampliar os conhecimentos sobre elas poderá favorecer a adequação de sua adoção frente às atuais exigências de

qualidade e produtividade (Gomes & Puento-Palácios, 2018; Hackman, 1987; Puento-Palácios, Silva, & Borba, 2015).

No Brasil, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) reforçou as práticas em saúde baseadas nos princípios do Serviço Único de Saúde (SUS), inovando no campo da saúde coletiva pela introdução do modelo de atendimento em equipe multiprofissional como condição e diretriz operacional para reorganização do processo de trabalho. Essa perspectiva de oferta de serviços no SUS está baseada no princípio da integralidade², tendo em vista os objetivos de promoção da saúde, prevenção de doenças e seus agravos e as ações de reabilitação a serem oferecidos aos usuários. O fundamento no princípio de integralidade direciona a composição de equipes multiprofissionais nos serviços de saúde, preconizando para isso a valorização dos diferentes e complementares campos do saber.

Entretanto, desde o início da adoção das equipes de saúde até o presente, o desenvolvimento dessa proposta de trabalho no SUS está sujeita a frequentes e necessários ajustes à realidade dos serviços (Mendes, 2013; Paim, 2013; Siqueira, 2013), os quais sofrem os impactos da instabilidade político-econômica do Brasil. Pesquisas antecedentes (p. ex., Alves, Dourado, & Côrtes, 2013; Costa, Borges, & Barros, 2015; Marqui et al., 2010; Noronha & Lima Filho, 2011; Rocha & Araújo, 2009; Trad & Rocha, 2011) evidenciaram que os profissionais ainda hoje encontram dificuldades e empecilhos para realização de sua atividade em equipe.

No intuito de contribuir para o avanço do conhecimento acerca das equipes de trabalho no contexto do SUS, no presente artigo relatamos, então, a pesquisa realizada com o objetivo de avaliar as evidências de validade da Escala de Potência de Equipes de

² Integralidade, equidade, universalidade são princípios doutrinários do SUS. Conforme Mattos (2004), o texto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 não utiliza o termo integralidade, mas, fala em atendimento integral como a articulação entre assistência e prevenção em saúde, significando a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde a todos os brasileiros.

Trabalho, EPET (Siqueira, Martins, Costa, & Abad, 2014) para trabalhadores do referido sistema. Ela avalia a crença coletiva sobre a capacidade da equipe ser efetiva (Guzzo, Yost, Campbell, & Shea, 1993). Contribui, também, para avaliar quanto os profissionais de saúde, participantes da pesquisa, atuam efetivamente em equipes, uma vez que a potência é um atributo que diz de uma percepção elaborada coletivamente, revelando a existência da equipe e, não, a presença apenas de pessoas reunidas para executar as tarefas necessárias e sequenciais.

Grupos e Equipes de Trabalho

Para compreensão sobre as equipes de trabalho na organização, teceremos considerações acerca dos princípios orientadores da formação, da manutenção e do funcionamento do grupo, pois a equipe de trabalho é uma de suas modalidades (Puente-Palácios & Albuquerque, 2014). O estabelecimento da condição de grupo é possível apenas com o conjunto de três pessoas no mínimo (Barus-Michel, 2004; Lapassade, 1974/1989; Puente-Palácios & Romá, 2013; Sartre, 1960/2002), situação em que a ação de cada membro é recíproca à do outro. O grupo se compõe por pessoas que interagem e se reconhecem mutuamente, conseguem conviver possibilitando o compartilhamento de objetivos e a aceitação das regras do grupo (Bleger, 2007; Lapassade, 1974/1989; Puente-Palácios & Albuquerque, 2014; Sartre, 1960/2002). Essa normatização nem sempre está documentada, mas os componentes tendem a segui-la de forma quase unânime. Assim, o grupo representa uma evolução além da condição em que os indivíduos apenas se encontram em reunião sem um objetivo comum: a condição de serialidade (Andaló, 2006; Barus-Michel, 2004; Bleger, 2007; Lapassade, 1974/1989; Puentes-Palácios, 2014).

Além disso, a formação do grupo ocorre através de processos entrelaçados ao desenvolvimento das organizações e das instituições. Em outras palavras, Andaló (2006), Lapassade (1974/1989) e Sartre (1960/2002) têm argumentado que a existência do grupo depende de sua prática no tempo presente. Significa, pois que a práxis grupal deve ser compreendida a partir da experiência de vida de cada um de seus componentes e por seu impacto na experiência do coletivo (Lapassade, 1974/1989; Sartre, 1960/2002).

Os membros do grupo organizam-se continuamente em torno da elaboração de princípios, limites e eixos da ação coletiva que resulta no nascimento da instituição. À medida que o grupo se movimenta para alcançar um objetivo comum, pode atingir a estrutura de uma equipe (Bleger, 2007). Assim, a condição para existência da equipe é alcançada a partir da reciprocidade nas ações entre os componentes, da complementaridade das atividades, elaboração conjunta dos objetivos e compartilhamento dos resultados por um coletivo de pessoas (Barus Michel, 2004; Lapassade, 1974/1989; Puente-Palácios & Borba, 2009; Puente-Palácios & Gonzales-Romá, 2013; Sartre 1960/ 2002). O esforço e a atuação conjunta dos componentes em um relacionamento – caracterizado pela interdependência e, ao mesmo tempo, pela autonomia – propicia uma percepção do protagonismo pela equipe em sua prática. Em síntese, uma equipe é identificada quando três ou mais pessoas interagem, constroem relações de reciprocidade no desempenho de atividades que são complementares e percebem-se como parte desse projeto coletivo, identificando-se como tal e sendo também identificados externamente como seus integrantes (Andaló, 2006; Barus Michel, 2004; Lapassade, 1974/1989; Sartre 1960/2002).

As especificidades do grupo ou da equipe são mais relativas à natureza e intensidade de suas características do que à presença delas (Puente-Palácios & Albuquerque, 2014; Puente-Palacios, Almeida, & Resende, 2011; Puente-Palácios,

Silva, & Borba, 2015; Shea & Guzzo, 1993). Enquanto no grupo identifica-se uma movimentação em conjunto para se atingir os objetivos, o esforço da equipe na mesma direção é coletivo. O compromisso pelos resultados na equipe é compartilhado por todos, enquanto no grupo cada membro se responsabiliza apenas por aqueles de sua função. Finalmente, o grupo procura cumprir as proposições da organização, seguindo as normas e procedimentos referentes às atribuições individuais; enquanto a equipe, cônica de seu protagonismo, forja estratégias coletivas para antecipar os problemas e propor soluções. A equipe tem, então, uma dimensão institucional e instituinte (Lapassade, 1974/1989).

Portanto, os componentes de uma equipe percebem sua capacidade de ser bem-sucedida na realização dos objetivos nas formas como se relacionam com os resultados de seus esforços e experimentam a influência recíproca de seus componentes. Esses aspectos a distingue de simples agrupamentos de trabalhadores e de outras equipes da organização (Puentes-Palácios & Albuquerque, 2014).

Equipes Multiprofissionais de Saúde

O trabalho na área da saúde inclui diferentes profissões e/ou ocupações com ações interdependentes e complementares (Peduzzi, 2007). Entretanto, uma conceituação precisa sobre equipes de trabalho em saúde é pouco comum na produção teórica sobre o tema e, segundo Ciampone e Peduzzi (2000), encontramos a confusão com a definição de grupo de senso comum: um conjunto de profissionais em situação de trabalho, ocupando um mesmo local, em dado espaço de tempo e para atender uma mesma clientela. Essa definição restringe o trabalho da equipe como reunião de profissionais com vistas à obtenção de produtos e serviços para manutenção da vida em

termos biológicos (Ciampone & Peduzzi, 2000). Além de que despreza a dimensão institucional das equipes referida antes.

O desenvolvimento do modelo público brasileiro de atenção à saúde se caracteriza pela proposta de ampliação da oferta dos serviços para além do atendimento individualizado, pela importância da ação de diferentes setores, pela necessidade da integração entre os níveis de atenção³ e pela valorização do trabalho em equipes. Conforme as diretrizes do SUS⁴, o trabalho em equipe fundamenta-se na concepção dos serviços a partir da oferta de uma atenção integral às necessidades da clientela. Essa perspectiva valorizou as múltiplas dimensões das ações ligadas aos cuidados em saúde, privilegiando a promoção do cuidado, a prevenção de doenças e seus agravos, as intervenções com base nos conhecimentos advindos de diferentes campos de estudo e a participação dos usuários, avançando em relação às práticas anteriores que priorizavam a assistência aos pacientes e servia apenas a uma lógica de eliminação da doença ou de expectativa da cura.

Esse respeito pelas diferentes atenções em relação à saúde promove o trabalho em equipe, pois a ela se desenvolve na comunicação que se estabelece entre os trabalhadores no exercício da atividade multiprofissional em saúde e na recomposição dos processos de trabalho peculiares a cada área (Peduzzi, 2007). A integração entre os componentes de uma equipe de saúde demanda a preservação das especificidades de cada profissão e, ao mesmo tempo, a existência de flexibilidade das fronteiras entre os diferentes campos do saber. O trabalho em equipe multiprofissional se constitui em “uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de

³Atenção primária, secundária e terciária.

⁴As leis 8.080/90 e 8.142/90 — Leis *Orgânicas da Saúde* — são as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação.” (Peduzzi, 2007, p. 275).

Para conceituação da equipe multiprofissional de saúde, Peduzzi (2001) observou a existência de duas noções distintas e bipolares em um contínuo:

- Em um dos polos, podemos observar a tendência à fragmentação das ações e o distanciamento entre as atividades dos trabalhadores e entre estes e os usuários dos serviços;
- Em outro extremo, está a equipe em maturação que se caracteriza pela existência de integração entre as tarefas executadas por profissionais de diferentes especialidades e pela interação dos trabalhadores.

Conforme uma perspectiva multiprofissional na área da saúde é necessária a articulação entre diferentes processos de trabalho e saberes específicos, visando uma integração que, no entanto, preserve as especificidades técnicas das profissões, harmonizando as ações dos componentes da equipe. Para isso, a ela não pode ser definida *a priori* e/ou externamente, mas pelo coletivo de trabalho (Araújo & Rocha, 2007; Fortuna, Mishima, Matumoto, & Pereira, 2005; Leite & Veloso, 2008; Peduzzi, 2007; Ribeiro, Pires, & Blank, 2004). Assim, o desenvolvimento da equipe integrada depende da qualidade da comunicação entre os membros, ou seja, da consideração do outro como interlocutor e não como instrumento de trabalho, numa busca de compreensão e reconhecimento mútuo dos diferentes saberes (Peduzzi, 2007; Ribeiro, Pires, & Blank, 2004), pois “. . . o trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas”. (Ribeiro et al., 2004, p. 233).

O produto do trabalho em saúde é imaterial, não é um objeto; no entanto, interfere na vida das pessoas. Como um bem que não pode ser armazenado, o produto

do trabalho em saúde somente se concretiza na realização da atividade. Entretanto, o trabalho em equipe nessa área é desafiado pela complexidade de se inserir em prática historicamente constituída com base na concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento.

Conforme diretrizes do SUS e considerando o indivíduo como sujeito político e singular (possuidor de crenças, valores, desejo e emoções), as ações em saúde devem expressar a multidimensionalidade das necessidades do usuário e das coletividades, bem como a complexidade das intervenções profissionais. Além disso, construir a atividade multiprofissional não depende apenas da compreensão e compromisso aos princípios e diretrizes do SUS. Assim, condições de trabalho que favoreçam a criação de oportunidades de reflexão, negociação e diálogo entre os profissionais podem facilitar, por sua vez, o desenvolvimento da equipe integrada. A parceria entre os profissionais requer horizontalidade no relacionamento entre os membros (Pezuzzi, 2007; Vasconcelos, 2010) para que todos se percebam autores das ações. O produto do trabalho deve resultar de um processo coordenado e elaborado no coletivo (Crevelim & Pezuzzi, 2005). Portanto, identificar a presença da equipe na organização pressupõe considerar as especificidades do contexto de trabalho.

Diante do que expusemos, seria uma contribuição técnico-científica ao SUS contar com um instrumento que apresenta evidências validade para apreender o quanto os profissionais de saúde se percebem em equipe. Esse contexto teórico e histórico justifica, em outras palavras, o desenvolvido da pesquisa com o objetivo proposto.

Método

Para a consecução do objetivo antes anunciado – avaliar as evidências de validade da EPET para trabalhadores atuantes em equipes multiprofissionais de saúde –

desenvolvemos pesquisa de campo com aplicação de questionários estruturados e entrevistas, como especificaremos na sequência. A finalidade da aplicação da EPET para a consecução do objetivo reside, como é de se esperar, em produzir evidências empíricas capazes de gerar indicadores psicométricos acerca de sua validade. Planejamos as entrevistas para identificar categorias nas verbalizações dos trabalhadores sob as indagações de: se os participantes se reconhecem como equipes, que critérios ou categorias utilizam para tanto e se a EPET consegue abrangê-las. Corroborando nossas opções metodológicas, Guzzo et al. (1993) admitiram a utilização de diferentes recursos tais como entrevistas, observações, discussões em grupo; embora priorizassem os questionários como mais adequados para acesso à percepção da potência como atributo coletivo.

Participantes

Participaram da pesquisa, respondendo questionários estruturados, 452 trabalhadores de equipes multiprofissionais de saúde atuantes em instituição pública de municípios mineiros (Tabela 1), sendo predominantemente em Belo Horizonte.

Tabela 1 – *Participantes que responderam questionários por município*

Município	Frequência	Percentual	Município	Frequência	Percentual
Belo Horizonte	395	87,4	Juiz de Fora	16	3,5
Leopoldina	2	0,4	Itabirito	23	5,1
Manhuaçu	1	0,2	Viçosa	2	0,4
Jequitinhonha	1	0,2	Ribeirão das Neves	1	0,2
Santo Antônio do Monte	4	0,9	Sete Lagoas	7	1,5
Total				452	100,0

Exercendo a atividade profissional em diferentes ocupações (Tabela 2), 87 % dos participantes se identificaram como efetivamente empregados na organização onde realiza seu trabalho. O restante da amostra se apresentou como trabalhador terceirizado (2,9 %), ou, não especificou sobre sua condição em relação à organização (10,1%).

Tabela 2 – *Participantes que responderam questionários por profissão/ocupação*

Profissão/Ocupação	Frequên- cia	Percen- tual	Profissão/Ocupação	Frequên- cia	Percen- tual
Enfermeira	82	18,1	Fisioterapeuta	7	1,5
Médico	68	15,0	Técnico Superior de Saúde	4	0,9
Técnico em Enfermagem	45	10,0	Técnico de Saúde Bucal	9	2,0
Assistente Social	18	4,0	Nutricionista	6	1,3
Gerente	25	5,5	Veterinário	1	0,2
Farmacêutico	8	1,8	Auxiliar de Enfermagem	20	4,4
Fonoaudiólogo	6	1,3	Tec. Radiologia	2	0,4
Psicólogo	11	2,4	Recepcionista	4	0,9
Dentista	21	4,6	Educador físico	4	0,9
Agente Comunitário de Saúde	55	12,2	Auxiliar de Serviços Gerais	1	0,2
Terapeuta Ocupacional	2	0,4	Agente combate endemias	8	1,8
Auxiliar Administrativo	17	3,8	Monitor	3	0,7
Não responderam	25	5,5			
Total				452	100,0

Sobre a jornada de trabalho, a maioria dos participantes da pesquisa (75,4 %) cumpre 40 horas semanais. Os demais trabalham 20 horas (10,8%), 30 horas (3,8%) e 44 horas semanais (4,4%). Trabalhando em outras jornadas, encontramos 4,6% dos participantes, além dos que não responderam sobre esse aspecto (1%). Identificamos que a maior proporção dos participantes (49%) atua no atual trabalho por um período de 5 até 10 anos; 37,5% deles, por mais de 10 anos; e 13,5%, por menos de 5 anos. Dentre os participantes, há mais concentração nas faixas salariais mais baixas – de R\$ 560,00

até R\$ 2.400,00 e de R\$ 2.400,00 até R\$ 5.400,00 – respectivamente 35,4% e 32,1% dos participantes.

Em relação ao sexo, 355 pessoas (78,5%) são mulheres, 95 pessoas (21%), homens e 2 dos participantes (0,4%) deixaram a pergunta em branco. A maior proporção dos participantes (46% da amostra) cursou ensino superior completo e curso de pós-graduação. A faixa etária de 31 até 40 anos de idade (37%) é predominante entre os participantes.

Também entrevistamos 14 trabalhadores da área da saúde, escolhidos dentre aqueles cujo pertencimento à equipe tinha duração de, no mínimo, seis meses e que eram também componentes de quatro equipes das quais três componentes, pelo menos, concordaram em conceder-nos a entrevista. Dentre os entrevistados, oito possuem curso superior na área da saúde, um está cursando nível de graduação e cinco possuem ensino médio de escolaridade, sendo 4 desses com nível técnico na área da saúde. Na totalidade, são do sexo feminino, pertencendo à faixa etária que abrange de 30 até 60 anos. A respeito da jornada de trabalho, dez das entrevistadas cumprem 40 horas semanais e quatro trabalham durante seis horas na semana.

Considerando o município das quatro equipes, cujas participantes concederam entrevistas, oito entrevistadas trabalham em Belo Horizonte e seis em dois dos municípios do interior de Minas Gerais.

Instrumentos

Como questionários estruturados, utilizamos uma ficha sociodemográfica para obtenção de informações sobre os participantes da pesquisa, cujas respostas permitiram descrever os participantes na seção anterior. Aplicamos também a EPET (Siqueira, Martins, Costa, & Abad, 2014), sobre a qual examinaremos as evidências de validade.

Elaborada por Guzzo et al. (1993), a EPET permite avaliar esse atributo coletivo, possibilitando discriminar a intensidade da potência entre diferentes equipes. Siqueira, Martins, Costa e Abad (2014) examinaram as evidências de validade da EPET ao contexto brasileiro por meio de análise fatorial com a técnica *principal axis factoring* (PAF) das respostas de 716 estudantes trabalhadores. Identificaram um fator com 10 itens⁵. Posteriormente, testaram a EPET por meio de análise fatorial confirmatória em outra amostra de 1000 estudantes trabalhadores. O modelo identificado apresentou indicadores gerais de adequação do ajuste ($\chi^2/gf = 7,6$ GFI=0,95; CFI=0,98; NFI=0,97; RMSEA=0,08) e ratificaram a estrutura da EPET como unifatorial a exemplo da medida original (Guzzo et al., 1993). A EPET usa escala *Likert* de resposta de cinco pontos (1= discordo totalmente, 2= discordo; 3= nem concordo, nem discordo; 4= concordo; 5= concordo muito).

Nas entrevistas semiestruturadas, utilizamos um roteiro com 12 questões abertas e geradoras sobre como o entrevistado percebia a situação de trabalho, as oportunidades e qualidade das interações entre os participantes da equipe, os facilitadores ou empecilhos da ação em equipe, as chances de se compartilhar objetivos e resultados, a existência de ações institucionais incentivadoras do trabalho em equipe, as ações coletivas para alcançarem os resultados e a importância do trabalho em equipe no desempenho geral.

Procedimentos de Campo

Iniciamos as atividades de campo a partir da anuência da Gerência de Assistência (GEAS) e da Gerência de Educação em Saúde (GEDS) da Secretaria

⁵ Exemplos de itens da EPET: (1) Meu grupo pode realizar suas tarefas com qualidade; (2) Meu grupo pode falhar ao realizar uma tarefa; (7) Meu grupo pode vencer qualquer dificuldade ao realizar uma tarefa; e (10) Meu grupo pode cumprir suas tarefas com responsabilidade.

Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Prosseguimos apresentando os objetivos da pesquisa em reuniões com diretores dos Distritos de Saúde e gerentes dos Centros de Saúde nas Regionais Administrativas de Belo Horizonte. Enviamos os questionários aos trabalhadores de Julho de 2017 a Fevereiro de 2018 por meio de formulário eletrônico via internet (*online*), bem como imprimimos e distribuímos durante as nossas visitas aos centros de saúde ou através de malote. Recolhíamos os questionários impressos com intervalo de tempo hábil para que os profissionais os respondessem voluntariamente.

Apresentamos também os objetivos da pesquisa à Coordenadoria Estadual de Atenção Especializada de Minas Gerais (CEAE/CEM-MG) para obtenção de anuência para realização da execução da coleta de dados junto aos profissionais de saúde das equipes do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE/MG) estabelecido em diferentes microrregiões de saúde em Minas Gerais. Solicitamos ainda a autorização dos Secretários Municipais de Saúde nos municípios onde o CEAE/MG está implantado. Nas localidades mais distantes de BH, os questionários foram apresentados aos profissionais de saúde do CEAE/MG apenas através de formulário eletrônico. Os trabalhadores de equipes de saúde comprovaram a sua voluntariedade em participar mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Totalizamos, então, 150 aplicações completas de questionários por meio de formulário eletrônico e 302, por formulário impresso.

Realizamos as entrevistas individualmente, seguindo as técnicas de busca de empatia e respeito pelo fluxo do relato do participante, adaptando assim o roteiro estabelecido a cada caso, tendo em vista privilegiar sua singularidade e, ao mesmo tempo, garantir a busca dos objetivos da entrevista. A voluntariedade do participante é requisito de qualidade das entrevistas, mas mesmo assim aplicamos o TCLE. As

entrevistas ocorreram no local de trabalho dos participantes, em horários previamente agendados, embora ocorressem breves interrupções para que o entrevistado conseguisse resolver alguma demanda inesperada de trabalho. Gravamos as entrevistas e, posteriormente, transcrevemos para garantir a fidedignidade da apreensão dos conteúdos.

Procedimentos de Análise dos Dados

Em relação às respostas aos questionários estruturados, registramo-las em banco de dados do Statistical Package of Social Science (SPSS). Desenvolvemos, então, análises preliminares. Observamos que 452 trabalhadores de serviços de saúde do SUS responderam à EPET. Levantamos, entretanto, as respostas em branco e aquelas com concentração em única alternativa e por isso, consideramos 417 questionários como válidos. Na sequência, processamos análises estatísticas descritivas para as respostas à ficha sociodemográfica para caracterização dos participantes. Posteriormente, migramos os registros do referido banco de dados para outro, no formato do *software* Lisrel e, com seus recursos, aplicamos Análise Fatorial Confirmatória (AFC) às respostas da EPET.

Em relação às entrevistas, examinamos as verbalizações dos participantes, usando como ferramenta técnica de apoio o *software* QDA Miner para desenvolver Análise de Conteúdo em uma perspectiva hermenêutico-dialética. Essa, conforme Minayo (2000) busca compreender porque o ator se exprime de determinada forma e não de outra, entender o emissor da fala inserido na situação histórico-social, valorizando determinadas normas, interpretando a realidade conforme seus recursos culturais e suas crenças. Tal perspectiva não se opõe à análise categórica mais tradicional (Bardin, 1977/2006), mas ao contrário avança a partir dela. Por isso, após as etapas preliminares de leitura flutuante e estabelecimento do “corpus da pesquisa”

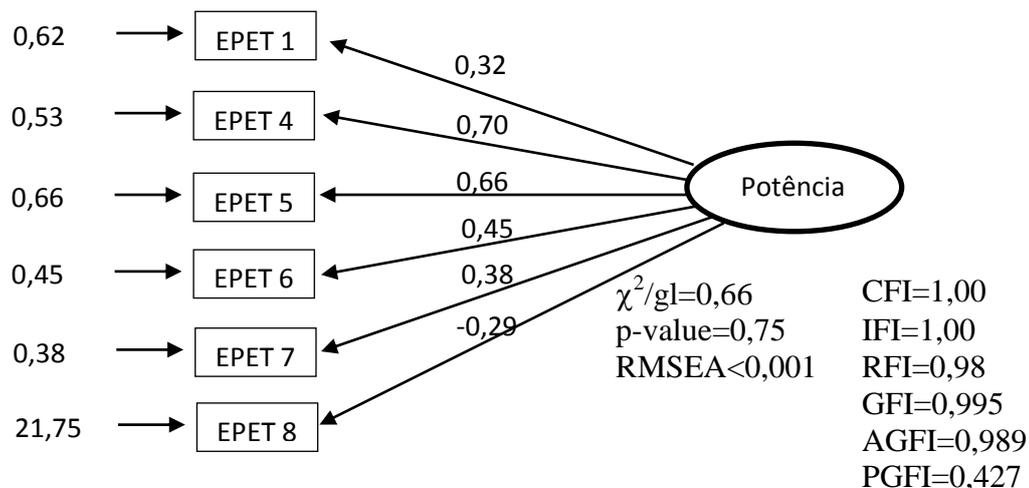
(Bauer & Gaskell, 2000), identificamos núcleos de sentido, apreendendo as categorias presente nas verbalizações e organizamos essas em tabelas de frequência como apresentaremos nos resultados.

Resultados

Evidências Psicométricas de Validade

Os resultados da primeira análise fatorial confirmatória das respostas aos 10 itens da EPET apresentaram um conjunto de índices de qualidade de ajuste global pouco adequado ($\chi^2/df=54,18$; CFI=0,229; IFI=0,232; RFI=0,00866; GFI=0,791; AGFI=0,00866; PGFI=0,503; RMSEA=0,357). Desse modo, realizamos outra análise para na tentativa de se alcançar melhor adequação. Foram retirados alguns itens⁶ (itens 2, 3 9 e 10) do modelo de saída, cumprindo critério de exclusão daqueles que apresentaram os menores coeficientes indicadores de convergência ao modelo, ou seja, menores coeficientes Lambda, e o item 10 por apresentar o maior coeficiente de erro de medição (erro=21,73). Com essa modificação, os índices CFI, IFI, RFI GFI, AGFI passaram a apresentar coeficientes bem próximos ou iguais a 1,00, houve redução do valor de χ^2 com $p \geq 0,05$, o RMSEA < 0,001. Todos esses coeficientes passaram a indicar bom ajuste. Além disso, a redução do valor do PGFI indicou maior parcimônia do modelo quando comparado ao da análise inicial. Esses resultados corroboraram a solução unifatorial da EPET, porém com apenas 6 itens (Figura1).

⁶Itens retirados na AFC da EPET para melhor ajuste do modelo: (EPET2) Meu grupo pode falhar ao realizar uma tarefa; (EPET3) Meu grupo pode ser reconhecido como equipe de alto desempenho; (EPET9) Meu grupo pode ser considerado uma equipe competente; (EPET10) Meu grupo pode cumprir suas tarefas com responsabilidade.



EPET1 (Meu grupo pode realizar suas tarefas com qualidade)
 EPET2 (Meu grupo pode resolver qualquer problema de trabalho)
 EPET5 (Meu grupo pode ser muito produtivo em diferentes condições de trabalho)
 EPET6 (Meu grupo pode realizar tudo que se propõe a fazer)
 EPET7 (Meu grupo pode vencer qualquer dificuldade ao realizar uma tarefa)
 EPET8 (Meu grupo pode obter sucesso ao realizar uma tarefa)

Figura 1 – Resultados da AFC

As entrevistas: Por que Somos uma Equipe?

Seguindo os procedimentos analíticos descritos na seção do Método, organizamos os conteúdos das respostas em duas categorias principais: características da equipe e reações afetivas. Esses aspectos também foram agrupados em códigos conforme seus sentidos nas entrevistas (Tabela 3). Adotaremos, então, as frequências como um indicador relativo ao compartilhamento perceptivo e/ou das crenças pelos componentes da equipe.

Tabela 3 –Análise do conteúdo categórica das entrevistas (N=14)

Categoria	Código	Descrição	Casos	%
Características da equipe	Utilidade Social	Percepção da importância da equipe para cumprir objetivos	13	92,9%
	Interação recíproca	Percepção da incompletude das ações individuais e, ao mesmo tempo, da colaboração dentro da equipe.	12	85,7%
	Integração	Articulação das ações e saberes; cada componente é sujeito em sua experiência e contribui para o desenvolvimento da equipe.	12	85,7%
	Não integração	Dificuldades para estabelecer parcerias, ações fragmentadas.	12	85,7%
	Estratégias	Ações de superação elaboradas no coletivo.	11	78,6%
	Desafios adicionais	Percepção da necessidade de ações coletivas diante dos desafios da atividade em saúde	9	64,3%
	Pró-atividade	Antecipar os problemas e propor soluções, iniciativa.	8	57,1%
	Protagonismo	Percepção da autoria da equipe nos resultados alcançados.	6	42,9%
Reações afetivas	Bem-estar	Sensação de amparo/acolhimento na relação entre os componentes.	10	71,4%
	Desmotivação	Realizando as tarefas sem energia (fazendo o mínimo necessário); perda de interesse pelo trabalho.	9	64,3%
	Exaustão emocional	Sensação de esgotamento emocional/mental	8	57,1%
	Frustração	Sentimento de decepção frente à atividade na equipe	6	42,9%

Verificamos, então, que a caracterização mais fortemente compartilhada foi a percepção dos participantes acerca da utilidade social da equipe (frequência nos relatos de 92,9%) que exemplificamos com trecho de uma das entrevistas:

Eu não consigo trabalhar sozinha porque se a criança é prematura, mas ela tem um problema social em casa, ela tem um problema nutricional porque o leite da mãe não dá...então você necessita da equipe. No Brasil a gente precisa de equipe... a população... a população necessita disso...(Enfermeira)

Em seguida, as caracterizações mais compartilhadas – Integração, Não Integração e Parceria – dizem respeito às interações e a incompletude das ações

individuais para alcançarem resultados satisfatórios no trabalho em saúde, como a fala de uma das entrevistadas pode exemplificar a seguir:

Eu percebo na nossa equipe que sim... Porque aqui todo mundo é um pouquinho ACS, todo mundo é um pouco assistente social, as meninas do outro lado são um pouco enfermeiras também; então aqui não tem indivíduos soltos. (Técnica em enfermagem)

As dificuldades para estabelecer parcerias no cotidiano são vivenciadas como paradoxo: identificamos elevada frequência dos conteúdos que evidenciam a existência de ações fragmentadas (85,7%) no trabalho, ao mesmo tempo em que encontramos alta frequência de conteúdos nos relatos que informam sobre existência de integração na equipe (85,7%) e como ela é construída a base de reciprocidade, como no trecho:

Não é uma tarefa fácil porque você tem que se expor para o outro . . . Essa resistência: será que sou bom mesmo no que eu faço? O outro vai ver quando eu trabalhar em equipe. Você tem que se expor, você tem que ser aberto, você tem que ser dinâmico para ser reconhecido pelo outro, você tem que respeitar e ser respeitado. Isto para mim é trabalhar em equipe . . . Mas é uma tarefa difícil. Mas quando você aprende, quando você relaxa, você é reconhecido, você é respeitado, que você consegue respeitar a opinião do outro . . . É muito agradável e . . . confortável: se eu não der conta, . . . eu tenho alguém para me amparar. Agora, até você chegar nesse ponto é um a longa caminhada.
(Assistente Social)

O citado paradoxo se observa, embora estejamos a mais de 25 anos da regulamentação das ações em saúde pelo SUS, as quais apontam entre outros aspectos para o princípio da integralidade como assinalamos introdutoriamente com base na literatura e documentos sobre o SUS consultados. Ele se manifesta como parte da

realidade social da equipe, mas como um conflito intrapsíquico. A existência deste paradoxo mostra que o participante, apesar de reconhecer quase unanimemente as vantagens das atividades em equipe como a utilidade social e o papel de suporte às incompletudes, não apresentam uma adesão à proposta entusiástica e acrítica. Reconhece também os problemas e dilemas.

Buscando a origem de tal paradoxo nas respostas dos participantes, identificamos que o trabalhador da saúde ainda sofre influência de conceitos compartilhados na organização, que tendem à especialização dos campos de conhecimento e ao cumprimento de protocolos elaborados segundo a racionalidade técnico-científica que reforçam ações individualizadas. Entretanto, para o trabalhador da saúde, essa perspectiva representa uma contradição e uma compreensão reduzida em relação ao que preconizado pelo SUS, que abrangeria a articulação das ações em saúde de modo ampliado, para apreensão das necessidades dos usuários em seu território e a partir da atividade em equipe.

Assim, submetidos a prescrições e protocolos que organizam a oferta dos serviços em saúde, os trabalhadores percebem que, para conseguirem cumprir os objetivos, necessitam elaborar estratégias que ultrapassem a normatização estabelecida exteriormente à situação vivenciada no trabalho. Devem agir cotidianamente no sentido de alcançarem uma sinergia entre os componentes da equipe, a partir do reconhecimento do outro como sujeito e não como alguém que apenas cumpre um papel de apoio à função do colega. Foi neste contexto situacional, que categorizamos o enfrentamento dos desafios adicionais da atividade (64,3%) em saúde os trabalhadores e a percepção do protagonismo (42,9 %) justamente nas ações compartilhadas em equipe.

A percepção do protagonismo, de criar novas estratégias de trabalho, da capacidade de coletivamente enfrentar desafios adicionais e ser pró-ativos, mostra-nos

também que essas características da equipe pressupõem um grupo com rica e bem-sucedida interação (correspondendo aos códigos da segunda faixa de frequência) e aos quais já nos referimos e exemplificamos com o seguinte trecho:

Com certeza, o tempo todo . . . E não só da equipe de população de rua, da equipe em geral. Eu respondo pela enfermagem, mas isso a gente tem . . . Sempre a gente busca no outro que sabe mais, um pouco de ajuda, um pouco de auxílio. Então é aquela questão... Individualmente tem alguns problemas, mas o geral . . . É bem entrosada . . . Nem todos vão reconhecer, mas sabem que é importante e eu percebo que aqui a gente consegue; na minha equipe. (Técnica em Enfermagem)

Os entrevistados apresentaram evidências da existência da equipe em contínuo desenvolvimento a partir das ações coletivas, sendo que os últimos quatro códigos de caracterização da equipe, à luz do quadro teórico apresentado, correspondem à dimensão instituinte da equipe. Eles pressupõem não só a dimensão interacional, mas a confiança compartilhada entre os membros. O caráter instituinte e criativo das ações coletivas atesta a presença da equipe como o trecho a seguir exemplifica.

A gente quer melhoria para nossa categoria, para colegas. Igual a gente teve uma vitória de tirar – as meninas tão batalhando a anos – de tirar o tal do balcão. Ali a gente corria risco de tudo: de saúde, o paciente fica exposto... A gente levou para reunião: a gente tá exposto, ele tem que falar o que está sentindo, ele fica constrangido... O que é correto é um acolhimento assim... Dentro de um local fechado... Você tem liberdade de falar o que você tá sentindo... Aí nós chegamos, as três. . . Aí vamos tentar . . . que a gente pode fazer para poder melhorar? Foi um ganho! As meninas estavam batalhando: “Vocês querem?”. . . Se vocês quiserem isso também né? . . . Vamos tentar, vamos abraçar juntos.

Porque estamos todas né, aqui no meio do fogo cruzado. (Técnica em Enfermagem)

Além disso, nessas ações coletivas de superação das dificuldades e das contradições presentes na situação de trabalho, a percepção da potência das equipes foi apreendida como manifestação de reconhecimento de autoria dos resultados alcançados (protagonismo), o que se repete em outros trechos como:

Acontece e não depende muito lá de cima, a gente tenta resolver o máximo aqui. (...). Ah! Precisa rever protocolo, está desatualizado, tá tendo muita falha?... Sentam os médicos junto com os funcionários que mais atuam ali e tentam rever o protocolo. Ah, tá acontecendo muito a questão: a gente não tá falando a língua, as vezes o paciente chega para vocês ...vocês falam que pode e a gente fala que não pode; então vocês são bonzinhos e a gente não. A gente tenta afinar. Aqui sim, acontece. Dependendo da necessidade, sim. Não tem problema. E falar com a Secretaria nem precisa, quando chega lá é porque a questão não pode ser resolvida aqui mesmo, mas na maioria eu vejo as coisas sendo bem resolvidas. Inclusive os médicos, eles entram mesmo. . . A gente . . . conversa muito informalmente e acaba resolvendo, aparando algumas arestas . . . que precisam resolver. (Assistente social)

Os conteúdos que compõem a categoria sobre as reações afetivas à equipe expressam a existência de ambivalência de sentimentos em relação à equipe. Ao mesmo tempo em que encontramos conteúdos que informam sobre a exaustão emocional (57,1%) e desmotivação (64,3%) dos trabalhadores, também são frequentes os conteúdos que revelam um sentimento de bem-estar em relação ao trabalho (71,4%) na medida em que se percebem parte da equipe, como nos exemplos a seguir:

Aqui é um local prazeroso de trabalhar e a gente vê resultado. Mesmo nas dificuldades que a gente tem de continuidade e algumas outras dificuldades da atenção primária, a gente fica satisfeito com o trabalho que a gente tá vendo que está tendo resultado. (Enfermeira)

Nossa!...Trabalhar sozinha jamais! Se você falar para mim se é 100% . . . É 101% trabalhar em equipe. A gente trabalha rindo, brincando, dificilmente a gente briga, discute – muito difícil a gente discutir uma com outra aqui. Eu não seria ninguém trabalhando sozinha... Não dou conta. Eu sou apaixonada com meu trabalho e aqui na hora das veias difíceis, uma chega e fala – na hora . . . que a outra está agarrada com a veia, ela fala: você quer ajuda? (...) é gratificante, eu falo: não é pelo salário e nem pelo valor, porque infelizmente a Prefeitura tá cortando tudo que pode; é pelo coleguismo. (Técnica em enfermagem)

Apesar das reações afetivas contraditórias e ambivalentes, o conteúdo das entrevistas no seu todo e a maior frequência dos códigos dos afetos de amparo/acolhimento entre componentes da equipe (bem-estar) transmitem a prevalência de afetos positivos. Assim, tais resultados corroboram o paradoxo já sublinhando na caracterização das equipes com base na integração versus não integração.

Discussão

A análise fatorial confirmatória aplicada na EPET mostrou que dispomos de um instrumento capaz de mensurar se a equipe de saúde se percebe como tal. Se voltarmos a seus itens, compreendemos que a EPET apreende principalmente a dimensão institucional, envolvendo protagonismo, pró-atividade, ação coletiva e criativa da

equipe, sendo capaz de autonomamente resolver desafios adicionais e rotineiros de suas atividades. Tal dimensão está incluída nos diferenciais do seja a equipe. Entretanto, segundo Lapassade (1974/1989) esse é um diferencial ao lado de outros como o caráter coletivo dos esforços e do compromisso (não uma soma dos individuais).

A análise de conteúdo das entrevistas, por sua vez, corrobora o reconhecimento como equipe pelo caráter instituinte, atrelado à percepção do sentido de utilidade social da equipe e das suas qualidades interacionais, incluindo as possibilidades de superação das incompletudes profissionais pelo coletivo de trabalho. Essa compreensão dos resultados remete à literatura revisada (Barus Michel, 2004; Lapassade, 1974/1989; Peduzzi, 2007; 2001; Sartre 1960/ 2002) que apresenta argumentos sobre o desenvolvimento das equipes a partir do grupo, à medida que estabelecem relações de reciprocidade.

As frequências apontam, entretanto, que há mais reconhecimento da força das duas primeiras dimensões da caracterização da equipe (utilidade social e interação recíproca). Esse aspecto, adicionado ao paradoxo referente à integração percebida na dimensão interacional e a ambivalência dos afetos, nos conduz a compreensão de que, na realidade, o que se observa é um movimento de consolidação da equipe a partir do grupo. Essa compreensão corrobora a literatura (p. ex., Bleger, 2007) no que diz respeito a descrever a equipe como permanentemente em construção.

Compete-nos, então, uma reflexão sobre a capacidade da EPET para apreender a práxis da equipe, o que nos nos conduz, por conseguinte, a propor a complementariedade desse instrumento com questões acerca de sua utilidade social e dimensão interacional. Essa proposta, provavelmente, implicaria numa estrutura trifatorial, tendo em vista poder diferenciar as equipes de saúde no contínuo do movimento de se construir a partir do grupo, caminhando para se identificar como

equipe. Essa proposta delineia alvos a serem atingidos em novas pesquisas e encontra parcial suporte nos resultados da pesquisa de Puente-Palacios & Borba (2009), que também avaliaram características psicométricas do instrumento proposto por Guzzo et al (1993) e obtiveram questionário para apreensão da Potência composto por 24 itens distribuídos em dois fatores: desempenho produtivo e relacionamento social.

Em relação ao paradoxo relativo à integração versus não integração e ambivalência das reações afetivas, compete-nos aqui levantar aspectos acerca de suas origens que vão além dos conteúdos apreendidos nas entrevistas, questionando se poderiam estar contribuindo para manter tal paradoxo, caso sejam considerados quanto a formação profissional do trabalhador, a atuação dos conselhos profissionais, a história social de valorização de determinadas profissões em detrimento a outras e a organização do SUS no que concerne ao que é exigido dos profissionais. Obviamente, que não temos respostas prontas para tudo isto, pois são questões que ultrapassam o escopo da pesquisa planejada. Registramos esses questionamentos, porém, como sugestões para outras pesquisas.

Resumindo destas as contribuições teórica e técnicas da pesquisa, concluímos que atingimos o objetivo estabelecido. Reiteramos que, de fato, dispomos de um instrumento válido para averiguar se os trabalhadores da saúde percebem a equipe e já deixamos caminhos abertos para se seguir aperfeiçoando.

Em referência às possibilidades de aplicação dos resultados, a validade demonstrada da EPET indica que pode ser utilizada amplamente em diagnósticos sobre a Potência das equipes segundo o olhar dos próprios trabalhadores do SUS. Além disso, convém lembrar que a EPET, bem como os resultados e reflexões aqui apresentadas, podem contribuir para dirimir a confusão, mencionada por Ciampone e Peduzzi (2005), entre grupos definidos pelo senso comum e equipes de trabalho.

Acerca das limitações da pesquisa, registramos aqui a concentração dos nossos participantes no município de Belo Horizonte. A complexidade do SUS, com organização e administração nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), e a baixa disponibilidade de recursos para pesquisa no país introduz dificuldades de se conseguir uma abrangência maior da amostra. Nossa sugestão é a operacionalização de novas pesquisas por meio de redes de pesquisadores.

O fato, entretanto, de optarmos por desenvolver a pesquisa exclusivamente com trabalhadores de saúde que atuam em equipes é um ponto que pode contribuir para diminuir as lacunas de pesquisas acerca da equipe em contextos específicos de trabalho no Brasil, como introdutoriamente assinalamos como indicado pela literatura (Puentes-Palacios & Borba, 2009; Puentes-Palacios & Gonzalez-Romá, 2013; Puentes-Palacios, Silva, & Borba, 2015). Consideramos também como ponto forte da pesquisa a combinação de duas técnicas de coleta e análise de dados, além da análise crítica que desenvolvemos, que ultrapassou o que as técnicas estatísticas tradicionalmente utilizadas permitem.

Referências

- Albuquerque, F. J. B., & Puentes-Palacios, K. E. (2004). Grupos e equipes de trabalho nas organizações. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 357-379). Porto Alegre: Artmed.
- Alves Filho, A. A. & Costa, M. T. (2013). Condições de Trabalho e Motivação em Contextos do Sistema Único de Saúde – SUS. *Interface*, 10(1), 56-74. Recuperado de <https://ojs.ccsa.ufrn.br/ojs/index.php?journal=interface&page=issue&op=viewFile&path%5B%5D=56&path%5B%5D=4>
- Andaló, C. (2006). *Mediação grupal: Uma leitura histórico-cultural*. São Paulo: Ágora.
- Araújo, M. B. S. & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 455-464.

- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Barus-Michel, J. (2004). *O sujeito social*. Belo Horizonte: Ed. PUC-Minas.
- Barros, V. A., & Carreiro, T. C. O. (2011). Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In P. F. Bendassolli, & L. A. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade* (pp. 208-226). São Paulo: Editora Atlas.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2000). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes.
- Bleger, J. (2007). *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Borges, L. O. (Org.) (2005). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borges, L. O., Tamayo, A., & Alves-Filho, A. (2005). Significado do Trabalho entre os profissionais de saúde. In L. O. Borges (Org.), *O profissional de saúde e seu trabalho* (pp. 143-198). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borges, L. O., Falcão, J. T. R., Alves Filho, A., Costa, M. T. P., Souza, A. L.R., Leite, C. P. R. L. A., & Barros, S. C. (2013). Questionário de condições de trabalho: reelaboração e estruturas fatoriais em grupos. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 213-225. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
- Borges, L. O., Falcão, J. T. R., Alves-Filho, A., & Costa, T. P. (2015). *Condições de Trabalho*. In P. F. Bendassolli, & J. E. Borges-Andrade, (Org.), *Dicionário Brasileiro de Psicologia do Trabalho e das Organizações* (pp. 227-236). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Costa, M. T. P., Borges, L. O., & Barros, S. C. (2015). Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 15(1), 43-58. doi: 10.17652/rpot/2015.1.490
- Ciamponi, M. H. T., & Peduzzi, M. (2000). Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 143-147. doi: 10.1590/S0034-71672000000700024
- Crevelim, M. A., & Peduzzi, M. (2005). Participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 323-331. doi: 10.1590/S1413-81232005000200010
- D'Ancona, M.A.C. (2002) *Análisis Multivariable. Teoría e Práctica em La Investigación Social*. Madrid: Editorial Síntesis
- Dimenstein, M., & Santos, Y. F. (2005). Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 91-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., & Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(2), 262-268. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Gomes, T. D. & Puente-Palacios, K. E. (2018). Estresse ocupacional, um fenômeno coletivo: evidências em equipes de trabalho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 18(4), 485-493. doi: 10.17652/rpot/2018.4.14415
- Guzzo, R. A., & Shea, G. P. (1992). Group performance and intergroup relations in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Orgs.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 269-313). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Guzzo, R. A., Yost, P. R., Campbell, R. J., & Shea, G. P. (1993). Potency in groups: articulating a construct. *British Journal of Social Psychology*, 32, 87-106. doi: 10.1111/j.2044-8309.1993.tb00987.x
- Hackman, R. (1987). The design of work teams. In J. W. Lorsch (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior* (pp. 315-342). EnglewoodCliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lapassade, G. (1989). *Grupos, organizações e instituições*. (H. A. A. Mesquita, trad.) Rio de Janeiro. Livraria Francisco Alves Editora. (Originalmente publicado em 1974)
- Marqui, A. B. T., Jahn, A. C., Resta, D. G. Colomé, I. C. S., Rosa, N., & Zanon, T. (2010). Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 956-961. doi: 10.1590/S0080-62342010000400014
- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416. doi: 10.1590/S0102-311x2004000500037
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 1927-1936. doi: 10.1590/0102-311X00099513
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016
- Peduzzi, M. (2007). Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In R. P. Pinheiro, M. E. Barros de Barros, & R. A. Mattos (Orgs.), *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp.161-177). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. Recuperado de <http://www.lappis.org.br/site/o-que-fazemos-sp-1348150660/publicacoes/233>

- Pietro, C. (1994). *Los Trabajadores y sus condiciones de trabajo*. Madri: Ediciones HOAC.
- Puente-Palacios, K., & Borba, A. C. P. (2009). Equipes de trabalho: fundamentos teóricos e metodológicos da mensuração de seus atributos. *Avaliação Psicológica*, 8(3), 369-379. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.
- Puente-Palacios, K., Andrade Vieira, R., & Freire, R. A. N. (2010). O impacto do clima no comprometimento afetivo em equipes de trabalho. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 311-322.
- Puente-Palacios, K., Almeida, R. S., & Rezende, D. V. (2011). O impacto da interdependência no trabalho sobre a efetividade de equipes. *Organizações & Sociedade*, 18(59), 605-623. <http://www.spell.org.br/documentos/ver/7263/o-impacto-da-interdependencia-no-trabalho-sobre-a-efetividade-de-equipes-/i/pt-br>
- Puente-Palacios, K., & González-Romá, V. (2013). Gestão de equipes de trabalho. In L. O. Borges, & L. Mourão (Orgs.), *O Trabalho e as Organizações* (pp. 311-338). Porto Alegre: Artmed.
- Puente-Palacios, K., & Albuquerque, F. J. B. (2014). Grupos e equipes de trabalho nas organizações. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil* (pp. 357-379). Porto Alegre: Artmed.
- Puente-Palacios, K., Silva, R. D., & Borba, A. C. P. (2015). Potência em equipes de trabalho. In K. Puente-Palacios, & A. L. A. Peixoto, (Orgs.), *Ferramentas de diagnóstico para organizações e trabalho: Um olhar a partir da Psicologia* (pp. 187-205). Porto Alegre. Artmed.
- Ramos, J., Peiró, J. M., & Ripoll, P. (2002). Condiciones de trabajo y clima organizacional. In J. M. Peiró, & F. Prieto (Orgs.), *Tratado de Psicología del Trabajo: La actividad laboral en su contexto* (pp. 37-92). Madrid: Síntesis Psicología.
- Ribeiro, E. M., Pires, D., & Blank, V. L. G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 438-446. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200011
- Rocha, E. C. A., & Araújo, M. A. D. (2009). Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal-RN. *Revista de Administração Pública-RAP*, 43(2), 481-517. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a10.pdf
- Santos, M. A. M. & Cutolo, L. R. A. (2003). A interdisciplinaridade e o trabalho de equipe no programa de saúde da família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 32(4), 65-74. Recuperado de http://www.acm.org.br/revista/index_revista.php
- Sartre, J. P. (1961). *O existencialismo é um humanismo*. (Ferreira, trad.). Lisboa: Editorial Presença. (Originalmente publicado em 1946)

- Sartre, J. P. (2002). *Crítica da razão dialética: precedido por questões de método*. (Teixeira, trad.). Rio de Janeiro: DP&A. (Originalmente publicado em 1960)
- Severo, S. B., & Seminotti, N. (2010). Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 1685-1698. doi: 10.1590/s141381232010000700080
- Scherer, M. D. A., & Pires, D. (2009). A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho de saúde da família na percepção dos profissionais de saúde. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, 3(2), 30-42. Recuperado de www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/730/739
- Siqueira, M. M. M., Martins, M. C. F., Costa, L.V., & Abad, A. Z. (2014). Potência de equipes de trabalho. In M. M. M. Siqueira, (Org.), *Novas Medidas de Comportamento Organizacional: Ferramentas de Diagnóstico e de Gestão* (pp. 258-263). Porto Alegre. Artmed.
- Trad, L. A. B., & Rocha, A. A. R. M. (2011). Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1969-1980. doi: 10.1590/S1413-81232011000300031
- Vasconcelos, E. M. (Org.). (2010). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez.
- Zanella, A. V. & Pereira, R. S. (2001). Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 6(1), 105-114. doi: 10.1590/S1413-294X2001000100011

Capítulo 3

**Questionário de Condições de Trabalho (QCT) para Trabalhadores de
Equipes de Saúde**
Working Conditions Questionnaire (WCQ) to Workers' Health Teams
**Cuestionario de Condiciones de Trabajo (CCT) para Trabajadores de Equipos de
Salud**

Resumo

Objetivo. Considerando que nos produzimos por meio de nossas ações em conformidade às condições de trabalho, planejamos a pesquisa com o objetivo de evidenciar a validade do Questionário de Condições de Trabalho (QCT) para trabalhadores de equipes do Sistema Único de Saúde (SUS). **Relevância.** Perseguir tal objetivo importa, considerando as necessidades de realizar diagnósticos acurados que subsidiem ações de gestores, profissionais e usuários no contexto do SUS. **Método.** Participaram da pesquisa, 434 trabalhadores de Belo Horizonte e de outros municípios de Minas Gerais. Adotamos análise fatorial exploratória para identificar quais fatores empíricos compõem cada categoria das condições de trabalho e partimos dos seus resultados para aplicar análise fatorial confirmatória, avaliando então a validade convergente e discriminante. **Síntese dos resultados.** Os índices de ajuste dos modelos fatoriais estabelecidos para o QCT atestaram que os fatores encontrados e seus respectivos itens representam as categorias das condições de trabalho, validando esse questionário com trabalhadores da saúde. **Considerações.** O QCT está adequado para ser usado em diagnósticos ocupacionais, podendo inclusive contar com versão simplificada.

Palavras-chave: condições de trabalho, relações de trabalho, profissionais de saúde, avaliação psicológica, análise fatorial.

Abstract

Objective. Considering that we product us through of our actions in conformity to working conditions, we plan the research with the objective of showing the validation to Working Conditions Questionnaire (WOQ) to workers' team in the Unique System of Health. **Relevance.** Aiming such objective is relevant, if we consider the necessities of carrying out accurate diagnoses that support actions of managers, professions and people that use the services. **Method.** In the research field, 434 workers participated in

Belo Horizonte and other cities of Minas Gerais state. We adopted exploratory factor analysis to identify empiric factors to each categories of working conditions and, for consequence, we used their results to apply confirmatory factor analysis. Then, we evaluated the convergent and discriminant validate. **Synthesis of results.** The indices of adjust of factorial model to WOQ attested that the found factors and their items represent the categories of working conditions, validating this questionnaire to health workers. **Considerations.** The WOQ is suitable to occupational diagnoses, including the simplified version.

Keywords: working conditions, relationship of working, health professions, psychological evaluation, factor analysis.

Resumen

Objetivo. Considerando que nos producimos por intermedio de nuestras acciones en conformidad a las condiciones de trabajo, planeamos la investigación con el objetivo de evidenciar la validez del Cuestionario de Condiciones de Trabajo (CCT) para trabajadores de equipos del Sistema Único de Salud (SUS). **Relevancia.** La consecución de tal objetivo es importante, considerando las necesidades de desarrollar diagnósticos exactos que subsidien acciones de gestión, profesionales y de usuarios en el contexto del SUS. **Método.** Participaron de la investigación, 434 trabajadores de Belo Horizonte y de otros municipios de la provincia de Minas Gerais. Adoptamos análisis factorial exploratoria para identificar cuales factores componen cada categoría de las condiciones de trabajo y partimos de sus resultados para aplicar análisis factorial confirmatoria, evaluando entonces la validez convergente y discriminante. **Síntesis de los resultados.** Los índices de ajuste de los modelos factoriales establecidos para o CCT atestaron que los factores encontrados y sus respectivos ítems representan las categorías de las condiciones de trabajo, validando este cuestionario con trabajadores de la salud. **Consideraciones.** El CCT está adecuado para el uso en diagnosis ocupacionales, pudiendo incluso contar con una versión más corta. **Palabras claves:** condiciones de trabajo, relaciones de trabajo, profesionales de salud, evaluación psicológica, análisis factorial.

O contínuo processo de intervenção no mundo por meio do trabalho possibilita ao homem transformar a realidade e a sua existência, à medida que desenvolve uma rede de relações sociais, percebendo-se responsável por aprimorar e transmitir às gerações o saber constituído nas trocas de experiências em grupo (Carreteiro & Barros, 2011; Lhuilier, 2014). Então, produzindo o seu viver a partir das condições objetivas do ambiente, o homem se vincula ao objeto de sua atividade, a seus pares e ao resultado de seus esforços, elaborando sua história com base nas relações engendradas nas trocas sociais (Clot, 2006; Marx & Engels, 1847/1986; Sartre, 1946/1961).

O patrimônio criado pela humanidade revela a forma como o homem se estabeleceu no mundo como espécie. O modo como o homem se relaciona com o resultado de suas ações no mundo resulta da sua trajetória dentro do grupo de pertencimento. Portanto, sua percepção sobre sua existência e sobre o resultado de seu trabalho será mediado pelas condições espaciais, temporais, técnicas, organizacionais do contexto, bem como pelos relacionamentos estabelecidos na situação de trabalho (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, 2001). Assim, para uma compreensão sobre o trabalho é necessário considerá-lo desde as condições materiais que o cercam às influências recebidas do contexto social e às dimensões históricas que dele fazem parte (Carreteiro & Barros, 2011).

Identificar as condições de trabalho, portanto, contribui para que conheçamos como o homem se relaciona com os resultados de suas ações. Sem perdermos de vista que a atividade resulta dos acordos desenvolvidos nas relações estabelecidas na situação de trabalho, a percepção do trabalhador sobre as condições de trabalho deve ser considerada como um atributo decorrente das relações vividas no coletivo laboral e não apenas da experiência individual. As condições de trabalho são, entretanto, diversas e/ou complexas, sendo um problema metodológico abordá-las de forma suficientemente abrangente.

O Questionário de Condições de Trabalho, QCT (Borges et al., 2013), é uma medida que avalia a percepção das condições de trabalho para profissionais especializados – professores do setor privado e profissionais de saúde atuantes em hospital público. Planejamos, então, pesquisar as evidências de validade do QCT, quando utilizado com trabalhadores de equipes do Sistema Único de Saúde (SUS). Serviços de saúde são essenciais na sociedade (Batista Júnior, 2016; Mendes, 2013; Paim, 2013; Siqueira, 2013) e contarmos com instrumento que apoie o diagnóstico de

condições de trabalho, ampliando o conhecimento acerca do relacionamento entre profissionais de saúde, e suas ações será relevante aos gestores, profissionais e usuários.

Condições de Trabalho

O interesse pelas condições de trabalho intensificou-se desde as últimas décadas do século XX em decorrência do desmoronamento da sociedade de bem-estar nos países capitalistas, da evolução das tecnologias de informação e comunicação e da adoção de novos modelos de gestão nas organizações (Blanch, 2003; Castel, 1995/2008). Provavelmente, tal intensificação de interesse tende a seguir na atualidade com o avanço das mudanças conhecidas como quarta revolução industrial (Schwab, 2016), haja vista abarcar tendências de redução do emprego e aumento da precarização no trabalho (Antunes, 2018; Hewison, 2016; Kalleberg, 2009, 2016; Organização Internacional do Trabalho, OIT, 2017; Standing, 2013), bem como previsões de profundas mudanças no exercício de profissões de nível superior como ocorre na saúde (Susskind & Susskind, 2017).

O interesse pelo tema tem se expressado em iniciativas como a elaboração do conceito de trabalho decente pela OIT (2009) e a implantação do Observatório das Condições de Trabalho pela European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions⁷, bem como em tentativas de sistematização e síntese do conhecimento produzido (p. ex., Blanch, 2003; Pietro, 1994; Ramos, Peiró, & Ripoll, 2002).

Entretanto, Ramos et al. (2002) seguiu apontando o uso predominante da expressão, condições de trabalho, sem partir de uma conceituação clara. Destacaram as contribuições de Prieto (1994), quem chamou a atenção para a importância de levarmos em conta os aspectos do entorno do cargo e os aspectos que caracterizam o fazer do trabalhador, o que, em suma, abrange o conteúdo e organização da atividade. As condições de trabalho deveriam, então, ser compreendidas a partir de sua interseção com a situação do mercado de trabalho, uma vez que este regula os processos de produção e a relação existente entre as organizações e os trabalhadores.

Prieto (1994) identificou uma extensa variedade de elementos que também devem ser considerados sob a denominação de condições de trabalho, demonstrando a

⁷ Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound) cuja missão é contribuir com investigações e obtenção de conhecimentos que auxiliem o planejamento e estabelecimento de melhores condições de vida e de trabalho na Europa. Conforme https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/eurofound_pt

necessidade de estarmos atentos aos aspectos relacionados às condições jurídicas das contratações, às oscilações entre oferta e escassez de postos de trabalho, à natureza das oportunidades de trabalho, aos critérios de seleção adotados pelas organizações e à regulação que o mercado de trabalho exerce sobre as vidas humanas. Para ele, as condições de trabalho não podem ser pensadas apenas a partir de critérios físicos tais como calor, ruído, esforço, físico ou da valorização social da ocupação. Devemos considerar também os conteúdos que resultam da experiência do trabalhador no exercício de sua atividade profissional.

Prieto (1994) classificou esses aspectos da atividade subjacentes às condições de trabalho conforme critérios de condições do ambiente físico, condições de carga física, de carga mental, em relação aos aspectos psicossociais e temporais do trabalho indicando, portanto, que as condições de trabalho se apresentam entrelaçadas ao contexto de vida das pessoas.

Para Ramos et al. (2002), uma compreensão detalhada sobre as condições de trabalho pode esclarecer como afetam a conduta, a experiência e os resultados da atividade dos trabalhadores. Eles, então, propuseram uma classificação das condições de trabalho sem delimitá-las em categorias fechadas, pois seus aspectos podem ser caracterizados de acordo com mais de um critério de classificação e são situacionalmente dinâmicos e históricos. Esses autores apresentaram as condições de trabalho agrupadas em seis diferentes categorias: condições de emprego, condições ambientais, condições de segurança, características da tarefa ou conteúdo do cargo, processos de trabalho e condições sociais e organizacionais.

Blanch (2003) considerou as condições de trabalho como um conjunto de circunstâncias que incidem tanto sobre a experiência de trabalho, quanto sobre as dinâmicas das relações na atividade humana, variando conforme o período e o local de realização da atividade. Classificou-as em: condições de contratação, de ambiente físico, de ambiente social, condições de segurança e higiene do trabalho, condições de realização da tarefa, do papel do trabalhador na organização, dos processos de trabalho, dos tempos e prazos para execução do trabalho e condições de clima organizacional.

Prosseguindo no empenho de organizar os componentes das condições de trabalho, Borges, Rocha-Falcão, Alves Filho e Costa (2015) elaboraram uma síntese considerando as categorias gerais (Tabela 1) das condições de trabalho: condições contratuais e jurídicas, condições físicas e materiais, processos e características da atividade e condições do ambiente sociogerencial.

Tabela 1: *Categorias das condições de trabalho (Taxionomia)*

Categorias	Conceitos
1) Condições contratuais e jurídicas	Referem-se ao conjunto de aspectos jurídicos (autônomo versus emprego), contratuais (formal ou informal), de estabilidade do contrato (instável ou estável) e às modalidades de contrato formal (temporário, por tempo indefinido). Abrange ainda aspectos como o sistema de incentivo (retribuições) e a jornada de trabalho.
2) Condições físicas e materiais	São os componentes mais concretos. Referem-se ao entorno das atividades de trabalho no que diz respeito às condições físicas, ao espaço arquitetônico e instalações, às condições de segurança física e/ou material e ao impacto do espaço geográfico e das condições climáticas.
3) Processos e características da atividade	Abrangem os aspectos referentes ao conteúdo das atividades de trabalho, à organização e divisão do trabalho, as demandas do posto de trabalho, os modos de execução das atividades e ao desempenho do trabalhador.
4) Condições do ambiente sociogerencial	Diz respeito às interações interpessoais (sejam horizontais ou verticais), às práticas sociais relativas à gerência ou gestão, quando se trata do trabalho na forma de emprego (pois que as condições de trabalho adquirem uma dimensão organizacional) e decorrentes da inserção no mercado de trabalho (parcerias, redes de trabalho formais ou informais, etc.)

Fonte: Borges et al. (2015, p. 230)

A partir do questionário desenvolvido pelo European Working Conditions Observatory, utilizado em estudos realizados pela European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (<http://www.eurofound.ie>), e da categorização sobre condições de trabalho citada (Tabela 1); Borges et al. (2013) elaboraram o QCT cujos itens estão distribuídos dentre 14 questões escalares das 35 que o compõem⁸. Eles exploraram a variação das estruturas fatoriais desse instrumento conforme a ocupação focalizada e, para isso, realizaram *surveys* entre os quais um com 264 trabalhadores que exerciam atividade especializada, ou seja, uma amostra composta por 145 professores de centro de educação superior de Minas Gerais (setor privado) e 119 profissionais de saúde de hospitais universitários da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. As questões referentes a três categorias – condições físicas e materiais, processos e características da atividade e condições do ambiente

⁸ Nas questões escalares, o QCT apresenta: 44 itens na questão 19 (da categoria Condições Físicas e Materiais); 56 itens apresentados nas questões 20 até 29 (em Processos e Características da Atividade) e 32 itens desde a questão 31 até 33 (em Condições do ambiente sociogerencial). As demais questões do QCT são estruturadas com alternativas nominais.

sociogerencial – previam alternativas de respostas em escala de frequência (de 1=nunca a 5=sempre). Aplicaram análise fatorial exploratória às respostas ao QCT por categorias citadas. Os fatores encontrados (Tabela 2) apresentaram coeficientes *alfa de Cronbach*, variando de 0,58 a 0,90. Consideramos que a amostra do estudo antecedente abrangia a heterogeneidade de docentes e profissionais de saúde e que isto pode ter contribuído para algumas fragilidades ali identificadas como seis fatores com coeficientes alfa de Cronbach entre 0,58 a 0,75. Aqui, então, focalizaremos exclusivamente profissionais de equipes de saúde. Além disso, a literatura (p. ex., Blanch, 2003; Borges et al., 2013; Ordaz Castillo & Maqueda Blasco, 2014) aponta na direção de que a percepção das condições de trabalho são contingentes as ocupações e a aspectos conjunturais. Por isso, esperamos encontrar estrutura fatorial distinta para o QCT.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa, 452 trabalhadores de equipes multiprofissionais de saúde de Belo Horizonte (87,4% deles) e de outros municípios mineiros (Leopoldina, Manhuaçu, Jequitinhonha, Viçosa, Juiz de Fora, Itabirito, Ribeirão das Neves e Sete Lagoas). Responderam aos questionários em dois formatos: 150 participantes usaram formulário eletrônico (*online*); e 302, formulário impresso em papel.

Os participantes da pesquisa atuavam no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que 87% deles se identificaram como efetivamente empregados na organização onde realizavam seu trabalho. Os demais se apresentaram como trabalhador terceirizado (2,9%) ou não especificaram o vínculo contratual à organização (10,1%).

Considerando a ocupação, os participantes eram: 18,1%, enfermeiros; 15%, médicos; 12,2%, agentes comunitários de saúde; e 10%, técnicos de enfermagem. Os demais se dispersaram entre ocupações, como: assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e trabalhadores em funções administrativas.

Na amostra, 355 pessoas (78,5%) declararam-se do sexo feminino, 95, do masculino (21%) e duas (0,4%) não indicaram o sexo. A maior proporção (46% da amostra) cursou ensino superior completo e pós-graduação. Concentravam-se mais na faixa etária de 31 a 40 anos de idade (37%) e no grupo que exercia o trabalho atual há 5 a 10 anos (49% da amostra). Os participantes recebiam diferentes remunerações: 35,4% deles, de R\$ 560,00 a R\$ 2.400,00; 32,1% deles, de R\$ 2.400,00 a R\$ 5.400,00; 26,1%, de R\$ 5.400,00 a R\$14.000,00; 4,0%, acima de R\$ 14.000,00 e 1,8% não responderam.

Tabela 2 – *Fatores de condições de trabalho para profissionais de saúde e docentes*

	Fatores	Conceitos
Condições físicas e materiais	Aspectos psicobiológicos (PVE= 0,22; α = 0,90)	Perceber-se exposto a riscos do ambiente físico e material que podem ter impacto na saúde corporal e psíquica.
	Espaço de trabalho (PVE=0,10; α = 0,73)	Perceber-se exposto a realizar as atividades dentro de instalações específicas da organização e/ou quando é necessário ser realizado no campo e no espaço virtual.
	Aspectos fisicoquímicos (PVE= 0,08; α =0,64)	Perceber-se exposto a aspectos do ambiente físico e material do trabalho, como a presença de vapores, fumaça e poeira; temperatura e iluminação.
	Exigências de esforço físico (PVE= 0,06; α =0,81)	Percebe-se exposto a atividades de trabalho que exigem uma execução mecânica e movimentos repetitivos, com uso de máquinas e equipamentos.
	Riscos de acidentes (PVE=0,05; α =0,82)	Percebe-se exposto a: diferentes riscos de acidentes de pequeno porte, incapacitantes e fatais.
Processos e características da atividade	Espaço de Autonomia (PVE= 0,13; α = 0,81)	Contar na organização do trabalho com a possibilidade de decidir autonomamente pelos métodos, planejamento e ritmo do que se realiza. Espaço de ação.
	Complexidade, Responsabilidade e Rapidez (PVE=0,10; α = 0,75)	Quanto se exige do trabalhador execução de tarefas complexas, rapidez, responsabilidade por danos e iniciativa diante do imprevisto.
	Organização do Tempo (PVE= 0,09; α =0,72)	Quanto de autonomia se dispõe para organizar o próprio trabalho no tempo, planejar intervalos, folgas e férias.
	Estímulo à colaboração (PVE=0,05; α =0,63)	Quanto é possível contar com a colaboração dos pares e colaborar com eles na realização do trabalho.
Condições do ambiente sociogerencial	Fatores	Conceitos
	Organização das atividades (PVE= 0,27; α = 0,81)	Diz respeito à natureza e distribuição das atividades no ambiente de trabalho. Revela aspecto da percepção do participante sobre o exercício da função gerencial organizativa, o que justifica a denominação.
	Infraestrutura e Pressão (PVE=0,11; α = 0,90)	Refere-se a pressões diretas e indiretas (por meio da fragilidade infraestrutural): exposição a situações de falta de equipamentos e material de trabalho; percepção de exigências desproporcionais às condições de infraestrutura.
	Oferta de Informação de Saúde (PVE= 0,08; α =0,88)	Diz respeito à percepção dos participantes sobre ações gerenciais de prevenção a acidentes de trabalho e a problemas de saúde ocupacional, informando o trabalhador sobre os riscos existentes.
	Discriminação Social (PVE= 0,07; α =0,58)	Refere-se à sujeição dos participantes a situações de discriminação baseadas em traços pessoais (por exemplo: idade, altura, cegueira, sexo). Alude, portanto, a percepção do participante acerca do gerenciamento na organização que minimize ações discriminatórias.
	Participação (PVE=0,05; α =0,63)	Itens referentes à percepção dos participantes sobre as práticas interativas de consulta sobre mudanças na organização do trabalho e de abertura ao diálogo em torno do desempenho no trabalho.
	Violência (PVE=0,05; α =0,80)	Itens que aludem a ameaças de violência físicas, agressões verbais, intimidações, perseguições e discriminação sexual. Refere-se, à amistosidade das relações interpessoais.
Ambiente Conflitante (PVE=0,04; α =0,80)	Itens descrevem a percepção do participante no que se refere às possibilidades de ser envolvido em conflitos interpessoais e em situações que divergem de seus valores e princípios.	

Legenda: PVE = Percentual da variância explicada; α = Coeficiente Alfa de Cronbach.Fonte: Adaptado de Borges et al. (2013)

Instrumentos

Utilizamos uma ficha sociodemográfica para caracterizar os participantes da pesquisa e o QCT (Borges et al., 2013) do qual temos o objetivo de examinar as

evidências de validade e consistência. O QCT abrange questões referentes às quatro categorias das condições de trabalho especificadas na Tabela 1. As questões referentes às condições contratuais e jurídicas preveem como respostas alternativas nominais e as referentes às demais categorias conformam-se à seguinte escala: 1= nunca; 2= raramente; 3=algumas vezes; 4=muitas vezes; 5=sempre; 6= não se aplica. Essas questões escalares mensuram os fatores identificados na Tabela 2.

Procedimentos de campo

Inicialmente, obtivemos a anuência da Gerência de Assistência (GEAS) e da Gerência de Educação em Saúde (GEDS) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, bem como da Coordenadoria Estadual de Atenção Especializada de Minas Gerais e dos Secretários Municipais de Saúde dos municípios sede do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE). Os questionários foram, então, aplicados no período de Julho de 2017 a Fevereiro de 2018, através de formulário eletrônico, via internet, e no formato impresso em papel. Em ambos os formatos, os questionários eram antecedidos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimentos de análise dos dados

Registramos as respostas aos questionários na forma de banco de dados do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), tendo em vista descrever a amostra, realizar análises preliminares e desenvolver análise fatorial exploratória. Nas análises preliminares, consideramos o uso da alternativa “não se aplica” como respostas em branco e eliminamos os casos com mais de 50% de respostas em branco. Em seguida, substituímos as respostas em branco pela média das respostas de cada questão. Verificamos os casos em que havia 25 ou mais respostas concentradas em uma única pontuação da escala para que também fossem eliminados. Desse modo, o banco de dados final totalizou 434 participantes.

Examinamos a normalidade da distribuição das respostas por itens, considerando os gráficos de frequência disponíveis e os coeficientes de assimetria e curtoses, e eliminamos os itens que apresentavam um desses coeficientes maior que 2,00 (Damásio, 2012; Cea D’Ancona, 2004; Maroco, 2014). Acerca das *communalities*, identificamos os itens com valores abaixo de 0,30 e aqueles com valor maior que 0,70. Examinamos, em seguida, estes itens na matriz de correlações e eliminamos aqueles que apresentavam

coeficientes abaixo de 0,30 (itens outliers) com todos os demais itens, ou, com coeficientes superiores a 0,70 (multicolinearidade).

Para definição do número de fatores, consideramos a magnitude dos *eigenvalues* e o gráfico *scree plot*. Adotamos ponto de corte de 0,35 para inclusão dos itens nos fatores, o que acarretou a eliminação daqueles com carga inferior a esse critério na apresentação da matriz fatorial. As soluções fatoriais encontradas foram também aceitas mediante avaliação conceitual com base na literatura consultada, e se, parcimoniosamente, apresentavam solução viável.

Considerando a amostra como segmento ocupacional diferente de estudo antecedente (Borges et al., 2013), optamos por aplicar análises fatoriais exploratórias (AFE) para cada uma das três categorias das condições de trabalho com itens escalares no QCT, utilizando a técnica dos eixos principais (Principal Axis Factoring, PAF). Adotando, então, os resultados das AFEs como modelos hipotéticos (Tabela 6, na seção dos resultados), transferimos o banco de dados (n=434) para o software *Linear Structural Relationships* (LISREL) e realizamos análise fatorial confirmatória (AFC) para cada uma das categorias com respostas escalares, com objetivo de verificar a validade convergente (quanto os itens estavam relacionados aos fatores) e discriminante entre fatores.

Resultados

Análise Fatorial Exploratória

Os resultados da AFE (Tabela 6) revelaram os fatores empíricos que compõem cada categoria das condições de trabalho para os profissionais de saúde, segundo o QCT. Entre os indicadores de consistência encontrados, há um fator com coeficiente alfa de Cronbach de 0,64 e todos os demais variam de 0,70 a 0,88. A análise da fatorabilidade realizada para a matriz de dados através do método Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) corroborou a adequação da AFE com relação às três categorias do QCT cujas respostas são escalares.

Condições físicas e materiais

Adotamos rotação oblíqua na AFE para a categoria condições física e materiais, pois identificamos existência de correlação de 0,47 entre o primeiro e terceiro fatores. Dos itens referentes a essa categoria, eliminamos itens por carga inferior ao ponto de

corte⁹ pelos coeficientes de assimetria e curtose, por ser *outliers* e por apresentarem multicolinearidade¹⁰.

Obtivemos um conjunto com três fatores que explicou um total de 40,3% da variância, sendo Riscos Psicobiológicos o fator responsável pelo maior percentual de variância (PVE) para essa categoria. Esse resultado evidencia a frequente exposição do trabalhador a agentes patogênicos e a exigências psíquicas que impactam na preservação de sua saúde. O fator Ambiente Físico agregou itens referentes à configuração do local onde a atividade é realizada, seja dentro dos centros de atendimento em saúde ou externamente a eles no caso de visitas domiciliares aos pacientes ou atendimento nas vias e albergues públicos. O fator Equipamentos e Materiais resume a percepção do trabalhador sobre as máquinas e instrumentos auxiliares na avaliação do estado de saúde do paciente. Esse fator apresentou correlação mais forte ($r=0,47$) com o de Riscos Psicobiológicos, provavelmente porque equipamentos de proteção individual – tais como luvas de látex, máscaras respiratórias, aventais e toucas – são utilizados para execução de tarefas, considerando a frequente exposição dos trabalhadores da saúde a agentes patogênicos.

Processos e Características da Atividade

Adotamos rotação Varimax para AFE da categoria processos e características da atividade. Eliminamos alguns itens por cargas fatoriais abaixo do ponto de corte¹¹, por apresentarem assimetria, curtose e por comportarem-se como *outliers*¹². Situações de multicolinearidade não foram encontradas.

A solução fatorial encontrada está composta por quatro fatores, explicando 33% da variância total, sendo Desafios o fator com maior PVE. Além disso, Controle também foi discriminado como fator, mas Autonomia e Parcerias apresentaram valores próximos entre si considerando o PVE desses fatores.

⁹ Itens eliminados por não apresentarem carga suficiente: QCT19.14; QCT19.28; QCT19.36.

¹⁰ Itens eliminados por assimetria: QCT19.6, QCT19.8, QCT19.13, QCT19.15, QCT19.16, QCT 19.17, QCT19.24, QCT19.29, QCT19.30, QCT19.37; por curtose: QCT19.6, QCT19.8, QCT19.13, QCT19.15, QCT19.16, QCT19.17, QCT19.24, QCT19.29, QCT19.30, QCT19.37; por *outliers*: QCT19.18, QCT 19.25; e com multicolinearidade: QCT 19.34.

¹¹ Itens eliminados por não apresentarem carga: QCT25.6, QCT20.3, QCT20.6, QCT21.2, QCT25.10, QCT27.2, QCT27.1, QCT26.1, QCT25.4.

¹² Itens eliminados por apresentarem assimetria: QCT20.4, QCT20.7, QCT23.1, QCT 25.8, QCT28.1, QCT29.2; por apresentarem curtose elevada: QCT20.4, QCT20.5, QCT20.7, QCT20.8, QCT23.1, QCT28.1, QCT29.2 e por representarem *outliers*: QCT20.2 QCT20.3 QCT 20.6, QCT22.1, QCT22.2 QCT22.3 QCT22.4 QCT22.5, QCT23.4 QCT 23.5 QCT23.7 QCT23.9 QCT25.4, QCT25.5, QCT25.6, QCT25.7, QCT25.10, QCT26.1, QCT27.1, QCT27.2, QCT27.3, QCT27.6, QCT27.7.

Tabela 3 – Síntese dos resultados nas análises fatoriais exploratórias

Fatores	Itens	α
Condições Físicas e Materiais (KMO=0,81)		
Riscos psicobiológicos PVE= 23,62	Perceber-se exposto a riscos que o ambiente físico e material oferece e podem ter impacto à saúde física e psíquica (QCT19.19, QCT 19.22, QCT19.21, QCT 19.20 e QCT19.26)	0,80
Ambiente PVE=9,26	Perceber-se exposto às características do ambiente físico (QCT19.44, QCT19.32, QCT19.4, QCT19.9 e QCT19.3)	0,64
Equipamentos e Materiais PVE=7,26	Perceber-se exposto às características dos equipamentos e à qualidade dos materiais utilizados na atividade. (QCT19.1, QCT19.35, QCT19.2, QCT19.33, QCT19.10, QCT19.27, QCT19.43 e QCT19.31)	0,80
Processos e Características da Atividade (KMO=0,78)		
Desafios PVE=13,72	Perceber-se exposto a desafios intelectuais e afetivos na situação de trabalho (QCT25.12, QCT25.13, QCT23.6, QCT25.14, QCT23.3, QCT23.7, QCT28.3)	0,76
Controle/ Prescrições PVE=8,64	Perceber-se submetido aos protocolos, normas e procedimentos para realização da atividade (QCT24. 2 QCT24.1 QCT24.3 QCT25.5 QCT25.11 QCT27.6)	0,76
Autonomia PVE=5,83	Perceber-se submetido ao monitoramento e às expectativas exercidos pela chefia, colegas de trabalho e clientela. Percepção do próprio espaço de ação (QCT22.5, QCT23.4, QCT23.5, QCT23.8, QCT22.3, QCT21.1, QCT27.3, QCT22.1, QCT22.4)	0,72
Parcerias/colaboração PVE=5,12	Perceber oportunidades para estabelecer parcerias e trocas de conhecimento e experiências na situação de trabalho (QCT25.2, QCT27.5, QCT27.4, QCT26.2, QCT25.1, QCT25.3 e QCT25.9).	0,70
Ambiente Sociogerencial (KMO=0,88)		
Contradições PVE=31,56	Perceber-se exposto às contradições existentes entre as regras e prescrições para realização da tarefa e o contexto da atividade (QCT32.9, QCT32.10, QCT32.6, QCT32.7, QCT32.8, QCT32.4, QCT32.5, QCT32.12 e QCT32.1)	0,88
Informações PVE=13,38	Perceber oportunidades para obter informações sobre riscos do contexto de trabalho QCT31.5 e QCT31.6	0,86
Violência PVE=7,66	Perceber-se exposto a situações de violência no trabalho (QCT33.2, QCT33.4 e QCT33.1)	0,82
Oportunidade para Diálogo/ Protagonismo PVE=6,97	Perceber possibilidades de participação nas decisões sobre a organização do trabalho QCT31.4, QCT31.1 e QCT31.2	0,70

*PVE: percentual de variância explicada; α : Alfa de Cronbach. •.

Condições do ambiente sociogerencial

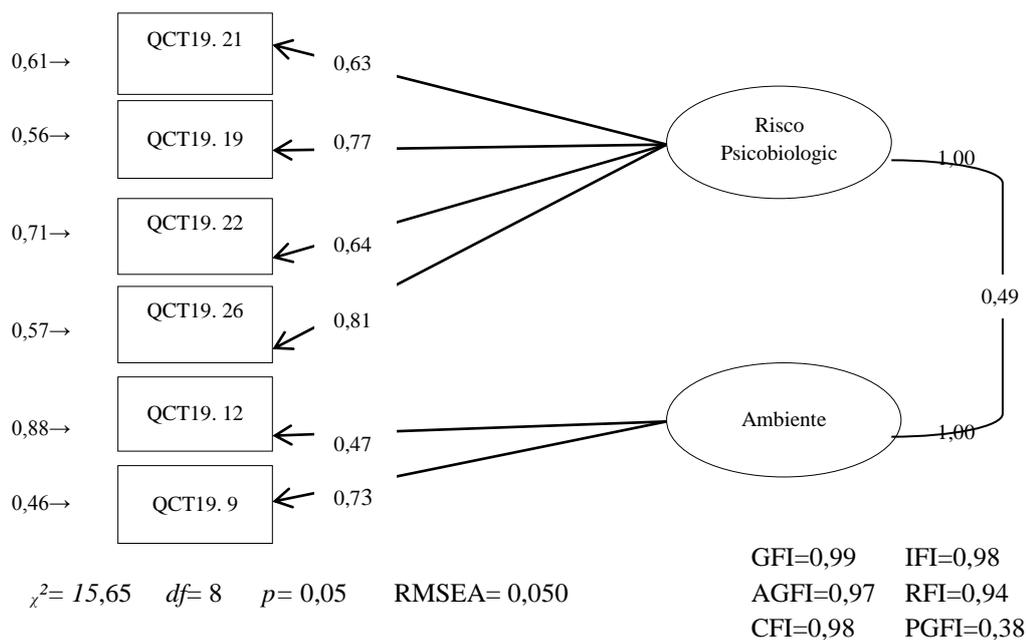
Foi utilizada rotação oblíqua para AFE, havendo correlação de -0,61 entre o primeiro e terceiro fatores e de 0,35 entre o terceiro e o quarto fatores. A matriz fatorial obtida não apresentou itens com cargas fatoriais de valor inferior ao ponto de corte 0,35. Itens foram eliminados por assimetria, por curtose e quando se apresentavam como outliers ou com multicolinearidade¹³.

A solução encontrada discriminou quatro fatores com 59,5% de explicação da variância total, sendo Contradições o fator com maior PVE para a categoria condições do ambiente sociogerencial (4,5 vezes maior que a PVE do quarto fator). Os fatores Violência e Oportunidade para Diálogo/Protagonismo apresentaram semelhança entre os PVE e correlação ($r=0,35$) entre si.

Análise Fatorial Confirmatória

Para a categoria condições físicas e materiais, a AFC apresentou solução com dois fatores: Risco Psicobiológico e Ambiente (Figura 1). Com índices de ajuste adequados, o modelo identificado na AFC reduziu o resultado da AFE, ganhando mais parcimônia. O fator Riscos foi discriminado já que a presença de agentes físicos patogênicos no ambiente é inerente às atividades na área da saúde. Ambiente, também identificado como fator, evidencia a percepção do trabalhador sobre como as características da configuração física do local de trabalho determinam seu modo de agir, conforme realize a atividade no interior dos centros de saúde ou realize visitas domiciliares. Porém, o fator Equipamentos e Materiais, identificado na AFE, foi suprimido nos resultados da AFC. Na AFE, tal fator havia se apresentado correlacionado ao primeiro. O resultado da AFC revelou correlação ($\phi=0,49$) entre essas variáveis latentes, indicando adequada validade discriminante ($\phi \leq 0,60$ para Malhotra, Lopes, & Veiga, 2014). Os indicadores de ajustes de uma maneira geral indicaram adequação do modelo, apesar de que o coeficiente quiquadrado tenha sido significativo.

¹³ Itens eliminados tanto por assimetria e quanto por curtose elevada: QCT33.3, QCT33.5, QCT33.6, QCT33.7, QCT33.8, QCT33.9, QCT33.10, QCT33.11, QCT33.12, QCT33.13, QCT33.14. Itens eliminados por representarem outliers: QCT31.3, QCT32.11 e por multicolinearidade: QCT32.3



Figural: AFC Condições Físicas e Materiais

Os resultados da AFC para a categoria processos e características da atividade obteve bons índices de ajuste, distinguindo quatro fatores: Desafios, Autonomia, Controle e Parcerias (Figura 2). Os resultados da AFC confirmaram os resultados da AFE uma vez que os fatores discriminados são semelhantes. A mais forte correlação foi identificada entre os fatores Desafios e Controle ($\phi=0,52$), não comprometendo, entretanto, a validade discriminante.

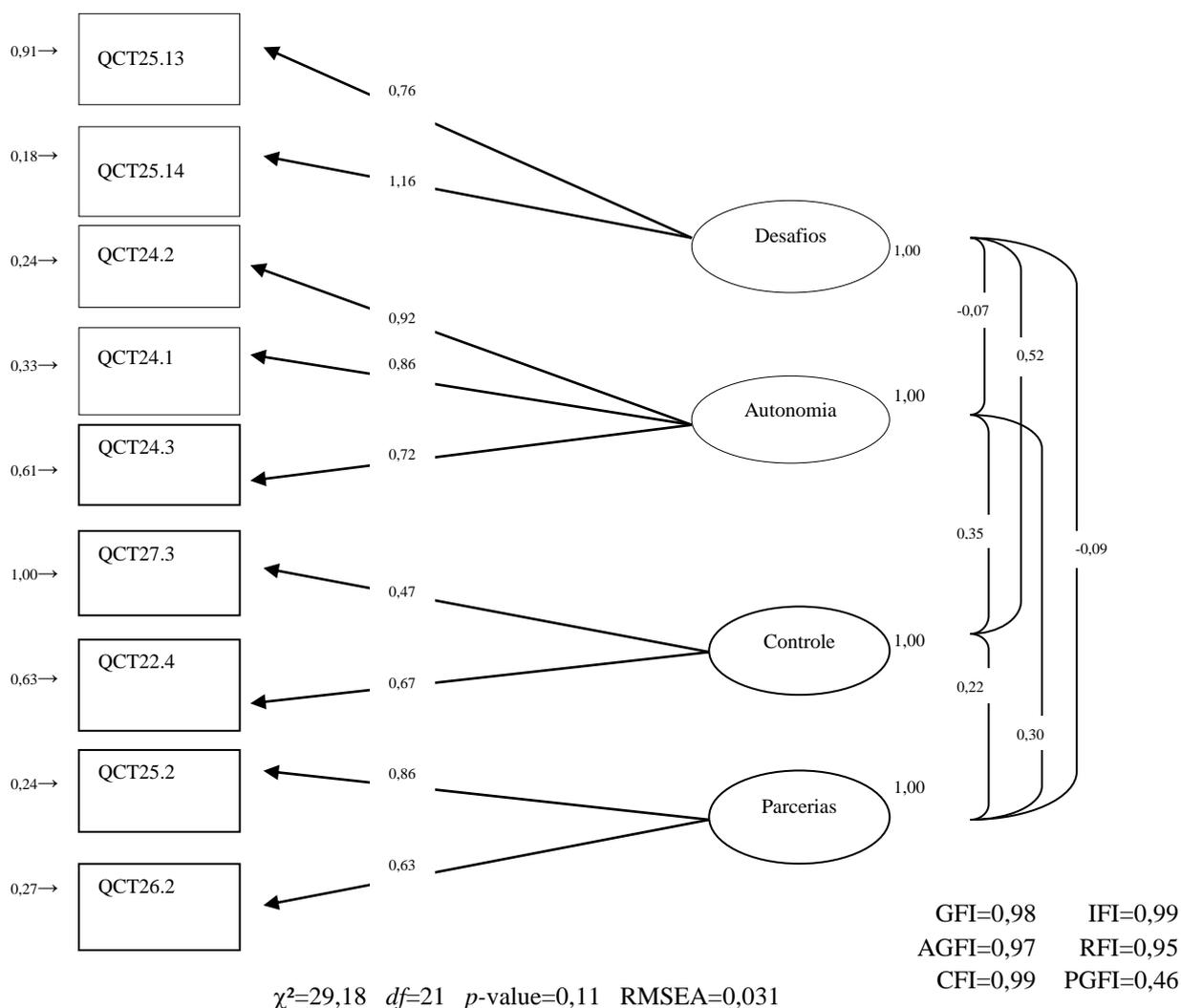


Figura 2: AFC Processos e Características da Atividade

Para a categoria Condições do Ambiente Sociogerencial, a AFC apresentou estrutura com quatro fatores: Contradições, Informações, Violência e Oportunidade para Diálogo (Figura 3). Os índices (Figura 3) confirmaram a adequação do modelo. Os fatores discriminados na primeira análise guardam semelhança com os fatores identificados na AFC. A mais forte correlação ($\phi=0,52$) foi revelada entre os fatores Contradições e Violência.

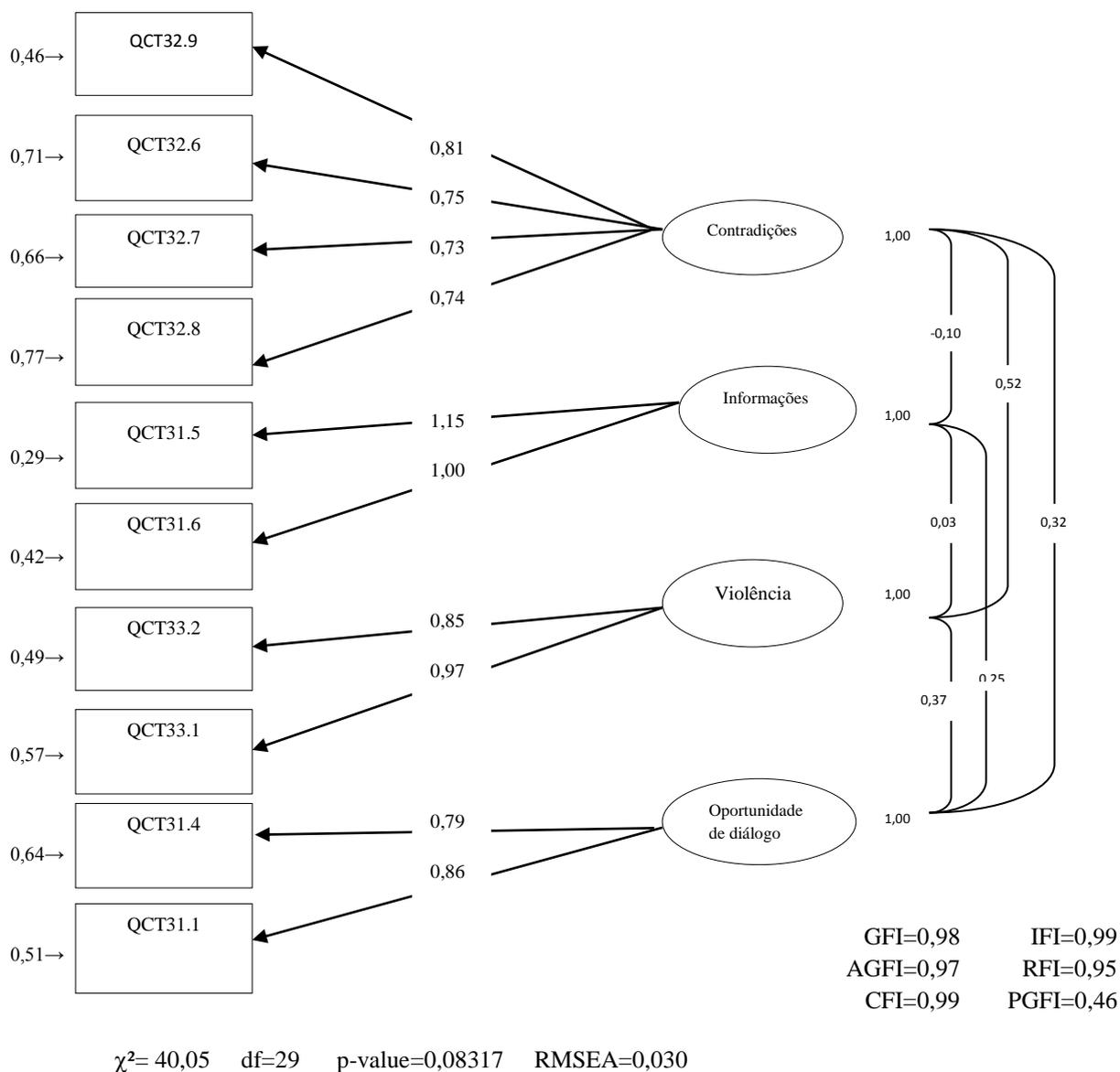


Figura 3: AFC Condições do Ambiente Sociogerencial

Discussão

As análises fatoriais em nosso banco de dados possibilitaram discriminar um modelo apresentando ajuste dos coeficientes de adequação para cada uma das categorias das condições de trabalho. Como esperado, foram encontradas diferenças entre a estrutura fatorial resultante do estudo realizado por Borges et al. (2013) e os resultados das análises em nossa amostra, composta apenas por profissionais de saúde. Tais diferenças ratificaram o acerto da decisão de iniciar as análises aplicando análise fatorial exploratória.

Considerando a categoria Condições Físicas e Materiais, a AFE para trabalhadores da saúde discriminou os fatores Riscos Psicobiológicos, Ambiente Físico e Equipamentos e Materiais, enquanto a solução encontrada na análise de Borges et al. (2013) apresentou cinco fatores. Apesar das estruturas fatoriais diferirem em relação ao número de itens, nos dois casos o fator Riscos Psicobiológicos apresentou o maior percentual de variância (PVE) explicada dentre os demais. Esse aspecto pode ser compreendido considerando a presença do trabalhador da saúde nas duas amostras. Além disso, um fator decorrente dos itens sobre a percepção dos trabalhadores em relação à configuração física do trabalho foi identificado em ambas as análises¹⁴, indicando a semelhança na composição das amostras nos dois estudos.

Nos resultados da AFC para amostra com trabalhadores da saúde, observamos que a correlação ($\phi=0,49$) entre os fatores Riscos Psicobiológicos e Ambiente pode ser compreendida ao observarmos que as ações de proteção aos riscos, adotadas pelos trabalhadores, são mais viáveis de acordo com o ambiente físico em que atuam (se na unidade de saúde, na casa do paciente, etc.). Pinto e Silva (2016) mostraram que condições precárias de infraestrutura e exigindo maior esforço do trabalhador causam, em muitas situações, problemas físicos e osteomusculares e são identificadas como riscos à saúde do próprio trabalhador.

A análise de Borges et al. (2013) também apresentou o fator Exigências de Esforço Físico que resultou dos itens que indagam sobre os custos físicos exigidos dos trabalhadores na utilização de máquinas e equipamentos. Para os trabalhadores da saúde, entretanto, a percepção sobre as características desses equipamentos não se resume a dimensionar a capacidade física que deve empregar em sua utilização. A execução das tarefas em saúde está relacionada à qualidade e precisão desses recursos que ajudam a avaliar e classificar o estado do paciente. Identificamos esse aspecto no fator Equipamentos e Materiais que foi discriminado na AFE na presente pesquisa. Apesar de perceberem a utilidade dos equipamentos e da tecnologia na execução de sua atividade, os trabalhadores da saúde os percebem como recursos complementares à atividade clínica e não como componentes da estrutura física do trabalho.

Para a categoria processos e características da atividade, Borges et al. (2013) encontraram estrutura com quatro fatores, em que Espaço de Autonomia explicou o maior percentual de variância, evidenciando que os trabalhadores da amostra percebem

¹⁴ Fator denominado Ambiente Físico em nossa AFE e Espaço de trabalho para AFE de Borges et al. (2013).

liberdade para administrar o ritmo de seu trabalho, podendo escolher os métodos que vão utilizar.

As análises da presente pesquisa também apresentaram um modelo de quatro variáveis latentes. Entretanto, o fator com maior percentual de variância explicada foi Desafios, cujos itens estão relacionados à percepção da necessidade de se ter iniciativa e atitudes proativas diante dos imprevistos que se apresentam na situação de trabalho em saúde. Segundo Pinto e Silva (2016), o acúmulo de atividades e o insuficiente contingente de trabalhadores na saúde contribuem para essa percepção de ser continuamente desafiado em suas atividades em condições de sobrecarga física e emocional.

O fator Controle, discriminado na AFE e na AFC, elucidou a percepção do trabalhador a respeito das prescrições e protocolos para realização da atividade em saúde. As diretrizes do SUS norteiam a gestão dos processos de trabalho e são percebidas como perspectivas indissociáveis do fazer em saúde. Segundo Batista Júnior (2016), o SUS é marco definidor das ações em saúde e exige a participação de diversos atores para seu funcionamento e, assim, o trabalhador se percebe como parte dessa proposta.

A AFE, realizada por Borges et al. (2013), apresentou evidências da percepção do controle pelo trabalhador no fator Complexidade, Responsabilidade e Rapidez, discriminado nos itens que informam a respeito de exigências e expectativas que recaem no modo como deve realizar sua atividade.

Em nossas análises, o fator Autonomia também foi discriminado. Na área da saúde, o trabalhador se percebe submetido pelo monitoramento da gestão, pelas ações dos próprios colegas e pela expectativa dos usuários dos serviços. O processo de trabalho em saúde é dinâmico na proporção em que permite interatividade entre trabalhadores e usuários que também fazem parte de sua elaboração. Além disso, a percepção da autonomia e das possibilidades para ampliar o espaço de ação do trabalhador é afetada por aspectos de sua subjetividade (Souza, 2016). O objeto da atividade são as necessidades humanas em saúde e seus resultados decorrem das transformações mediadas pelo esforço feito para sua obtenção (Pinto & Silva, 2016). Desse modo, o empenho para cumprir as diversas expectativas decorrentes da atividade em saúde, ao mesmo tempo em que gera resultados, repercute no modo como o trabalhador desenvolve relações entre pares e estabelece trocas de experiências na atividade.

Entretanto, a AFC para os trabalhadores de saúde apresentou correlação positiva entre o fator Autonomia e Controle ($\phi=0,35$). Apesar de perceber-se submetido ao controle dos usuários, colegas e gestores, o trabalhador da saúde percebe que a autonomia para realizar sua atividade decorre justamente das parcerias estabelecidas no coletivo de trabalho. Outra evidência disso é a correlação ($\phi=0,30$) existente entre os fatores Autonomia e Parcerias.

Em nossas análises, o fator Parcerias resultou dos itens sobre a percepção do trabalhador da saúde em relação às oportunidades de troca de conhecimento e colaboração em grupo. Entretanto, a construção de um projeto de trabalho coletivo, preconizado conforme as diretrizes do SUS sofre interferência de aspectos que limitam as possibilidades de interação e integração entre os trabalhadores, dificultando o desenvolvimento do trabalho em equipe de modo efetivo (Peduzzi, 2007; Silva & Trad, 2005). O esforço no desenvolvimento de parcerias na atividade funciona como estratégia para ampliação do espaço de ação do grupo de trabalhadores, promovendo também uma percepção de autonomia individual. É através das ações em equipe que o trabalhador da saúde percebe seu protagonismo na atividade, revelando o paradoxo dessa situação. A configuração apreendida por este fator pode também ser compreendida como resultante dos esforços coletivos dos trabalhadores em operacionalizar o princípio da integralidade do SUS (Mattos, 2004).

Os resultados das análises de Borges et al. (2013) para processos e características da atividade, em que o fator Estímulo à Colaboração foi encontrado a partir de itens sobre a percepção de circunstâncias favoráveis à cooperação e parceria entre os trabalhadores da amostra, também revelaram esse aspecto.

Considerando a categoria condições do ambiente sociogerencial, os resultados da AFE e da AFC apresentaram solução com quatro fatores, sendo Contradições o fator com maior poder de explicação da variância. Essa informação e aspecto revela um contexto de trabalho que difere, parcialmente, daquele que é preconizado pelos princípios do SUS. O trabalhador identifica as divergências entre o que é esperado como resultado de suas ações e o que é possível realizar frente às condições presentes (Borges, Tamayo, & Alves Filho, 2005).

A análise realizada por Borges et al. (2013), que discriminou sete fatores para a categoria condições do ambiente sociogerencial, apresentou o fator Organização das Atividades com maior PVE. Observamos que os itens que definem esse fator oferecem informações sobre a percepção do trabalhador em relação ao estilo de organização do

trabalho a que está submetido através de questões que tratam de conflitos e contradições na situação de trabalho.

Assim, há semelhança entre o fator Contradições identificado em nossas análises e o fator Organização das atividades discriminado nos resultados de Borges et al. (2013) e ambos apresentaram o maior PVE para a categoria condições do ambiente sociogerencial.

Além disso, nos resultados de Borges et al. (2013) observamos que, para a categoria condições do ambiente sociogerencial, a AFE discriminou o fator Oferta de Informação de Saúde. Em nossas análises o fator Informações foi aferido através dos itens que informam sobre a percepção do trabalhador em relação ao acesso aos meios para obter segurança e preservar a própria saúde. Promoção em saúde e prevenção de doenças são temas frequentemente abordados em campanhas e orientações aos usuários da assistência sanitária. Essas práticas recomendam e motivam atitudes de vigilância em saúde entre os trabalhadores. Com base em sua formação profissional e experiência cotidiana, o trabalhador tem informações técnicas que o ajudam a identificar as condições insalubres presentes na situação de trabalho. Entretanto, apenas o conhecer os aspectos que podem causar de danos à saúde, não garante proteção em relação aos riscos presentes no contexto de trabalho. Os prejuízos ao bem-estar do trabalhador, além de resultarem da configuração do ambiente físico, estão também associados a equívocos decorrentes da organização dos processos de trabalho tais como precarização, verticalização das relações de trabalho, hierarquizações rígidas, ritmo extenuante, fragmentação das tarefas, pequena participação do trabalhador no desenvolvimento do processo de trabalho, entre outras situações que, mesmo potencialmente produtoras de adoecimento, nem sempre estão presentes nas informações veiculadas a respeito da proteção e prevenção dos agravos à saúde do trabalhador. (Alves, Dourado, & Côrtes, 2013; Andrade, Morais, Tosoli, & Wachelke, 2015; Costa, Borges, & Barros, 2015; Pinto & Silva, 2016; Puente-Palacios, Pacheco, & Severino, 2013; Puente-Palacios, Silva, & Borba, 2015; Trad & Rocha, 2011; Wisniewski, Silva, Évora, & Matsuda, 2015).

As análises de Borges et al. (2013) discriminaram o fator Ambiente Conflitante, dentre os fatores obtidos para a mesma categoria de condições de trabalho, a partir de itens que apontam divergências entre o que deve ser feito pelos trabalhadores e o que acreditam ser melhor fazer conforme seus valores e princípios. Também um fator que faz referência à presença ou não de relações interpessoais amistosas na situação de

trabalho foi discriminado nas análises de Borges et al. (2013) e denominado pelos autores como Violência.

Discriminado em nossas análises para os trabalhadores da saúde, o fator Violência é percebido de modo específico. Os trabalhadores se percebem muito mais como alvo de agressões por parte do usuário do que por seus colegas. O usuário, por não ter conhecimento suficiente sobre os processos que envolvem a oferta de serviços no SUS, muitas vezes reage como se o trabalhador, representando o poder público, fosse responsável pela ineficiência do sistema de saúde. A exposição à violência é percebida mais frequentemente nos casos em que as atividades assistenciais são realizadas externamente aos muros da instituição e quando não há pessoal designado para cuidar da segurança nas unidades de saúde, conforme Pinto & Silva (2016). Entretanto, essas autoras ressaltaram que a violência nem sempre se apresenta de modo explícito, havendo indícios da existência de assédio moral e discriminação nos serviços de saúde, nem sempre identificados pelos trabalhadores.

Além disso, ainda considerando a categoria condições do ambiente sociogerencial, o fator Oportunidade para Diálogo foi discriminado na análise da amostra de trabalhadores da saúde, através de itens que tratam das possibilidades de sua participação na organização e desenvolvimento das ações. O trabalhador percebe seu papel como mediador entre as políticas de atenção em saúde e as necessidades dos usuários. Entretanto, a participação no debate sobre mudanças dos modelos de gestão adotados pela administração pública é restrita, revelando que as políticas de saúde são formuladas e implantadas de cima para baixo. Essa situação interfere no modo como os trabalhadores avaliam as oportunidades de protagonismo na atividade gerando insatisfação. Conforme Pinto e Silva (2016), outro motivo de insatisfação é que, apesar de investimentos e iniciativas dos gestores para qualificação de pessoal, o trabalhador da saúde não percebe nas condições de seu trabalho, oportunidades para uma realização pessoal e profissional compatível com a avaliação de sua sua própria capacidade técnica.

Considerações finais

Os resultados estatísticos e a reflexão sobre eles apontam na direção da validade convergente e discriminante do QCT para estudos a respeito das condições de trabalho em saúde. Em outras palavras, apresenta acurácia suficiente para distinguir diferenças nas condições de trabalho conforme a ocupação.

Na AFE para trabalhadores de saúde, os fatores discriminados cumpriram o critério do índice de consistência adotado no país pelo Conselho Federal de Psicologia ($\alpha \geq 0,60$). A AFC apresentou conjunto de fatores mais parcimonioso, para as três categorias de condições de trabalho que tem respostas do tipo escalares. Isso significa ser possível o desenvolvimento de diagnóstico de condições de trabalho com um formato mais simplificado do QCT.

Entretanto, sugerimos a utilização desse questionário em conjunto com outras técnicas de análise, tais como entrevistas semiestruturadas e observações de campo, para favorecer a apreensão de informações, principalmente quando a intenção for a realização de predições.

Além disso, como as condições de trabalho variam conforme o contexto, recomendamos outras análises com objetivo de validação do QCT a partir de amostra compostas por trabalhadores de outras ocupações e, assim, obter outras reformulações desse instrumento que contribuam para seu aperfeiçoamento.

Como limitações do estudo, apontamos o fato da nossa amostra ter sido coletada exclusivamente em municípios mineiros, restringindo a pertinência de generalização dos resultados para trabalhadores de outras localidades. Também reconhecemos o caráter transversal do nosso estudo, já que as informações foram levantadas em único período. Desse modo, outros estudos sobre condições de trabalho levando em consideração a temporalidade podem ser relevantes para apresentar evidências da dimensão histórica do trabalho (Carreteiro & Barros, 2011; Guérin et al. 2001; Ramos et al., 2002)

O tamanho da amostra não possibilitou a realização da AFC em banco de dados diferente do banco utilizado para a AFE. Ainda assim, realizamos a análise fatorial confirmatória que, norteadas pelo referencial teórico ao considerarmos a inclusão e a exclusão de variáveis na análise, apresentou evidências úteis na interpretação dos resultados.

Referências

Alves, H. M. C., Dourado, L. B. R., & Côrtes, V. N. Q. (2013). A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2965-2975. doi:10.1590/S1413-81232013001000021

- Andrade, A. L., Moraes, T. D., Tosoli, A. M., & Wachelke, J. (2015). *Burnout*, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 15(3), 233-245. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2015.3.565>
- Antunes, R. (2018). O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo.
- Batista Júnior (2016). O SUS e as transformações do trabalho em saúde. In I. F., Braga, M. C. C. Velasques, & M. V. C. Morosini (Orgs.), *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde* (pp. 129-148). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV.
- Blanch, J. M. (2003). Condiciones de Trabajo. In J. M. Blanch, M. J. Espuny, C. Gala, & A. Martín (Orgs.), *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos* (pp. 42-44). Barcelona: Editorial UOC.
- Borges, L. O., Costa, M. T. P., Alves Filho, A., Souza, A. L.R., Rocha-Falcão, J. T. R., Leite, C. P. R. L. A., & Barros, S. C. (2013). Questionário de condições de trabalho: reelaboração e estruturas fatoriais em grupos. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 213-225. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
- Borges, L. O., Rocha-Falcão, J. T. R., Alves Filho, A., Costa, M. T. P. (2015), Condições de trabalho. In P. F. Bendassolli & J. E. Borges-Andrade (Orgs.), *Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações* (pp. 227-236). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borges, L. O., Tamayo, A., & Alves-Filho, A. (2005). Significado do Trabalho entre os profissionais de saúde. In L. O. Borges (Org.), *O profissional de saúde e seu trabalho* (pp. 143-198). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carreiro, T. C. O., & Barros, V. A. (2011). Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In P. F. Bendassolli, & L. A. Soboll (Orgs.), *Clínicas do Trabalho* (pp. 208-226). São Paulo: Atlas.
- Castel, R. (2008). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1995)
- Cea D'Ancona, M. A. (2004). Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social. Madrid: Editorial Síntesis.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho* (A. Sobral, trad.). Petrópolis: Vozes.

- Costa, M. T. P., Borges, L. O., & Barros, S. C. (2015). Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 15(1), 43-58. doi: 10.17652/rpot/2015.1.490
- Damásio, B.F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., Kerguelen, A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia*. São Paulo: Editora Edgard Blücher.
- Hewison, K. (2016). Precarious work. In S. Edgell, H. Gottfried, & E. Granter (Orgs.), *The SAGE Handbook of Sociology of Work and Employment* (pp. 1-47). Los Angeles: Sage publications.
- Kalleberg, A. L. (2009). O crescimento do trabalho precário: Um desafio global [L. Romão trad.]. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 24(69), 21-30.
- Kalleberg, A. L. (2016). Good jobs, bad jobs. In S. Edgell, H. Gottfried, & E. Granter (Orgs.), *The Sage Handbook of Sociology of Work and Employment* (pp.1-34). Los Angeles: Sage publications.
- Lhuillier, D. (2014). Introdução à psicossociologia do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 17, 5-20. doi:10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p5-19
- Maroco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & Aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Malhotra, N. K., Lopes, E. L., & Veiga, R. T. (2014). Modelagem de equações estruturais com LISREL: uma visão inicial. *Revista Brasileira de Marketing*, 13(2), 28-43. doi: 10.5585/remark.v13i2.2698
- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500037
- Marx, K., & Engels (1986), F. *A ideologia alemã. (I-Feuerbach)*. São Paulo: Hucitec. (Originalmente publicado em 1847)
- Mendes, E. V. (2013). Vinte e cinco anos do SUS: resultados e desafios. *Estudos avançados*, 27(78), 27-34. doi:10.1590/S0103-40142013000200003
- Noronha, M. G. R. C. S., & Lima Filho, D. L. (2011). O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na

- prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1745-1754. doi:10.1590/S1413-81232011000300011
- Ordaz Castillo, E., & Ronda-Pérez, E. (2015). Salud y condiciones de trabajo en trabajadores mayores. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 61(240), 314-324. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000300002>
- Ordaz Castillo, E., & Maqueda Blasco, J. (2014). Condiciones de trabajo en el transporte público por carretera. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(234), 90-98. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100008>
- Organização Internacional do Trabalho – OIT (2009). *Perfil do trabalho decente no Brasil*. Brasília/Genebra: OIT. Recuperado de <https://www.conjur.com.br/dl/perfil-trabalho-decente-brasil.pdf>
- Organização Internacional do Trabalho – OIT (2017). *World employment and social outlook: Trends 2017*. Genebra: OIT. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_541211.pdf
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 1927-1936. doi:10.1590/0102-311X00099513
- Peduzzi, M. (2007). Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In R. P. Pinheiro, M. E. Barros de Barros, & R. A. Mattos (Orgs.), *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp. 161-177). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. Recuperado de <http://www.lappis.org.br/site/o-que-fazemos-sp-1348150660/publicacoes/233>
- Pietro, C. (1994). *Los Trabajadores y sus condiciones de trabajo*. Madri: Ediciones HOAC.
- Pinto, I. C. M., & Silva, I. V. (2016) Condições de trabalho e sofrimento invisível dos trabalhadores da saúde. In I. F. Braga, M. C. C. Velasques, & M. V. C. Morosini, (Orgs.), *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde* (pp183-199). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV.
- Puente-Palacios, K. E., Pacheco, É. A., & Severino, A. F. (2013). Clima organizacional e estresse em equipes de trabalho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 13(1), 37-48. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572013000100004&lng=pt&tlng=pt.

- Puente-Palacios, K. E., Silva, R. D., & Borba, A. C. P. (2015). Potência em equipes de trabalho. In K. Puente-Palacios, & A. L. A. Peixoto (Orgs.), *Ferramentas de diagnóstico para organizações e trabalho: Um olhar a partir da Psicologia* (pp. 187-205). Porto Alegre: Artmed.
- Ramos, J., Peiró, J. M., & Ripoll, P. (2002). Condiciones de trabajo y clima organizacional. In J. M. Peiró, & F. Prieto (Orgs.), *Tratado de Psicología del Trabajo: La actividad laboral en su contexto* (pp. 37-92). Madrid: Síntesis Psicología.
- Sartre, J. P. (1978). *O existencialismo é um humanismo*. (V. Ferreira, trad.). Lisboa: Editorial Presença. (Originalmente publicado em 1946)
- Schwab, K. (2016). A quarta revolução industrial. São Paulo: Edipro.
- Silva, I. Z. Q. J., & Trad, L. A. B. (2005). O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 25-38. doi: 10.1590/S1414-32832005000100003
- Siqueira, J. E. (2013). Vinte e cinco anos do SUS: o que há para comemorar. *O Mundo da Saúde*, 37(1), 56-64. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/101/5.pdf
- Souza, M. A. S. L. (2016). Trabalho em saúde: como a lógica mercantil determina seu processo de precarização. In I. F. Braga, M. C. C. Velasques, & M. V. C. Morosini, (Orgs.), *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde* (pp109-128). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV.
- Standing, G. (2013). *O precariado: A nova classe perigosa*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Susskind, R. & Susskind, D. (2017). *The future of the professions. How technology will transform the work of human experts*. Oxford: Oxford University Press.
- Trad, L. A. B., & Rocha, A. A. R. M. (2011). Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1969-1980. doi: 10.1590/S1413-81232011000300031
- Wisniewski, D., Silva, E. S., Évora, Y. D. M., & Matsuda, L. M. (2015). Satisfação Profissional da Equipe de enfermagem X Condições e Relações de Trabalho: Estudo Relacional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 850-858. doi: 10.1590/0104-070720150000110014

Capítulo 4

Fatores das condições de trabalho em serviços de saúde e seu impacto na atividade em equipe

Resumo

A partir da perspectiva da Psicossociologia, o objetivo principal da pesquisa foi identificar quais os aspectos das condições de trabalho afetam mais intensamente a atividade em equipe, conforme a percepção de trabalhadores de serviços de saúde. Distinguimos as equipes a partir da avaliação da Potência. A amostra estudada consistiu de 452 trabalhadores da saúde atuantes em instituições públicas em municípios mineiros. Também foram entrevistados 14 desses trabalhadores. A identificação dos fatores das condições de trabalho foi possível com a utilização das técnicas de Modelagem de Equações Estruturais, análise categórica do conteúdo das entrevistas e observações livres, com base em uma perspectiva multimetodológica. As análises revelaram que Riscos, Controle, Contradições e Violência são variáveis explicativas da Potência das Equipes, bem como são os fatores de condições de trabalho que mais impactam o desenvolvimento das equipes de saúde.

Palavras chave: condições de trabalho, equipes de saúde, Potência

Abstract

From the perspective of the psychosociology, the main objective of the present research was to identify which aspects of working conditions most strongly affect team activity, according to the perception of health service workers. The teams were distinguished by their assessment of Power. The studied sample consisted of 452 health workers working in public institutions in the Minas Gerais state's municipalities. We also interviewed

fourteen of these workers. The identification of the working conditions factors was made possible through the use of Structural Equation Modeling techniques, categorical analysis of interview content and free observations, based on a multimethodological perspective. The analyses revealed that Risks, Control, Contradictions, and Violence are explanatory variables of the Team Power variable. These variables are also the factors of working conditions that impact the development of health teams most.

Keywords: working conditions, health teams

Resumen

Desde la perspectiva de la psicociología, el objetivo principal de la presente investigación fue identificar quales aspectos de las condiciones de trabajo afectan más la actividad del equipo, de acuerdo con la percepción de los trabajadores del servicio de salud. Distinguimos los equipos por el computo de la evaluación del poder. La muestra estudiada consistió en 452 trabajadores de la salud que trabajan en instituciones públicas en los municipios del estado de Minas Gerais, en Brasil. Catorce de estos trabajadores también fueron entrevistados. La identificación de los factores que influyen las condiciones de trabajo fue posible mediante el uso de técnicas de modelado de ecuaciones estructurales, análisis categórico del contenido de la entrevista y observaciones libres, basadas en una perspectiva multimetodológica. Los análisis revelaron que los riesgos, el control, las contradicciones y la violencia son las variables explicativas del poder del equipo, así como los factores de las condiciones de trabajo que más afectan el desarrollo de los equipos de salud.

Palabras clave: condiciones de trabajo, equipos de salud.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990¹⁵, como uma proposta de oferecer saúde integral à população, representou um marco histórico na saúde coletiva no Brasil (Batista Junior, 2016). O funcionamento dessa proposta exige amplo e diversificado contingente de trabalhadores com competências para realizar processos de trabalho, muitas vezes coletivos, bem como contínuos ajustes à realidade dos serviços de saúde, especialmente inseridos na situação atual de instabilidade político-econômica (Barbosa & Máximo, 2016; Mendes, 2013; Paim, 2013; Siqueira, 2013). Além disso, as ações em saúde, baseadas na participação popular e controle social, devem considerar a complexidade do ser humano e a interação entre o trabalhador e o usuário dos serviços, representando outro desafio para a realização da atividade.

Transcorridos mais de 25 anos desde a institucionalização legal do SUS, encontramos na literatura especializada (p. ex., Costa, Borges, & Barros, 2015; Alves, Dourado, & Côrtes, 2013; Trad & Rocha, 2011; Noronha & Lima Filho, 2011; Marqui et al., 2010; Rocha & Araújo, 2009; Silva-Roosli & Athayde, 2011) evidências das dificuldades dos trabalhadores para cumprir os princípios do SUS¹⁶ e, por consequência, associá-las às condições de trabalho nos órgãos e/ou unidades da saúde.

Observamos, por outro lado, que a literatura e pesquisas acerca das condições de trabalho na Psicologia Social (p. ex., Blanch, 2003; Costa et al., 2015; Ramos, Peiró & Ripoll, 2002) tem avançado partindo do conceito de condições de trabalho de Pietro (1994), que abrangeu aspectos do entorno e do conteúdo do trabalho, e da categorização das condições de trabalho desenvolvida por Borges et al. (2013), que abarca: condições contratuais e jurídicas; condições físicas e materiais, processos e

¹⁵ Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90)

¹⁶ Princípios do SUS conforme Lei 8080/90. Cap. II: universalidade, integralidade e equidade.

características da atividade e aspectos sociogerenciais¹⁷. Com base nesse contexto concreto do SUS e da pesquisa das condições de trabalho, nossa pesquisa teve como objetivo principal identificar quais os aspectos das condições de trabalho afetam mais intensamente a atividade em equipe, segundo a percepção dos trabalhadores da saúde. Consideramos que nas interações sociais e trocas de experiências estabelecidas nos coletivos de trabalho, a percepção dos trabalhadores sobre as condições de trabalho é socialmente elaborada, num processo que resulta do compartilhamento de significados sobre as vivências na atividade.

Desse modo, no presente artigo serão apresentados os resultados de pesquisa desenvolvida com base na perspectiva psicossociológica, que considera o trabalho como uma atividade endereçada, histórica e em contínuo desenvolvimento, devendo, portanto, ser analisado em suas formas de inscrição no mundo, para que seja apreendido nas conexões psíquicas e sociais que o atravessam (Carreteiro & Barros, 2011; Lhuilier, 2014).

Condições de trabalho

A partir de meados do século XX, profundas mudanças na vida das populações em todo mundo, assim como em suas condições de trabalho e existência, foram decorrentes do desmoronamento da sociedade de bem-estar nos países capitalistas, do avanço da informatização, da evolução das tecnologias de comunicação e da adoção de novos modelos de gestão nas organizações (Organização Internacional do Trabalho, OIT, 2017). Atualmente, a progressão das mudanças conhecidas como quarta revolução industrial (Schwab, 2016) vem fortalecendo tendências de redução do emprego e

¹⁷ Adiante detalharemos tal tipologia.

aumento da precarização no trabalho (Antunes, 2018; Hewison, 2016; Kalleberg, 2009, 2016; Organização Internacional do Trabalho, OIT, 2017; Standing, 2013).

Nessa conjuntura, o interesse de diferentes campos do saber sobre o trabalho tem favorecido o desenvolvimento de iniciativas¹⁸ que, revelando a maior atenção da sociedade a respeito das condições de trabalho, favorecem a elaboração de novas ferramentas para facilitar a apreensão da percepção que os trabalhadores têm sobre essas condições.

Empenhados em organizar os componentes das condições de trabalho, Borges et al. (2015), elaboraram uma síntese sobre condições de trabalho a partir da literatura e conhecimento acumulado sobre o tema (Prieto, 1994; Ramos et al., 2002; Blanch, 2003), classificando as condições de trabalho em quatro categorias:

- Condições contratuais e jurídicas: compreendem os aspectos jurídicos, contratuais, de estabilidade, modalidades de contrato, formas de remuneração e incentivo, duração da jornada de trabalho, etc.
- Condições físicas e materiais: dizem respeito à configuração física do local, ao espaço arquitetônico e instalações, equipamentos, localização geográfica, condições de temperatura e iluminação, etc.
- Processos e características da atividade: informam sobre o conteúdo das tarefas, organização e divisão do trabalho, modos de execução das atividades, demandas do cargo, etc.

¹⁸Exemplos disso são a elaboração do conceito de trabalho decente pela Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2009) e a implantação do Observatório das Condições de Trabalho pela European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions - Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound), cuja missão é contribuir com investigações e obtenção de conhecimentos que auxiliem o planejamento e estabelecimento de melhores condições de vida e de trabalho na Europa. Conforme https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/eurofound_pt

- Condições do ambiente sociogerencial: aspectos relacionados às interações interpessoais, aos modelos de gestão e às práticas sociais decorrentes dos modos de inserção no mercado de trabalho (parcerias formais ou informais).

A categorização sobre condições de trabalho desenvolvida por esses autores foi ponto de partida para nossas análises.

Equipes e o trabalho em saúde

A equipe de trabalho é um sistema dinâmico que se desenvolve na tessitura de relações entre seus membros que, então, se percebem como protagonistas nos resultados alcançados, sendo reconhecidos também por outras pessoas e equipes de uma organização (Gomes & Puente- Palacios, 2018). Representam, portanto, mais que um conjunto de pessoas que interagem e compartilham técnicas, procedimentos e responsabilidades no cumprimento das prescrições da atividade.

Como o trabalho na saúde inclui diferentes profissões e/ou ocupações, cujas ações muitas vezes são interdependentes e complementares (Peduzzi, 2007), o desenvolvimento da atividade em equipe é preconizado nessa área. Entretanto, segundo Ciampone e Peduzzi (2000), os equívocos de compreensão sobre o trabalho em equipe na área da saúde decorrem de que, algumas vezes, se adota a definição de grupo utilizada pelo senso comum: um conjunto de profissionais em situação de trabalho, ocupando um mesmo local, em dado espaço de tempo e para atender uma mesma clientela. Essa definição reduz a compreensão sobre a atividade da equipe (Ciampone & Peduzzi, 2000) e despreza sua dimensão criativa e dinâmica.

Considerando que o desenvolvimento do modelo público brasileiro de atenção à saúde se caracteriza pela proposta de ampliação da oferta dos serviços para além do atendimento individualizado, pela importância da ação de diferentes setores, pela

necessidade da integração entre os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e pela valorização do trabalho em equipes; é necessário aprofundar nosso conhecimento sobre sua atividade. Conforme os princípios do SUS¹⁹, o trabalho em equipe fundamenta-se na concepção dos serviços a partir da oferta de uma atenção integral às necessidades dos usuários. Essa perspectiva valorizou as ações ligadas aos cuidados em saúde, privilegiando a promoção do cuidado, a prevenção de doenças, as intervenções com base nos conhecimentos advindos de diferentes campos de estudo e a participação dos usuários. Avançou, portanto, em relação às práticas anteriores que priorizavam a assistência aos pacientes e servia apenas a uma lógica de busca da cura.

Assim, a perspectiva multiprofissional na área da saúde demanda articulação entre diferentes processos de trabalho e saberes específicos, visando uma integração que, respeitando as especificidades técnicas das profissões, harmonize as ações dos componentes da equipe (Peduzzi, 2001; 2007). Construída pelo coletivo de trabalho, a equipe não pode ser definida *a priori* ou determinada por pessoas que dela não participem (Araújo & Rocha, 2007; Fortuna, Mishima, Matumoto, & Pereira, 2005; Leite & Veloso, 2008; Peduzzi, 2007; Ribeiro, Pires & Blank, 2004). É a qualidade da comunicação estabelecida na equipe, valorizando cada componente um como interlocutor e não como instrumento de trabalho, numa busca de compreensão e reconhecimento mútuo dos diferentes saberes que promove seu desenvolvimento (Peduzzi, 2007; Ribeiro, Pires, & Blank, 2004).

O produto do trabalho em saúde se concretiza na realização da atividade, interferindo na vida do usuário e do trabalhador. Conforme as diretrizes do SUS, as experiências, direitos, valores e expectativas do indivíduo devem ser respeitados e as ações em saúde devem atender à diversidade das necessidades do usuário e das

¹⁹As leis 8.080/90 e 8.142/90 — Leis Orgânicas da Saúde — são as leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

coletividades. Entretanto, o trabalho na área da saúde marcado por práticas historicamente constituídas com base na concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento, ainda oferece muitos obstáculos ao desenvolvimento da equipe.

Condições de trabalho propícias à reflexão sobre a realização da atividade, bem como à negociação e diálogo entre os profissionais podem facilitar o desenvolvimento da equipe integrada. As atitudes de cooperação e parceria entre os trabalhadores demandam uma horizontalidade no relacionamento entre os membros da equipe (Peduzzi, 2007; Vasconcelos, 2010) para que todos se percebam como protagonistas das ações. O produto do trabalho em saúde, se concretiza na realização da atividade no tempo presente e conforme circunstâncias histórico-sociais, resultando de um processo coordenado e elaborado numa práxis coletiva (Crevelim & Peduzzi, 2005). Portanto, identificar a presença da equipe na organização pressupõe considerar as especificidades do contexto de trabalho.

Para compreender o trabalho em equipe, é preciso considerar as trocas sociais necessárias entre seus componentes, devendo existir a participação de todos para o cumprimento dos objetivos (Puentes-Palacios & Borba, 2009). Nas oportunidades de interação social os membros da equipe elaboram significados sobre sua realidade de trabalho desenvolvendo interpretações sobre as vivências no cotidiano que, compartilhadas, transformam-se em atributos do coletivo. O trabalho em equipe se desenvolve a partir da instituição de novos modos de fazer, ocorrendo nas trocas de conhecimento que são estabelecidas para realização da gestão coletiva (Brito et al., 2011) dos diversos aspectos das condições de trabalho.

Portanto, a análise do trabalho deve levar em conta, além dos saberes técnico-científicos próprios da formação escolar do trabalhador, sua experiência de vida, seus valores e interpretações da realidade. No cotidiano da atividade, as interações entre

trabalhadores promovem um processo de construção social favorável à elaboração de interpretações da situação de trabalho que, compartilhadas por todos os membros da equipe, fazem com que eles passem a “atribuir significados similares aos fatos vivenciados neste contexto que lhes é comum” (Puente-Palacios & Borba, 2009, p. 371). Compreender a percepção das condições de trabalho da equipe implica problematizar a administração coletiva que seus componentes desenvolvem em relação aos aspectos objetivos da realidade, para realização da atividade. É necessário, então, privilegiar os conteúdos e significados que emergem das vivências no contexto do trabalho em equipe, pois ultrapassam o que seria apenas a soma de percepções individuais sobre condições de trabalho.

Método

Para a consecução do objetivo anteriormente anunciado – identificar como as condições de trabalho afetam o desenvolvimento de equipes de saúde – optamos por utilizar diferentes recursos metodológicos. Assim, desenvolvemos pesquisa de campo utilizando questionários estruturados e entrevistas com profissionais das equipes de saúde, bem como realizamos observações livres simultaneamente às entrevistas e aplicação dos questionários. Essas observações facilitaram a apreensão de detalhes da narrativa do sujeito a respeito de seu trabalho e daquilo que escapa à sua verbalização. Apreendiam também os aspectos gerais dos locais de realização da atividade.

Participantes

Participaram da pesquisa, respondendo questionários, 452 trabalhadores de equipes multiprofissionais de saúde de instituição pública localizadas em municípios mineiros, sendo 87,4% da amostra trabalhando em Belo Horizonte e 12,3% em outras

idades do mesmo estado (Leopoldina, Manhuaçu, Jequitinhonha, Santo Antônio do Monte, Juiz de Fora, Itabirito, Viçosa, Ribeirão das Neves e Sete Lagoas).

Exercendo a atividade profissional em diferentes ocupações (Tabela 1), 87 % dos participantes se identificaram como empregados efetivos na organização onde realiza seu trabalho. O restante da amostra se apresentou como trabalhador terceirizado (2,9 %), ou, não especificou sobre sua condição em relação à organização (10,1%).

Tabela 1 – *Participantes que responderam questionários por profissão/ocupação*

Profissão/Ocupação	Frequência	Percentual	Profissão/Ocupação	Frequência	Percentual
Enfermeira	82	18,1	Auxiliar de Enfermagem	20	4,4
Médico	68	15,0	Psicólogo	11	2,4
Técnico em Enfermagem	45	10,0	Dentista	21	4,6
Assistente Social	18	4,0	Agente Comunitário de Saúde	55	12,2
Gerente	25	5,5	Auxiliar Administrativo	17	3,8
Outras profissões/ocupações ²⁰	56	12,4	Técnico em saúde bucal	9	2,0
			Não responderam	25	5,5
Total				452	100,0

A maioria dos participantes da pesquisa (75,4 %) cumpre 40 horas semanais como jornada de trabalho. Os demais trabalham 20 horas (10,8%), 30 horas (3,8%) e 44 horas semanais (4,4%). Considerando outras jornadas, encontramos 4,6% dos participantes, além dos que não responderam sobre esse aspecto (1%). A maior proporção dos participantes (49%) atuam no atual trabalho por um período de 5 até 10 anos; 37,5% deles, por mais de 10 anos; e 13,5%, por menos de 5 anos. Dentre os participantes, há mais concentração nas faixas salariais mais baixas – de R\$ 560,00 até R\$ 2.400,00 e de R\$ 2.400,00 até R\$5.400,00 – respectivamente 35,4% e 32,1% dos participantes.

²⁰ Profissões/ocupações que apresentaram frequência inferior a 2% na amostra: farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, técnico superior de saúde, nutricionista, terapeuta ocupacional, veterinário, técnico em radiologia, recepcionista, educador físico, auxiliar de serviços gerais, agente de combate a endemias e monitor.

Em relação ao sexo, encontramos 355 pessoas (78,5%) que se identificaram como mulheres, 95 pessoas (21%), como homens e dois dos participantes (0,4%) não responderam a pergunta. A maior proporção dos participantes (46% da amostra) cursou ensino superior completo e curso de pós-graduação. A faixa etária de 31 até 40 anos de idade (37%) é predominante entre os participantes.

Entrevistamos 14 trabalhadores da área da saúde, escolhidos dentre aqueles cujo pertencimento à equipe tinha duração de, no mínimo, seis meses e que eram também componentes de quatro equipes das quais três componentes, pelo menos, concordaram em conceder-nos a entrevista. Dentre os entrevistados, oito possuem curso superior na área da saúde, um está cursando nível de graduação e cinco possuem ensino médio, sendo quatro desses com nível técnico na área da saúde. São do sexo feminino, pertencendo à faixa etária que abrange de 30 até 60 anos. A respeito da jornada de trabalho, 10 das entrevistadas cumprem 40 horas semanais e quatro trabalham durante 6 horas na semana.

Considerando o município das quatro equipes cujas participantes concederam entrevistas, oito entrevistadas trabalham em Belo Horizonte e seis em dois dos municípios do interior de Minas Gerais.

Instrumentos

Utilizamos um questionário sociodemográfico para caracterização das equipes estudadas, abrangendo a idade do trabalhador, estado civil, número de filhos, nível de escolaridade, formação profissional, tipo de vínculo na organização, cargo, tempo de serviço.

Para apreensão da percepção dos participantes sobre condições de trabalho, adotamos o Questionário de Condições de Trabalho – QCT (Borges et al., 2013), pois

como um recurso útil em diagnósticos ocupacionais, o QCT permite a obtenção de dados sobre as condições de trabalho a partir da categorização que os autores desenvolveram englobando aspectos contratuais e jurídicos das condições de trabalho, condições físicas e materiais, processos e características da atividade e condições do ambiente sociogerencial.

O QCT foi elaborado focalizando outros seguimentos ocupacionais, por isso desenvolvemos análises com objetivo de reunir evidências de validade e confiabilidade para nossa amostra, composta exclusivamente por trabalhadores de equipes de saúde (Mota & Borges, submetido). Desse modo, realizamos análise fatorial confirmatória (AFC) para cada uma das categorias do QCT, cujos resultados estão sintetizados na Tabela 2. Os indicadores gerais de ajuste dos modelos²¹ expressaram a validade do QCT.

Adotamos a Escala de Potência de Equipes de Trabalho (EPET), adaptada e validada para o contexto brasileiro por Siqueira, Martins, Costa e Abad (2014). Interessamos aprofundar o conhecimento sobre a qualidade de interação existente entre os componentes da equipe, considerando a percepção coletiva sobre sua capacidade para cumprir os objetivos frente às condições de trabalho. Ao serem estimulados a refletir sobre o trabalho em equipe multiprofissional, os componentes apresentam informações importantes sobre as características da interação na equipe (Puate-Palacios & Borba, 2009; Siqueira et al., 2014).

Como um construto desenvolvido no nível do grupo, a Potência revela a percepção de seus componentes sobre capacidade coletiva de realizar todas as tarefas que se apresentam no contexto da atividade (Puate-Palacios, Silva & Borba, 2015). E como a equipe é a sua *práxis* (Lapassade, 1974/1989), através desse questionário,

²¹ Condições físicas e materiais: $\chi^2/df=1,95$;GFI=0,99; CFI=0,98;PGFI=0,38;RMSEA=0,05
Processos e características da atividade: $\chi^2/df= 1,4$;GFI=0,98;CFI=0,99 ;PGFI= 0,46;RMSEA=0,031
Condições do ambiente sociogerencial: $\chi^2/df= 1,4$; GFI=0,98;CFI=0,99;PGFI= 0,52;RMSEA= 0,030

podemos obter informações sobre a existência da equipe integrada e ou se há apenas um grupo de pessoas reunidas para execução de tarefas complementares.

Tabela 2: *Fatores do QCT para trabalhadores da saúde*

Categoria	Fatores	Itens
Condições físicas e materiais	Risco psicobiológico	19) Quanto você se expõe às condições de trabalho abaixo? 19.21) Exigências psíquicas estressantes
		19.19) Contato com pessoas com doenças infectocontagiosas
		19.22) Riscos de pequenos acidentes de trabalho
		19.26) Agravamento de doenças que você contraiu por razões diversas.
	Ambiente	19.12) Mudança brusca de temperatura
		19.9) Fumaça de cigarro de outras pessoas
Processos e características da atividade	Desafio	25) Na execução de suas atividades de trabalho... 25.13) Você precisa apresentar emoções específicas
		25.14) Você precisa dissimular suas emoções
	Autonomia	24) Você pode escolher ou modificar ... 24.2) Os seus métodos de trabalho?
		24.1) A ordem das suas tarefas?
		24.3) O ritmo da realização das tarefas?
	Controle	27) O que você faz é definido ... 27.3) Por seu chefe/administrador sozinho
		22) De uma maneira geral, o seu ritmo de trabalho depende ... ? 22.4) Da velocidade automática de uma máquina ou do movimento de um produto
	Parcerias	25) Na execução de suas atividades de trabalho... 25.2) Você pode receber ajuda dos seus superiores/chefes?
		26) As suas atividades são executadas ... 26.2) em equipe?
	Condições do ambiente socio gerencial	Contradições
32.6)) Exigências conflitantes com seus princípios e valores		
32.7)) Realizar tarefas diferentes das suas		
32.8) Sobrecarga de tarefas		
Informações sobre riscos		31) No último ano, você...? 31.5) Foi informado sobre os riscos de acidentes no trabalho
		31.6) Foi informado sobre os riscos de adoecimento decorrente do trabalho
Violência		33) No último ano, esteve sujeito no trabalho a...? 33.2) Ameaças de violência física?
		33.1) Agressões verbais?
Oportunidade para diálogo		31) No último ano, você...? 31.4) Discutiu com o seu chefe problemas relacionados ao trabalho?
		31.1) Teve uma discussão franca com o seu chefe acerca do desempenho da sua função?

Como pretendíamos conhecer a percepção das equipes sobre as condições de trabalho na área da saúde, examinamos as evidências de validade da EPET para o

segmento ocupacional (Mota & Borges, submetido). Desse modo, partimos da escala com dez itens, adaptada e validada para o contexto brasileiro por Siqueira et al. (2014) em amostras de estudantes trabalhadores e realizamos Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com parte da atual amostra (n=417), cujo resultado revelou modelo com índices de ajuste adequados ($\chi^2/df=0,66$; GFI=0,99; CFI=1,00; PGFI=0,43; RMSEA= $<0,001$) confirmando a estrutural unifatorial da EPET, entretanto, com 6 itens (Tabela 3).

Entrevistas individuais com 14 trabalhadores de equipes de saúde foram realizadas, respeitando o fluxo do relato do participante. Para isso, o roteiro da entrevista era adaptado, à medida de sua aplicação conforme os assuntos eram apresentados pelo participante, com objetivo de privilegiar sua singularidade e, ao mesmo tempo, garantir a busca dos objetivos da entrevista. Realizamos as entrevistas no local de trabalho dos participantes, em horários previamente agendados, embora ocorressem interrupções para que o entrevistado conseguisse resolver alguma demanda inesperada de trabalho.

Tabela 3 – *Itens da EPET para trabalhadores da saúde*

Item	Afirmação sobre a equipe
EPET1	Meu grupo pode realizar suas tarefas com qualidade
EPET4	Meu grupo pode resolver qualquer problema de trabalho
EPET5	Meu grupo pode ser muito produtivo em diferentes condições de trabalho
EPET6	Meu grupo pode realizar tudo que se propõe a fazer
EPET7	Meu grupo pode vencer qualquer dificuldade ao realizar uma tarefa
EPET8	Meu grupo pode obter sucesso ao realizar uma tarefa

Para as entrevistas, utilizamos um roteiro com 12 questões abertas para promover a fala espontânea do entrevistado sobre como percebia as condições de seu trabalho, as oportunidades e qualidade das interações entre os colegas e gestores, os facilitadores ou empecilhos da ação em equipe, as chances de se compartilhar objetivos e resultados, a existência de ações institucionais incentivadoras do trabalho em equipe,

as ações coletivas para alcançarem os resultados e a importância do trabalho em equipe no desempenho geral.

Através de observações livres durante a realização das entrevistas e aplicação dos questionários, a aproximação com o cotidiano da atividade favoreceu-nos coletar informações que enriqueceram a análise do conteúdo dos relatos dos trabalhadores, permitindo a apreensão de informações que são comunicadas por outros meios diferentes da fala tais como gestos, postura física, expressões faciais, entonação na voz do entrevistado, bem como aspectos da configuração física do local do trabalho do participante. Gravamos as entrevistas e posteriormente as transcrevemos para garantir a fidedignidade da apreensão dos conteúdos

Procedimento de coleta de dados e cuidados éticos

A coleta de dados junto aos trabalhadores foi iniciada após a obtenção do consentimento da Gerência de Assistência (GEAS) e da Gerência de Educação em Saúde (GEDS) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, bem como da Coordenadoria Estadual de Atenção Especializada de Minas Gerais e dos Secretários Municipais de Saúde dos municípios sede do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE). Os questionários foram apresentados, durante o período de Julho de 2017 a Fevereiro de 2018, através de formulário eletrônico via internet e no formato impresso em papel. Após tempo hábil para adesão dos profissionais de saúde à pesquisa de modo voluntário e mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os questionários impressos foram recolhidos.

Também entrevistamos 14 trabalhadores da área da saúde, escolhidos dentre aqueles cujo pertencimento à equipe tinha duração de, no mínimo, seis meses e que eram também componentes de quatro equipes das quais três componentes, pelo menos,

concordaram em conceder-nos a entrevista. A adesão dos participantes à entrevista foi voluntária como requisito de sua qualidade, mas mesmo assim aplicamos o TCLE.

Procedimentos de análise de dados

Utilizamos a técnica da modelagem de equações estruturais (MEE) para análise sobre esse aspecto, dada a sua complexidade. As respostas aos questionários estruturados foram registradas em banco de dados (n=434) do Statistical Package of Social Science (SPSS) em que realizamos os tratamentos preliminares²² e estimamos os escores fatoriais pela média dos itens de cada fator. Transferimos os dados para o *software* Lisrel e, com seus recursos, aplicamos MEE. O método de Máxima Verossimilhança foi adotado após considerarmos as características do banco de dados.

Pelo caráter confirmatório da MEE, sua adoção favoreceu a compreensão das relações explicativas e simultâneas entre as múltiplas variáveis, latentes e observadas, que foram identificadas nas AFE e AFC dos questionários utilizados (D’Ancona, M.A.C., 2002; Pilati, R. & Laros, J.A., 2007), ou seja, qual a magnitude do impacto das condições de trabalho na atividadedas equipes na saúde.

Em relação às entrevistas, procedemos com Análise de Conteúdo hermenêutico-dialética, usando o *software* QDA Miner como ferramenta técnica de apoio e registro. Essa técnica busca compreender porque o ator se exprime de determinada forma e não de outra, entender o participante inserido na situação histórico-social, tecendo uma interpretação da realidade a partir de seus recursos culturais e suas crenças (Bardin, 2006, Minayo, 2000). Desse modo, após as etapas preliminares de leitura flutuante e estabelecimento do “corpus da pesquisa” (Bauer & Gaskell, 2000), identificamos núcleos de sentido categóricos nas verbalizações e organizamos esses em tabelas de frequência.

²² Levantamento das respostas em branco e daquelas com concentração em única alternativa para substituição pelas médias casos (D’Ancona, 2002; Pilati & Laros, 2007).

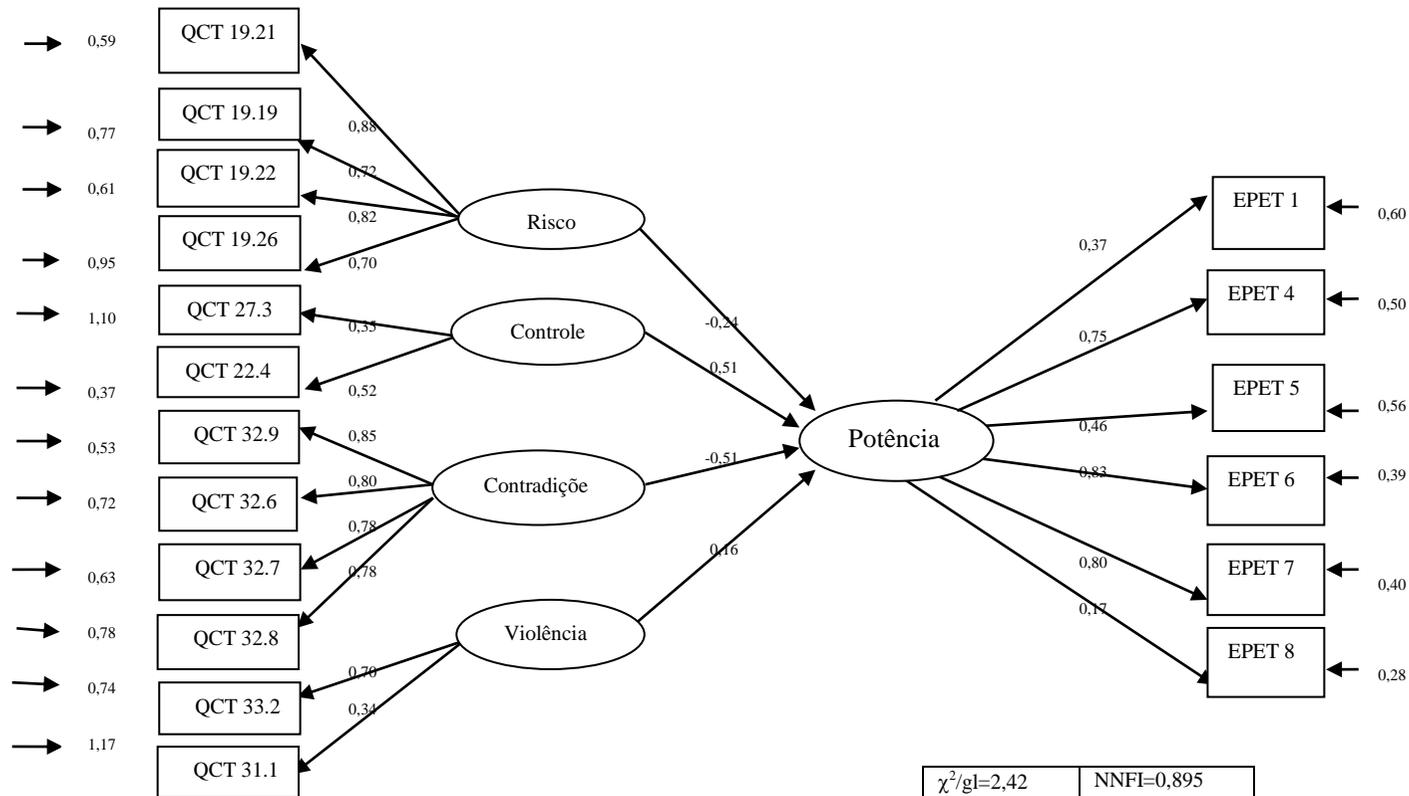
Resultados

Modelagem de equações estruturais

Desenvolvemos a MEE em duas etapas. O modelo encontrado (Figura 1) apresentou um indicador que mostrou inadequação de ajuste (Quiquadrado), outros que são considerados razoáveis (RMSEA, PGFI), mas vários indicadores com coeficientes muito bons (CFI, IFI, RFI, NFI, AGFI, RMSR, GFI), conforme referências de especialistas nessa técnica de análise (Malhotra, Lopes, & Veiga, 2014; Maroco, 2014).

As variáveis observadas²³ discriminaram quatro variáveis latentes para o QCT: Risco, Controle, Contradições e Violência, contribuindo com coeficiente de variância em conjunto $R^2 = 0,322$ para predição da Potência. Os fatores Controle e Contradições apresentaram igual magnitude específica na predição da Potência, sendo as mais fortes dentre as variáveis explicativas. Controle é diretamente proporcional à variável critério Potência, mas Contradições e Risco são inversamente proporcionais à Potência (Tabela 4). Além disso, Violência foi discriminada como a variável explicativa que apresentou o menor coeficiente de mudança esperada dentre as demais, sendo diretamente proporcional à Potência.

²³ Variáveis indicadoras para Risco: QCT19.21, QCT19.19, QCT19.22, QCT19.26; Controle: QCT27.3, QCT22.4; Contradições: QCT32.9, QCT32.6, QCT32.7, QCT32.8 e Violência: QCT33.2, QCT31.1.



$\chi^2= 302,37$ $df= 125$ $p= 0,00$ $RMSEA= 0,05$

$\chi^2/df=2,42$	NNFI=0,895
CFI=0,914	AGFI=0,901
IFI=0,915	PGFI=0,678
RFI=0,833	RMSR=0,05
NFI= 0,864	GFI=0,928

Figura 1: Resultados da MEE

Entrevistas

Seguindo os procedimentos analíticos descritos na seção do Método, organizamos os conteúdos das entrevistas conforme as três categorias do QCT para as quais as análises fatoriais foram realizadas. Posteriormente, codificamos esse material conforme seus sentidos nos relatos (Tabela 4). Como mencionado, as informações obtidas através das observações livres da atividade contribuíram também para a análise dos conteúdos.

Tabela 4: *Análise categórica do conteúdo das entrevistas*

Categoria	Código	Descrição	Cases	% Cases
Condições físicas e materiais	Riscos psicobiológicos	Percepção do risco do adoecimento físico ou psíquico	10	71,4%
Processos e características da atividade	Controle	Perceber-se submetido às prescrições e ao controle da chefia, colegas e usuários do serviço.	13	92,9%
Condições do Ambiente	Contradições	Perceber-se exposto às contradições entre recomendações normas para realização das tarefas e o contexto de trabalho	14	100,0%
Sociogerencial	Violência	Perceber-se exposto a situações de violência no trabalho	10	71,4%

Os aspectos relacionados ao código Contradições foram identificados em todos os relatos, evidência de que a percepção sobre paradoxos na situação de trabalho é fortemente compartilhada entre os entrevistados. Os trechos apresentados a seguir são exemplos disso:

Quer dizer, a gestão incentiva? Incentiva, mas eu não consigo fechar setor para participar todo mundo. (...) Seria muito mais rico se a gente conseguisse falar: precisa ser feito, a gente sabe que não é fácil, mas vamos pensar em alguma

alternativa? Vamos fazer um com todo mundo no sábado? A equipe mesmo tinha interesse quando eu vim para cá, de fazer capacitações aos sábados. A gestão achou que não poderia fazer porque iria gerar banco de horas – sábado não é dia de expediente. Enfim, não permitiram e era o momento de entrosamento, de qualificação de processo de trabalho. (Gerente).

Porque você coloca suas demandas, você coloca suas angústias, você preenche um negócio que dá trabalho pra danar, depois ninguém te dá nem um *feedback*. E eles não te dão a menor condição de trabalho para você fazer e depois vão te penalizar por isso. Aí eles vão me cobrar um percurso, mas me deixaram seis anos sem agente de saúde...Vou fazer esse percurso como? Eles vão estar me cobrando uma coisa que não dão acesso. Contraditório! (...) Não tem como, entendeu? (...). Então, enquanto eles não contarem com a ponta, não oferecerem uma coisa legal, não trocarem ideias... Está virando aquela coisa meio de... Trabalhador está contra o empregador. Não é que a gente esteja contra! Todo mundo tinha é que lutar junto. Sabe? (Enfermeira).

Sobre tais contradições encontradas, Brito et al. (2011) assinalaram que a padronização das práticas de atenção em saúde restritas aos protocolos é inalcançável, pois para conseguirem realizar a atividade os trabalhadores têm que desenvolver suas próprias estratégias de ajuste às especificidades da situação, pois os problemas e sua resolução não são idênticos para todos serviços de saúde. Esse processo é dinâmico, envolvendo especificidades das condições de trabalho, além das experiências e saberes do trabalhador. As prescrições da atividade muitas vezes são experimentadas como contraditórios e as lacunas existentes entre a multiplicidade de normas e o que é

possível realizar é perceptível aos trabalhadores. Esses conflitos identificados nos conteúdos de todas as entrevistas foram codificados na Categoria Condições do Ambiente Sociogerencial como Contradições.

Os princípios do SUS, prescrições primordiais, são percebidos como proposições gerais que, sendo adotadas como valores pelo trabalhador, propiciam situações nas quais ele se reconhece como protagonista na atividade. Entretanto, a adesão literal a seus princípios revela um paradoxo: ao mesmo tempo em que promove as ações em saúde, dificulta a identificação dos problemas existentes nas condições de trabalho, impedindo o desenvolvimento de ações para sua transformação (Batista Júnior, 2016; Brito et al., 2011).

Prosseguindo na análise dos relatos, a frequência de conteúdos codificados como Controle (92,9%) revela que o trabalhador percebe as restrições ao desenvolvimento da atividade. Caracterizado pela intensa interação social, o trabalho em saúde decorre do envolvimento entre o trabalhador, seus pares e os usuários dos serviços, sendo essa interação influenciada pelas condições de trabalho, como identificamos a partir dos trechos das entrevistas.

Tem frustrações porque às vezes a gente quer resolver o máximo do problema do paciente e a gente não consegue. A gente depende de outras pessoas para chegar naquele objetivo e às vezes a gente não tem sucesso, mas a gente vai trabalhando para isso, tenta fazer o melhor possível. (Técnica em enfermagem)

É essa questão que entra um pouquinho em processo de trabalho e coleguismo, de sobrecarga. Se os outros colegas não resolveram, você nunca os acha, nunca estão no setor. Então você vai em que está acessível na hora, sabe? Não

protegem. A gente tem esse problema interno e a gente tá tentando organizar.
(Enfermeira)

Ficou sem médico um mês ou mais e aí ficou bem difícil. O usuário não entende né?... acham que a culpa é da gente... a gente que está na linha de frente, né?”
(...) Nossa! A gente faz 99% bem e se faz 1% errado, é isso que sobressai.
(Técnica em enfermagem).

A lógica mercantil imposta aos serviços de saúde desde o final do século XX mantém-se, na atualidade, nos modelos de gestão que privilegiam produtividade com baixo custo (Souza, 2016). Essa situação impõe aos trabalhadores um controle a partir da quantidade de procedimentos e atendimentos realizados em detrimento da qualidade, eficácia e alcance social das ações em saúde. O trecho de uma das entrevistas exemplifica essa situação.

Porque muita coisa a gente não concorda, é imposição do Estado e a gente tem que fazer. A gente discutiu. O Estado nos cobra muito também, tem meta para tudo, muito protocolo, muita meta. Aí você tem supervisão por telefone, supervisão pessoal, confere prontuário por prontuário... é pesado! (Enfermeira)

Entretanto, quando o trabalhador da saúde identifica que em equipe, obtém maior controle sobre sua atividade, é capaz de perceber seu protagonismo no trabalho como no trecho a seguir.

A gente criou um fluxo para normatizar a liberação de medicamentos. Então, eu acho que também é um papel social você criar fluxo para burocratizar um pouquinho, para que as pessoas vejam que não é tão fácil, que o usuário tem que se organizar. Então você tem que ter um pouquinho um papel de educadora para ele se sentir reinserido na sociedade. Sabe? E a gente faz um pouco disso, a gente normatiza isso. A gente fez o documento, é reconhecido. Então está dando certo e eu acho muito importante a gente ter respaldo de tudo. (Enfermeira)

Os códigos Riscos Psicobiológicos e Violência apresentaram o mesmo percentual como indicador de frequência (71,4%) nas entrevistas. Como um aspecto que se refere à materialidade da realização da atividade, os riscos de adoecimento tanto estão relacionados à configuração física do local de trabalho, quanto ao modo de organização dos processos de trabalho e às relações socioambientais (Pinto & Silva, 2016). Assim, em nossas análises, esses aspectos foram classificados na categoria das Condições Físicas e Materiais, pois a atividade se desenvolve em relação ao meio. Os instrumentos e equipamentos podem ser recursos facilitadores na realização das tarefas, mas podem representar entraves quando dirigem os ritmos ou limitam a criatividade do trabalhador (Clot, 2006). A análise do trabalho, portanto, deve ser pautada nos usos que o trabalhador faz dos objetos ou da ausência deles. A fala de uma das entrevistas ilustra esse aspecto.

Você encontra processo de trabalho em que tem faltado tudo na rede... o básico. Você vê: meu consultório não tem uma pia, é janela de basculante, tem tempos que não vem sabão líquido para a gente lavar a mão, não tem papel toalha, não tem papel higiênico; então, sabe... você fica tentando fazer milagre e isso vai te

desgastando muito... você não ter condições de trabalho. (...) Uma das coisas que mais me irritam, que causam adoecimento é isso: falta de material, de recursos humanos. Falta de material é uma coisa que tem dificultado muito e a população não entende. (Enfermeira)

Na área da saúde a exposição a agentes patogênicos fica explícita nos modos de proteção do trabalhador para realização das tarefas e nos equipamentos de proteção individual, porém aspectos que deflagram o adoecimento psíquico foram também relatados.

Eu falo que fico muito sobrecarregada porque eu atendo acolhimento, eu ajudo no setor de consultas especializadas, ajudo na recepção... Aí tem aquele monte de usuários na minha frente, falando, batendo papo e xingando. Eu tenho o telefone tocando. Então o nível de estresse vai às alturas. (Técnica em enfermagem)

Eu vejo que tem havido um adoecimento muito grande, de profissionais de saúde. A gente já sabe, mas eu acho que tem piorado muito principalmente os casos de saúde mental, estado de estresse, depressão... Então eu acho que se a gente não trabalhar isso, vamos “pifar”. Eu falo: como é que gente doente vai atender gente doente? (Enfermeira).

Prosseguindo na análise dos relatos, classificamos conteúdos sobre Violência (71,4%) na categoria Condições do Ambiente sociogerencial. Em pesquisa sobre o convívio contínuo de trabalhadores de serviço de pronto atendimento em saúde com

situações de violência, Lancman et al. (2011) identificaram que elas são decorrentes da falta de entrosamento entre os trabalhadores, de poucas oportunidades para compartilhamentos de experiências, de pressões para maior rapidez dos atendimentos, dos conflitos na divisão das atribuições e responsabilidades, de escassa cooperação entre os trabalhadores, dentre outros aspectos que estão relacionados às condições do ambiente sociogerencial. Para esses autores, também o frequente e intenso contato com os usuários dos serviços que, submetidos à tensão e fragilidade emocional por estarem adoecidos, potencializam ainda mais as situações geradoras de conflito ao expressarem insatisfação atribuindo sua condição de enfermidade à ineficiência do Estado, aqui representado pelo trabalhador da saúde.

Entretanto, os efeitos da violência em suas diversas formas nem sempre são reconhecidos imediatamente pelos gestores ou mesmo pelos próprios trabalhadores, havendo inclusive indícios de assédio moral e discriminação (Lancman et al., 2011; Pinto & Silva, 2016). A análise das entrevistas, entretanto, apresentou evidências de que a violência no trabalho pode ocorrer da parte do usuário em relação ao trabalhador, da chefia para os subordinados ou mesmo entre colegas. Os trechos a seguir exemplificam essa situação.

Nós precisamos, nós trabalhamos, nós dependemos uns dos outros. Se eu vou pegar um prontuário e vejo que está lá embaixo: “Ó gente, vou pegar esse prontuário aqui, porque a médica vai demorar a chamar”. Então: “Pelo amor de Deus!... não tira isso daí não! Você é confusa. Nossa! Ansiosa!...” Falaram isso comigo. Ansiosa não! Querendo atender. Menina, eu saí na mesma hora. Eu não peguei. Eu sei que teria que ter ouvido isso e ter pegado o prontuário, mas nesse dia eu não tive vontade não. (Nutricionista).

Eu acho que há falta de segurança nas unidades e a questão da violência tem aumentado demais. Nessa unidade aqui a questão da violência é um fator, mas por conta da grande demanda. É às vezes da falta de profissionais, aí a unidade fica bem cheia mesmo e as pessoas ficam um pouco sem paciência, aí vem muitas agressões verbais. A falta do guarda, porteiro, eu acho que isso prejudicou. Eu acho que depois que retiraram os “posso ajudar” e os porteiros, eu acho que contribuiu bastante para aumento da violência. (Agente Comunitário de Saúde).

Numa época que tinha o guarda e porteiro, eu quase fui agredida por um usuário que é da saúde mental e quase me deu um soco, cuspiu no meu cabelo na recepção. Tinha uma arvorezinha de Natal na recepção, já jogaram no funcionário. (...) Já quebraram vidro da recepção, já deram soco, fora outras coisas. Às vezes o usuário não grita tanto, mas no atendimento ele é, de alguma forma, mais agressivo. (...) Aí com essa questão da saída dos porteiros e do guarda que antigamente era mais presente... piorou muito. (Assistente social).

Discussão

Os resultados da pesquisa, utilizando diferentes técnicas para análise de dados, apresentaram evidências de que a Potência – como crença coletiva na efetividade da equipe por ela própria (Guzzo et al, 1993; Siqueira et al, 2014) – é apresentada nas situações em que os trabalhadores do SUS se percebem como componentes de uma equipe integrada (Peduzzi, 2007). As análises realizadas também permitiram

discriminar os fatores das condições de trabalho que mais influenciam a atividade de equipes na área da saúde, bem como quantificar a magnitude dessa influência.

Considerando os resultados da MEE, o aumento da percepção de Controle que o trabalhador tem sobre seu fazer, influencia o aumento da percepção de Potência. Quando os trabalhadores conseguem administrar os modos de realizar a atividade nas ações em equipe, percebem maior controle e autonomia em seu trabalho, o que eleva a crença compartilhada na efetividade da equipe.

Para compreender esse aspecto é necessário ainda considerar que as diretrizes do SUS são percebidas pelos trabalhadores como perspectivas norteadoras e indissociáveis do trabalho em saúde (Batista Júnior, 2016). Pela adesão a essa proposta, o trabalhador considera os protocolos que regem as ações como recursos úteis para administração e enfrentamento dos desafios da atividade.

Além disso, os trabalhadores identificaram que, através das ações em equipe, têm mais possibilidades para trocar de conhecimentos e experiências. A percepção de poder agregar diferentes capacidades individuais para transformá-las em potencial compartilhado na equipe propicia ao trabalhador a percepção de ter maior domínio na realização da atividade.

Considerando que a existência da equipe está relacionada à sua práxis (Bleger, 2007; Lapassade, 1974/1989; Sartre, 1960/2002), é à medida que os trabalhadores desenvolvem novos meios de lidar com as intercorrências, que obtêm maior autonomia para tomar decisões, havendo então aumento da percepção de controle sobre os modos de fazer e também o aumento da Potência.

Porém, o fator Contradições revelou que quanto mais os trabalhadores percebem incoerências na situação de trabalho, menor será a Potência da equipe. Os resultados da análise das entrevistas mostraram que tais contradições, presentes na realidade dos

serviços de saúde, exigem dos trabalhadores esforço adicional para realização das tarefas.

Esse aspecto evidencia um contexto de trabalho que difere daquele que é preconizado pelos princípios do SUS. As discrepâncias entre o que é esperado como resultado das ações e o que é possível realizar frente às condições de trabalho (Borges, Tamayo, & Alves Filho, 2005) afetam a percepção dos trabalhadores sobre sua capacidade de atingir os objetivos, resultando na diminuição da Potência.

Entretanto, os desafios decorrentes das contradições na atividade também podem representar um estímulo se os trabalhadores percebem que, através das trocas de saberes e experiências em equipe, podem estabelecer oportunidades para criação de novos modos de realizar a atividade. Conforme Brito et al. (2011), “trabalhar configura-se, também, em um espaço onde novas normas se instauram.” (p. 26). É essa capacidade instituinte da equipe que promove o seu próprio desenvolvimento. Isto não significa que não se deva investir na melhoria das condições de trabalho. Reduzindo tais contradições, tal potencial criativo poderia ser liberado para avançar na qualidade dos serviços.

Também como resultado das análises, encontramos evidências de que a percepção do aumento dos Riscos Psicobiológicos na situação de trabalho diminui a Potência e, conseqüentemente afeta a progressão do trabalho em equipe. As análises das entrevistas corroboraram esses resultados, apresentando evidências empíricas sobre frequência de situações em que o trabalhador se percebe exposto a condições de trabalho potencialmente desencadeadoras de adoecimento físico e psíquico.

O trabalho em saúde oferece riscos que ultrapassam a contaminação por doenças infectocontagiosas ou exposição à radiação. A diversidade de tarefas, a imprevisibilidade inerente aos atendimentos e a ausência de estrutura gerencial

competente na administração das situações em que o trabalhador se percebe exposto a riscos, podem acarretar aumento de sofrimento emocional (Lancman et al.,2011; Pinto & Silva, 2016).

Além desse aspecto, a variável explicativa Violência também foi discriminada nos resultados das análises, revelando, porém, que a elevação da percepção de Violência na relação entre trabalhadores e usuários implica no aumento da percepção do trabalhador sobre a Potência da equipe. Esse resultado representa um paradoxo no trabalho em saúde. Entretanto, esse contrassenso revela a capacidade instituinte da equipe. O trabalhador identifica possibilidades de desenvolver estratégias para administrar situações em que percebe violência, a partir do compartilhamento de experiências e saberes em equipe.

Observando os resultados da análise das entrevistas, identificamos que o trabalhador da saúde não percebe do mesmo modo as agressões entre pares e as agressões que acontecem a partir do contato com os usuários. O usuário, por não ter conhecimento suficiente sobre os processos que envolvem a oferta de serviços no SUS, muitas vezes reage como se o trabalhador, representando o poder público, fosse responsável por ineficiências do sistema de saúde. A exposição à violência é percebida mais frequentemente nos casos em que as atividades assistenciais são realizadas fora da instituição e quando não há pessoal designado para cuidar da segurança nas unidades de saúde, conforme Pinto & Silva (2016). Entretanto, essas autoras ressaltaram que a violência nem sempre é facilmente identificada pelo trabalhador por não se apresentar de modo explícito, havendo indícios da existência de assédio moral e discriminação nos serviços de saúde.

Levando-se em consideração o conjunto de resultados, a pesquisa permitiu a obtenção de evidências empíricas que nos autoriza afirmar que a assimilação da

Potência a respeito de um grupo de trabalhadores contribui para indicar se há uma equipe integrada (Peduzzi, 2001) e não um conjunto de pessoas reunidas para execução das tarefas complementares.

Além disso, os resultados da pesquisa apresentaram evidências de que Risco, Controle, Contradições e Violência são os fatores de condições de trabalho que principalmente afetam o desenvolvimento e manutenção das equipes em saúde .

Considerações Finais

O objetivo de identificar os aspectos das condições de trabalho que mais afetam a atividade de equipes de saúde foi alcançado na pesquisa. Além disso, foi possível identificar evidências da capacidade instintiva da equipe, confirmando seu valor como estratégia para que os resultados na atividade em saúde sejam efetivamente obtidos. Uma compreensão mais aprofundada sobre as equipes de saúde é possível, se voltamos nossa atenção para os paradoxos presentes na situação de trabalho.

O conjunto de resultados da pesquisa também revelou que os esforços excessivos empreendidos pelos trabalhadores da saúde para administrar as dificuldades percebidas na situação do trabalho, podem acarretar desde a dissolução da equipe, até o adoecimento desses trabalhadores. É necessária a permanente atenção dos gestores em relação às condições de trabalho como fatores determinantes da equipe, considerando seu caráter dinâmico. Esse estudo contribui, portanto, para que os responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde reflitam no sentido de considerarem as despesas com melhoria nas condições de trabalho em saúde não como gasto, mas como investimento.

A gestão adequada dos fatores de condições de trabalho favorece o desenvolvimento da equipe, promovendo maior aproximação da realidade dos serviços

de saúde em relação aos princípios do SUS, promovendo condições de trabalho apropriadas para a atividade em equipe e o conseqüente aperfeiçoamento na oferta dos serviços de saúde aos usuários desse sistema.

Outra contribuição desse estudo consistiu na obtenção de evidências de que a utilização de mais de uma estratégia de análise de dados, favorece a compreensão mais detalhada sobre relações existentes entre múltiplas variáveis. A pesquisa possibilitou a determinação de inferências sobre os modos de ação das equipes de saúde frente às condições de trabalho, ultrapassando resultados apenas descritivos.

Entretanto, o caráter transversal desse estudo representa uma limitação, além do fato de não ter sido possível a coleta de dados em maior número de municípios mineiros, em decorrência das dificuldades de obtenção de apoio e financiamento à pesquisa no Brasil. Não ter sido possível atingir todos os níveis de atenção à saúde definidos pelo SUS, pelos mesmos motivos representa outra limitação desse estudo.

Reconhecemos a possibilidade de análise da atividade em equipes sob outras perspectivas epistêmicas, como por exemplo a abordagem multinível (Pueñte- Palácios & Laros, 2009) e a perspectiva do agir comunicativo²⁴ (Peduzzi, 2001). Adotamos, porém, a perspectiva da Psicossociologia por considerar que o trabalho inevitavelmente decorre das relações estabelecidas no coletivo frente às condições materiais e históricas (Lhulier, 2014), devendo, portanto ser compreendido nas conexões estabelecidas entre o individual e o coletivo, o psíquico e o social, o particular e o geral (Carreteiro e Barros, 2011). Assim, a percepção do trabalhador sobre as condições de seu trabalho apresenta as marcas das relações estabelecidas com seus pares à medida que a atividade é desenvolvida e é nesse esforço coletivo que podemos apreender a existência do grupo ou da equipe.

²⁴ Conforme Habermas, J. 1989

Todavia, consideramos necessário que outros estudos sejam realizados a partir de outras perspectivas epistêmicas e a respeito de serviços de saúde de outros municípios brasileiros, por meio de parceria entre pesquisadores, para que seja testada a pertinência da generalização dos resultados obtidos nessa pesquisa.

Referências

- Albuquerque, F. J. B., & Puente-Palacios, K. E. (2004). Grupos e equipes de trabalho nas organizações. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 357-379). Porto Alegre: Artmed.
- Alves Filho, A. A. & Costa, M. T. (2013). Condições de Trabalho e Motivação em Contextos do Sistema Único de Saúde – SUS. *Interface*, 10(1), 56-74. Recuperado de <https://ojs.ccsa.ufrn.br/ojs/index.php?journal=interface&page=issue&op=viewFile&path%5B%5D=56&path%5B%5D=4>
- Alves, H. M. C., Dourado, L. B. R., & Côrtes, V. N. Q. (2013). A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2965-2975. doi: 10.1590/S1413-81232013001000021
- Andrade, A. L., Moraes, T. D., Tosoli, A. M., & Wachelke, J. (2015). *Burnout*, clima de segurança e condições de trabalho em profissionais hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 15(3), 233-245. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2015.3.565>
- Assunção, A. A. & Brito, J. (Orgs.) (2011). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo.
- Araújo, M. B. S. & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 455-464.
- Barbosa, S. C.; Máximo, T. A. C. O. (Orgs.). (2016). *O que o trabalho provoca? Estudos sobre as repercussões do trabalho na saúde dos trabalhadores [Livro Eletrônico]*. Campina Grande: EDUEPB.

- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Barros, V. A., & Carreiro, T. C. O. (2011). Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In P. F. Bendassolli, & L. A. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade* (pp. 208-226). São Paulo: Editora Atlas.
- Batista Júnior (2016). O SUS e as transformações do trabalho em saúde. In I. F., Braga, M. C. C. Velasques, & M. V. C. Morosini (Orgs.), *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde* (pp. 129-148). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPJSV.
- Blanch, J. M. (2003). Condiciones de Trabajo. In J. M. Blanch, M. J. Espuny, C. Gala, & A. Martín (Orgs.), *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos* (pp. 42-44). Barcelona: Editorial UOC.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2000). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes.
- Borges, L. O., Tamayo, A., & Alves-Filho, A. (2005). Significado do Trabalho entre os profissionais de saúde. In L. O. Borges (Org.), *O profissional de saúde e seu trabalho* (pp. 143-198). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borges, L. O., Falcão, J. T. R., Alves Filho, A., Costa, M. T. P., Souza, A. L.R., Leite, C. P. R. L. A., & Barros, S. C. (2013). Questionário de condições de trabalho: reelaboração e estruturas fatoriais em grupos. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 213-225. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
- Borges, L. O., Falcão, J. T. R., Alves-Filho, A., & Costa, T. P. (2015). *Condições de Trabalho*. In P. F. Bendassolli, & J. E. Borges-Andrade, (Orgs.), *Dicionário Brasileiro de Psicologia do Trabalho e das Organizações* (pp. 227-236). São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Brito, J., Muniz, H. P., Santorum, K. & Ramminger, T. (2011). O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: Assunção, A. A. & Brito, J. (org.) *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego* (pp. 23-43) Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Carreiro, T. C. O., & Barros, V. A. (2011). Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In P. F. Bendassolli, & L. A. Soboll (Orgs.), *Clínicas do Trabalho* (pp. 208-226). São Paulo: Atlas.

- Ciampone, M. H. T., & Peduzzi, M. (2000). Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 143-147. doi: 10.1590/S0034-71672000000700024
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho* (A. Sobral, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Costa, M. T. P., Borges, L. O., & Barros, S. C. (2015). Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 15(1), 43-58. doi: 10.17652/rpot/2015.1.490
- Crevelim, M. A., & Peduzzi, M. (2005). Participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 323-331. doi: 10.1590/S1413-81232005000200010
- Cea D'Ancona, M. A. (2004). Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social. Madrid: Editorial Síntesis.
- Damásio, B.F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Dimenstein, M., & Santos, Y. F. (2005). Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 91-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., & Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(2), 262-268. Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Gomes, T. D. & Puente-Palacios, K. E. (2018). Estresse ocupacional, um fenômeno coletivo: evidências em equipes de trabalho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 18(4), 485-493. doi: 10.17652/rpot/2018.4.14415
- Guzzo, R. A., & Shea, G. P. (1992). Group performance and intergroup relations in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Orgs.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 269-313). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Guzzo, R. A., Yost, P. R., Campbell, R. J., & Shea, G. P. (1993). Potency in groups: articulating a construct. *British Journal of Social Psychology*, 32, 87-106. doi: 10.1111/j.2044-8309.1993.tb00987.x

- Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
- Hackman, R. (1987). The design of work teams. In J. W. Lorsch (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior* (pp. 315-342). EnglewoodsCliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hewison, K. (2016). Precarious work. In S. Edgell, H. Gottfried, & E. Granter (Orgs.), *The SAGE Handbook of Sociology of Work and Employment* (pp. 1-47). Los Angeles: Sage publications.
- Kalleberg, A. L. (2009). O crescimento do trabalho precário: Um desafio global [L. Romão trad.]. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 24(69), 21-30.
- Kalleberg, A. L. (2016). Good jobs, bad jobs. In S. Edgell, H. Gottfried, & E. Granter (Orgs.), *The Sage Handbook of Sociology of Work and Employment* (pp.1-34). Los Angeles: Sage publications.
- Lapassade, G. (1989). *Grupos, organizações e instituições*. (H. A. A. Mesquita, trad.) Rio de Janeiro. Livraria Francisco Alves Editora. (Originalmente publicado em 1974)
- Lancman, S., Mângia, E. F., Gonçalves, R.M.A. & Jardim, T. A. (2011). Violência no trabalho e saúde mental em um serviço de pronto Atendimento hospitalar. In A. Assunção, A. & J. Brito (Orgs.), *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego*.(pp.111-130). Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Lhuillier, D. (2014). Introdução à psicossociologia do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 17, 5-20. doi:10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p5-19
- Malhotra, N. K., Lopes, E. L., & Veiga, R. T. (2014). Modelagem de equações estruturais com LISREL: uma visão inicial. *Revista Brasileira de Marketing*, 13(2), 28-43. doi: 10.5585/remark.v13i2.2698
- Marqui, A. B. T., Jahn, A. C., Resta, D. G. Colomé, I. C. S., Rosa, N., & Zanon, T. (2010). Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 956-961. doi: 10.1590/S0080-62342010000400014
- Maroco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & Aplicações*. Pêro Pineiro: Report Number.

- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416. doi: 10.1590/S0102-311x2004000500037
- Mendes, E. V. (2013). Vinte e cinco anos do SUS: resultados e desafios. *Estudos avançados*, 27(78), 27-34. doi:10.1590/S0103-40142013000200003
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Noronha, M. G. R. C. S., & Lima Filho, D. L. (2011). O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1745-1754. doi: 10.1590/S1413-81232011000300011
- Organização Internacional do Trabalho – OIT (2009). *Perfil do trabalho decente no Brasil*. Brasília/Genebra: OIT. Recuperado de <https://www.conjur.com.br/dl/perfil-trabalho-decente-brasil.pdf>
- OIT. Organização Internacional do Trabalho (2017). *World employment and social outlook: Trends 2017*. Genebra: OIT. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_541211.pdf
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 1927-1936. doi: 10.1590/0102-311X00099513
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109. doi: 10.1590/S0034-89102001000100016
- Peduzzi, M. (2007). Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In R. P. Pinheiro, M. E. Barros de Barros, & R. A. Mattos (Orgs.), *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas* (pp.161-177). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. Recuperado de <http://www.lappis.org.br/site/oque-fazemos-sp-1348150660/publicacoes/233>
- Pietro, C. (1994). *Los Trabajadores y sus condiciones de trabajo*. Madri: Ediciones HOAC.

- Pilati, R., & Laros, J. A. (2007). Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 205-216. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000200011>
- Pinto, I. C. M., & Silva, I. V. (2016) Condições de trabalho e sofrimento invisível dos trabalhadores da saúde. In I. F. Braga, M. C. C. Velasques, & M. V. C. Morosini, (Orgs.), *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde* (pp183-199). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV.
- Puente-Palacios, K., & Borba, A. C. P. (2009). Equipes de trabalho: fundamentos teóricos e metodológicos da mensuração de seus atributos. *Avaliação Psicológica*, 8(3), 369-379. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.
- Puente-Palacios, K., Andrade Vieira, R., & Freire, R. A. N. (2010). O impacto do clima no comprometimento afetivo em equipes de trabalho. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 311-322.
- Puente-Palacios, K., Almeida, R. S., & Rezende, D. V. (2011). O impacto da interdependência no trabalho sobre a efetividade de equipes. *Organizações & Sociedade*, 18(59), 605-623. <http://www.spell.org.br/documentos/ver/7263/o-impacto-da-interdependencia-no-trabalho-sobre-a-efetividade-de-equipes-/i/pt-br>
- Puente-Palacios, K., & González-Romá, V. (2013). Gestão de equipes de trabalho. In L. O. Borges, & L. Mourão (Orgs.), *O Trabalho e as Organizações* (pp. 311-338). Porto Alegre: Artmed.
- Puente-Palacios, K., & Albuquerque, F. J. B. (2014). Grupos e equipes de trabalho nas organizações. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil* (pp. 357-379). Porto Alegre: Artmed.
- Puente-Palacios, K., Silva, R. D., & Borba, A. C. P. (2015). Potência em equipes de trabalho. In K. Puente-Palacios, & A. L. A. Peixoto, (Orgs.), *Ferramentas de diagnóstico para organizações e trabalho: Um olhar a partir da Psicologia* (pp. 187-205). Porto Alegre. Artmed.
- Ramos, J., Peiró, J. M., & Ripoll, P. (2002). Condiciones de trabajo y clima organizacional. In J. M. Peiró, & F. Prieto (Orgs.), *Tratado de Psicología del Trabajo: La actividad laboral en su contexto* (pp. 37-92). Madrid: Síntesis Psicología.

- Ribeiro, E. M., Pires, D., & Blank, V. L. G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 438-446. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200011
- Rocha, E. C. A., & Araújo, M. A. D. (2009). Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal-RN. *Revista de Administração Pública-RAP*, 43(2), 481-517. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a10.pdf
- Santos, M. A. M. & Cutolo, L. R. A. (2003). A interdisciplinaridade e o trabalho de equipe no programa de saúde da família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 32(4), 65-74. Recuperado de http://www.acm.org.br/revista/index_revista.php
- Sartre, J. P. (1961). *O existencialismo é um humanismo*. (Ferreira, trad.). Lisboa: Editorial Presença. (Originalmente publicado em 1946)
- Sartre, J. P. (2002). *Crítica da razão dialética: precedido por questões de método*. (Teixeira, trad.). Rio de Janeiro: DP&A. (Originalmente publicado em 1960)
- Severo, S. B., & Seminotti, N. (2010). Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 1685-1698. doi: 10.1590/s141381232010000700080
- Scherer, M. D. A., & Pires, D. (2009). A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho de saúde da família na percepção dos profissionais de saúde. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, 3(2), 30-42. Recuperado de www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/730/739
- Schwab, K. (2016). A quarta revolução industrial. São Paulo: Edipro.
- Silva, I. Z. Q. J., & Trad, L. A. B. (2005). O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 25-38. doi: 10.1590/S1414-32832005000100003
- Silva-Roosly, A. C. B. & Athayde, Milton (2011). Gestão, Trabalho e Psicodinâmica do Reconhecimento no Cotidiano da Estratégia da Saúde da Família. In A. A. Assunção, & J. Brito (Orgs.). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego* (pp. 67-82). Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Siqueira, J. E. (2013). Vinte e cinco anos do SUS: o que há para comemorar. *O Mundo da Saúde*, 37(1), 56-64. Recuperado de http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/101/5.pdf

- Siqueira, M. M. M., Martins, M. C. F., Costa, L.V., & Abad, A. Z. (2014). Potência de equipes de trabalho. In M. M. M. Siqueira, (Org.), *Novas Medidas de Comportamento Organizacional: Ferramentas de Diagnóstico e de Gestão* (pp. 258-263). Porto Alegre. Artmed.
- Souza, M. A. S. L. (2016). Trabalho em saúde: como a lógica mercantil determina seu processo de precarização. In I. F. Braga, M. C. C. Velasques, & M. V. C. Morosini (Orgs.), *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde* (pp109-128). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV
- Standing, G. (2013). *O precariado: A nova classe perigosa*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Susskind, R., & Susskind, D. (2017). *The future of the professions. How technology will transform the work of human experts*. Oxford: Oxford University Press.
- Trad, L. A. B., & Rocha, A. A. R. M. (2011). Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1969-1980. doi: 10.1590/S1413-81232011000300031
- Wisniewski, D., Silva, E. S., Évora, Y. D. M., & Matsuda, L. M. (2015). Satisfação Profissional da Equipe de enfermagem X Condições e Relações de Trabalho: Estudo Relacional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 850-858. doi: 10.1590/0104-070720150000110014

Parte III

Considerações finais

Capítulo 5

Considerações finais

Conforme a perspectiva psicossociológica, nessa tese examinei a atividade s de equipes de saúde para apreender quais os fatores de condições de trabalho que mais intensamente interferem no trabalho das equipes e qual magnitude desse impacto.

Uma das contribuições da pesquisa foi aprofundar o conhecimento sobre as equipes de trabalho em serviços de saúde, examinado sua especificidade. Os resultados desse estudo apresentaram evidências sobre a necessidade de se compreender a equipe levando em conta o contexto em que se desenvolve, pois a equipe existe à proporção que desenvolve sua práxis.

Outra contribuição da pesquisa está na consecução de evidências sobre o valor da articulação de diferentes procedimentos de análise para a realização da pesquisa, cumprindo uma perspectiva multimetodológica. A obtenção de resultados com a adoção de distintos recursos para coleta dos dados (questionários estruturados, entrevistas semiestruturadas e observações livres) e de estratégias de análise diversificadas (análises de conteúdo categórica hermenêutico-dialética e análises estatísticas) atesta a utilidade dessa estratégia em estudos na área da Psicologia, representando a superação do dualismo quantitativo versus qualitativo.

A utilização das entrevistas semiestruturadas permitiu a obtenção de informações que ultrapassaram aquelas coletadas apenas com a utilização dos questionários, favorecendo análises mais aprofundadas sobre o trabalho em saúde. Assim, foi possível elucidar dúvidas decorrentes de informações obtidas na análise dos questionários que pareciam incompletas, revelando a importância do uso dessas técnicas como complementares.

A adoção pelo formato de três artigos na elaboração da tese propiciou o desenvolvimento da habilidade da autora para a escrita científica e a contribuição com a produção científica do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMG. Essa decisão também favorece a divulgação dos resultados da pesquisa de modo mais ágil.

Com a pesquisa foi possível identificar as especificidades do impacto de cada um dos fatores das condições de trabalho que foram discriminados nas análises – Controle, Contradições, Riscos Psicobiológicos e Violência – e quanto a sua força em conjunto na atividade das equipes de saúde. Além disso, esse estudo possibilitou estabelecer inferências sobre os modos de ação das equipes de saúde frente às condições de trabalho, ultrapassando os resultados apenas descritivos. Também foi possível a identificação de evidências da capacidade instuinte da equipe, confirmando seu valor como estratégia de gestão da atividade em saúde.

Outros resultados da pesquisa são a validação da Escala de Potência de Equipes de Trabalho (Siqueira et al., 2014) e do Questionário de Condições de Trabalho (Borges et al., 2013) para utilização com trabalhadores da saúde.

Como limitação, aponto o caráter transversal desse estudo devido a impossibilidade de coletar dados em outros municípios mineiros. Assim, sugiro que mais pesquisas sejam realizadas considerando outros locais e outros períodos de tempo para testar e aprimorar a generalização dos resultados aqui apresentados.

Porém, o conjunto de resultados obtidos apresentou que é no esforço do coletivo de trabalhadores no desenvolvimento de estratégias para realização da atividade frente às condições de trabalho, que a equipe se mantém viva. Outro aspecto a ser destacado como produto da pesquisa são as evidências obtidas acerca da utilidade do trabalho em

equipe como fator de proteção à saúde psíquica do trabalhador, já que como componente da equipe, ele pode perceber seu protagonismo na atividade.

Entretanto, esforços excessivos empreendidos pelos trabalhadores para administrar as dificuldades presentes na conjuntura atual na área da saúde, tem dificultado o desenvolvimento das ações em equipe, favorecendo a eclosão de doenças e causando dificuldades para consecução dos objetivos. Essa situação que ficou evidente nos resultados da pesquisa, revelou também sua principal utilidade prática, já que apontaram para a necessidade de permanente atenção dos gestores dos serviços públicos de saúde em relação às condições de trabalho dos profissionais.

Portanto, refletindo sobre os resultados da pesquisa, podemos apreender que o investimento em condições de trabalho adequadas ao contexto da atividade, além de representar menores gastos dos recursos públicos em decorrência de adoecimento do trabalhador da saúde, promove conjuntamente, a obtenção de resultados mais efetivos quanto a oferta de cuidados à saúde da população.

Referências

- Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir* (G. J. F. Teixeira & M. M. Z. Vianna, trad.). Belo Horizonte: Fabrefactum Editora.
- Dimenstein, M., & Santos, Y. F. (2005). *Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal*. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 91-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Duraffourg, J., Duc, M., & Durrive, L. (2010). O trabalho e o ponto de vista da Atividade. In Y. Schwartz, & L. Durrive (Orgs.), *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. (pp. 47- 82). Niterói. Editora da UFF.
- Ferreira, M. C. (2013), Ergonomia da Atividade: uma alternativa teórico-metodológica aplicada ao campo da Psicologia aplicada aos contextos de trabalho. In L. O. Borges, & L. Mourão (Orgs.), *O Trabalho e as Organizações: atuações a partir da Psicologia*. (pp. 557-580). Editora Artmed.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Leite, R. F. B. & Veloso, T.M.G. (2008). Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF. In: *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(2), 374-389. doi:10.1590/S1414-98932008000200012
- Lucáks, G.(2012). *Para uma ontologia do ser social I*. São Paulo: Boitempo Editorial. Recuperado de <https://arquivomarxista.files.wordpress.com>
- Luilhier, D. (2007). *Cliniques du travail*. Paris: Éditions Érès.
- Machado, M. N. M. (2010). Intervenção Psicossociológica, Método Clínico, de Pesquisa e de Construção Teórica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 5(2), Recuperado de [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/... n2 /Mata_Machado.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/...n2/Mata_Machado.pdf)
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/public/media/.../18446212121840542550.pdf>
- Mendes, E. V.(2013). Vinte e cinco anos do SUS: resultados e desafios. *Estudos Avançados*. 27(78), 27-34. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>
- Minayo, M. C. S. (1994). Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? *Revista Saúde e Sociedade*, 3(2), 42-63. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP. doi:10.1590/S0104-12901994000200004
- Ordaz Castillo, E., & Maqueda Blasco, J. (2014). Condiciones de trabajo en el transporte público por carretera. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(234), 90-98. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100008> Paim, J., Travassos, C.,

- Almeida., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online]. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf
- Pinheiro, R., Barros, M. E. B., & Mattos, R. A. (2007). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. Recuperado de <http://www.lappis.org.br/site/o-que-fazemos-sp-1348150660/publicacoes/233>
- Pereira, I. B., & Lima, J. C.F. (2008) *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro. EPSJV/FIOCRUZ. Recuperado de <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>
- Pinto, B. O. S., Carreteiro, T. C. O. C., & Rodriguez, L. S. (2015). Trabalhando no “entre”: a história de vida laboral como método de pesquisa em Psicossociologia. *Farol-Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, 2(5) 941-985. Recuperado de <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/3129/1646>
- Pinheiro, R., & e Araújo, R. M. (2006). (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.
- Schwartz, Y., & Durrive, L. (Org.), (2010). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói. Editora da UFF.
- Silva, C. O. (2002). *Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. (Tese de doutorado). Recuperado de <http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/silvacod/capa.pdf>.
- Turci, M. A., Lima, M. F.C., & Macinko, J. (2015). Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(9), 1941-1952. doi: 10.1590/0102-311X00132114
- Vasconcelos, E. M. (Org.). (2010). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez.
- Zanella, A. V., & Pereira, R. S. (2001). Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 6(1), 105-114. doi:10.1590/S1413-294X2001000100011
- Zappellini, M. B., & Feuerschütte, S. G. (2015). O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. *Administração: ensino e pesquisa*, 16(2), 241-273. doi:10.13058/raep.2015.v16n2.238

Anexo 1:

Questionário de
Condições de
Trabalho



Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde

QUESTIONÁRIO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO

(Borges et al , 2013)

Ficha individual

Idade: _____	Tempo de trabalho: _____
Sexo: () Feminino () Masculino	Tempo no trabalho atual: _____
Nível de instrução:	
() Nunca estudou	() Ensino médio completo
() Ensino fundamental incompleto	() Ensino superior incompleto
() Ensino fundamental completo	() Ensino superior completo
() Ensino médio incompleto	() Pós-graduação (especialização, residência, mestrado e/ou doutorado)
Ainda estuda? () Sim () Não	Se sim, que curso e série: _____
	Se não, com que idade parou de estudar? _____
Com que idade começou a estudar? _____	Foi estudante durante quantos anos? _____

Condições de trabalho: contratuais e jurídicas

1) Este trabalho (sobre o qual você está respondendo) é o seu único trabalho remunerado?

<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não	Se não, quantas horas por semana trabalha em média, no(s) seu(s) outro(s) trabalho(s)? <input type="checkbox"/> 20 horas semanais <input type="checkbox"/> Outras. Se outra, especifique: _____ horas semanais <input type="checkbox"/> 30 horas semanais <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> 40 horas semanais

2) Você é, principalmente...

<input type="checkbox"/> Autônomo	2.1) Se autônomo, você é: <input type="checkbox"/> Autônomo sem empregado <input type="checkbox"/> Autônomo com empregado <input type="checkbox"/> Autônomo com contrato de prestação de serviço sem empregado <input type="checkbox"/> Autônomo com contrato de prestação de serviço com empregados	
<input type="checkbox"/> Empregado	2.2) Se empregado, você está empregado em? <input type="checkbox"/> Empresas e organizações públicas <input type="checkbox"/> Empresas e organizações privadas <input type="checkbox"/> Organizações sem fins lucrativos (por ex: ONG's, fundações e cooperativas)	2.3) Se empregado, seu contrato é: <input type="checkbox"/> Sem carteira de trabalho assinada <input type="checkbox"/> Com carteira de trabalho assinada e temporário <input type="checkbox"/> Com carteira de trabalho assinada por tempo indeterminado <input type="checkbox"/> Com carteira assinada por período de experiência <input type="checkbox"/> Estatutário
003) Se você é empregado, qual a sua condição em relação a empresa? <input type="checkbox"/> Você é efetivamente empregado na empresa onde seu trabalho se realiza <input type="checkbox"/> Você é empregado de uma empresa terceirizada		
004) Se você é empregado, qual é a principal atividade da empresa ou organização onde trabalha? _____ () Não se aplica		

5) Seu contrato de trabalho aqui determina uma jornada de trabalho de quantas horas semanais?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 20 horas semanais | <input type="checkbox"/> 44 horas semanais |
| <input type="checkbox"/> 30 horas semanais | <input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____ horas |
| <input type="checkbox"/> 40 horas semanais | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

6) E na prática, quantas horas você trabalha normalmente por semana aqui?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 20 horas semanais | <input type="checkbox"/> 44 horas semanais |
| <input type="checkbox"/> 30 horas semanais | <input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____ horas |
| <input type="checkbox"/> 40 horas semanais | <input type="checkbox"/> _____) Não se aplica |

- 7) Normalmente, quantos dias por semana você trabalha aqui? _____ dias por semana
- 8) Normalmente, quantas vezes por mês trabalha durante a noite (pelo menos 2 horas entre as 10 horas da noite e às 5 horas da manhã)?
 _____ noites por mês () Nunca
- 9) Quantas vezes por mês (em média) trabalha aos domingos?
 _____ domingos por mês () Nunca
- 10) Gostaria de trabalhar ... ?
 44 horas semanais
 40 horas semanais
 30 horas semanais
 20 horas semanais
 Outro. Especifique: _____
- 10.1) Essa quantidade de horas de trabalho de minha preferência representa:
 Mais horas que no momento
 A mesma quantidade de horas que atualmente
 Menos horas que atualmente
- 11) No total, quantos minutos por dia demora normalmente no percurso de casa para o trabalho e do trabalho para casa (soma)? _____ minutos () Trabalho onde moro
- 12) Com relação às suas férias e descanso semanal (pode marcar mais de uma alternativa):
 goza férias anualmente
 recebe os adicionais de férias
 semanalmente conta com ao menos um dia de descanso/lazer
 vende uma parte das férias
 vende anualmente as férias completa
- 13) Com relação aos benefícios, o seu trabalho lhe proporciona (pode marcar mais de uma alternativa):
 previdência social
 plano de saúde ou auxílio saúde
 vale-alimentação ou auxílio-alimentação
 vale-transporte ou auxílio-transporte
 licença para se capacitar sem suspensão do seu salário
 creche ou auxílio-creche
 incentivo financeiro para estudar
 custeio total ou parcial de cursos
 outros. Quais? _____

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
14) Você trabalha ... ?					
14.1) o mesmo número de horas todos os dias					
14.2) o mesmo número de dias todas as semanas					
14.3) com horários fixos de entrada e de saída					
14.4) por turnos ou escala					

15) Quanto você ganha por mês?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de R\$ 560,00 | <input type="checkbox"/> De R\$ 3.600,00 a R\$ 4.200,00 |
| <input type="checkbox"/> De R\$ 560,00 a R\$ 900,00 | <input type="checkbox"/> De R\$ 4.200,00 a R\$ 5.400,00 |
| <input type="checkbox"/> De R\$ 900,00 a R\$ 1.200,00 | <input type="checkbox"/> De R\$ 5.400,00 a R\$ 6.600,00 |
| <input type="checkbox"/> De R\$ 1.200,00 a R\$ 1.800,00 | <input type="checkbox"/> De R\$ 6.600,00 a R\$ 9.000,00 |
| <input type="checkbox"/> De R\$ 1.800,00 a R\$ 2.400,00 | <input type="checkbox"/> De R\$ 9.000,00 a R\$ 11.400,00 |
| <input type="checkbox"/> De R\$ 2.400,00 a R\$ 3.000,00 | <input type="checkbox"/> De R\$ 11.400,00 a R\$ 14.000,00 |
| <input type="checkbox"/> De R\$ 3.000,00 a R\$ 3.600,00 | <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 14.000,00 |

16) O que você ganha é:	
<input type="checkbox"/> A única renda de sua família	<input type="checkbox"/> Aproximadamente a metade da renda familiar
<input type="checkbox"/> Quase a totalidade da renda familiar	<input type="checkbox"/> Uma parcela pequena da renda da família
17) O que você ganha é [PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA]:	
<input type="checkbox"/> salário fixo	<input type="checkbox"/> horas extraordinárias
<input type="checkbox"/> comissão por desempenho ou produção fixa	<input type="checkbox"/> participação em lucro
<input type="checkbox"/> comissão por produção variável	<input type="checkbox"/> apenas de acordo com sua produção
18) Se você é empregado, você recebe seu pagamento:	
<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique:
<input type="checkbox"/> Semanalmente	_____
<input type="checkbox"/> Mensalmente	_____
<input type="checkbox"/> Anualmente	_____
	<input type="checkbox"/> Não aplicável

Condições de trabalho: físicas e materiais

Utilizando a seguinte escala (de 'Nunca' a 'Todo o tempo'), responda cada item, marcando com X:

19) Quanto você se expõe às condições de trabalho abaixo?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
19.1) Vibrações provocadas por instrumentos manuais, máquinas, etc..						
19.2) Ruídos tão fortes que obrigam a levantar a voz para falar com as pessoas						
19.3) Calor desconfortável						
19.4) Frio desconfortável						
19.5) Fumaça (como fumaça de soldas ou de canos de escape), pó (como pó de madeira, de algodão) ou poeiras (como poeira de cimento, de barro), etc.						
19.6) Inalação de vapores (tais como de solventes, diluentes e/ou inseticidas)						
19.7) Manuseio ou contato da pele com produtos ou substâncias químicas						
19.8) Radiações, raio x, radioatividade, luz de soldadura, raios laser						
19.9) Fumaça de cigarro de outras pessoas						
19.10) Manuseio ou contato direto com materiais que podem transmitir doenças infecciosas (tais como lixo, dejetos, sangue, fluidos corporais, materiais de						
19.11) Exposição prolongada ao sol						
19.12) Mudança brusca de temperatura						
19.13) Excesso de umidade						
19.14) Iluminação insuficiente						

19) Quanto você se expõe às condições de trabalho abaixo?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
19.15) Iluminação excessiva						
19.16) Acidentes físicos (desabamentos, quedas de materiais, etc.)						
19.17) Acidentes com ferramentas, instrumentos e maquinários						
19.18) Falta de higiene no local de trabalho						
19.19) Contato com pessoas com doenças infecto-contagiosas						
19.20) Situações que podem desenvolver doenças ocupacionais						
19.21) Exigências psíquicas estressantes						
19.22) Riscos de pequenos acidentes de trabalho						
19.23) Riscos de acidentes de trabalho incapacitantes						
19.24) Riscos de acidentes de trabalho fatais						
19.25) Riscos de acidentes no trânsito						
19.26) Agravamento de doenças que você contraiu por razões diversas						
19.27) Posições dolorosas ou fatigantes						
19.28) Levantar ou deslocar pessoas						
19.29) Transportar ou deslocar cargas pesadas						
19.30) Operar máquinas e ferramentas que lhes exigem acentuado esforço físico						
19.31) Usar máquinas, equipamentos e/ou ferramentas com defeitos						
19.32) Ficar de pé ou andar						
19.33) Movimentos repetitivos da mão ou do braço						
19.34) Repetir movimentos em intervalos menores que dez minutos						
19.35) Repetir movimentos em intervalos de menos de um minuto						
19.36) Trabalhar nas instalações da empresa/organização						
19.37) Trabalhar fora da empresa/organização, a partir de sua casa com um computador						
19.38) Trabalhar em casa, excluindo o trabalho fora da empresa/organização com computador						
19.39) Trabalhar noutros locais que não sejam a sua casa ou instalações da empresa/organização, como por ex.: nas instalações de clientes, em viagem						
19.40) Estar em contato direto com pessoas que não são empregadas no seu local de trabalho, por exemplo, clientes, passageiros, alunos, doentes, etc.						
19.41) Trabalhar com computadores: Computadores pessoais, rede de dados, servidor						
19.42) Uso da Internet /e-mail para fins profissionais						
19.43) Usar vestuário ou equipamento pessoal de proteção						
19.44) Trabalhar em vias públicas (na rua)						

Condições de trabalho: processos e características de trabalho

20) Utilizando a seguinte escala (de 'Nunca' a 'Todo o tempo'), responda cada item, marcando com X:

20) O horário de seu trabalho é ...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
20.1) Definido pela empresa/organização sem possibilidade de alteração						
20.2) Uma escolha entre vários horários de trabalho fixos, determinados pela empresa/organização						
20.3) Adaptado por você dentro de certos limites (ex.: poder ocasionalmente trocar horário sob justificativa)						
20.4) Inteiramente determinado por você						
20.5) Combinado (acordado) entre você e clientes						
20.6) Combinado (acordado) entre você, colegas e outras pessoas						
20.7) Alterado com frequência pela chefia sem aviso prévio a você						
20.8) Alterado com frequência pela chefia com aviso prévio a você						
21) O seu trabalho implica ...						
21.1) Ritmo acelerado						
21.2) Prazos muito rígidos e muito curtos						
22) De uma maneira geral, o seu ritmo de trabalho depende ... ?						
22.1) Do trabalho feito pelos seus colegas						
22.2) Dos pedidos diretos de pessoas como os clientes, os passageiros, os alunos, os usuários, os pacientes, etc.						
22.3) De objetivos quantitativos de produção ou desempenho						
22.4) Da velocidade automática de uma máquina ou do movimento de um produto						
22.5) Do controle direto do seu chefe						
23) O seu trabalho lhe exige ... ?						
23.1) Respeitar normas (administrativas, técnicas, de segurança, etc.)?						
23.2) Avaliar por você mesmo(a) da qualidade do seu trabalho?						
23.3) Resolver por você mesmo(a) problemas imprevistos?						
23.4) Realizar tarefas monótonas?						
23.5) Realizar tarefas repetitivas?						
23.6) Realizar tarefas complexas?						
23.7) Aprender coisas novas?						
23.8) Interromper uma tarefa para realizar outras						
23.9) Ser contactado por e-mail e/ou por telefone fora do seu horário						
24) Você pode escolher ou modificar ... ?						
24.1) A ordem das suas tarefas?						
24.2) Os seus métodos de trabalho?						
24.3) O ritmo da realização das tarefas?						

25) Na execução de suas atividades de trabalho...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
25.1) Você pode receber ajuda de colegas						
25.2) Você pode receber ajuda dos seus superiores/chefes						
25.3) você pode receber ajuda externa à empresa/organização						
25.4) Você tem influência sobre a escolha dos seus colegas de trabalho						
25.5) Você pode fazer pausa quando desejar						
25.6) Você tem tempo suficiente para terminar o seu trabalho						
25.7) Você é livre para decidir quando tira férias ou dias de folga						
25.8) Você pode negociar com chefes e colegas quando tirar férias e/ou dias de folga						
25.9) Você tem oportunidade para fazer o que sabe fazer melhor						
25.10) Você pode fazer um trabalho bem feito nas condições de trabalho atuais.						
25.11) Você pode pôr em prática as suas idéias						
25.12) Você é intelectualmente exigido (desafiado)						
25.13) Você precisa apresentar emoções específicas						
25.14) Você precisa dissimular suas emoções						
26) As suas atividades são executadas ...?						
26.1) por você sozinho						
26.2) em equipe						
27) O que você faz é definido ...						
27.1) Previamente por setores aos quais você tem pouco acesso						
27.2) Em manuais de serviço que você precisa seguir passo a passo						
27.3) Por seu chefe/administrador sozinho						
27.4) Por seu chefe/administrador após ouvir a equipe de trabalho						
27.5) Pela equipe de trabalho						
27.6) Por você, planejando independentemente						
27.7) Por você, negociando com colegas e chefes						
28) Suas atividades e funções exigem...						
28.1) As qualificações e experiência que você já tem						
28.2) Atualizações						
28.3) Formação suplementar ao que já tenho						
29) Quanto às suas responsabilidades você responde por...						
29.1) Danos a equipamentos, máquinas e objetos						
29.2) Por qualidade no atendimento a outras pessoas						
29.3) Erros técnicos no desenvolvimento de seu trabalho						

30) Nos últimos 12 meses, você participou de algum tipo de formação para melhorar as suas competências?

() Sim () Não

30.1) Se sim, quem pagou por esta formação?

() Você.

() Seu empregador.

() Outro, com anuência do empregador.

30.2) Quanto tempo durou tal formação? _____ dias

30.3) Participou de outro tipo de formação ou aprendizagem (por ex: auto-aprendizagem, seminários na internet, etc)

() Sim

() Não

Condições de trabalho: ambiente sociogerencial

31) No último ano, você...?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não se aplica
31.1) Teve uma discussão franca com o seu chefe acerca do desempenho da sua função?						
31.2) Foi consultado sobre mudanças na organização do trabalho e/ou nas suas condições de trabalho?						
31.3) Foi sujeito a uma avaliação formal regular do desempenho das suas funções?						
31.4) Discutiu com o seu chefe problemas relacionados ao trabalho?						
31.5) Foi informado sobre os riscos de acidentes no trabalho						
31.6) Foi informado sobre os riscos de adoecimento decorrente do trabalho						
32) Em seu trabalho, você está exposto a:						
32.1) Pressão por decisões rápidas						
32.2) Falta de material necessário para a realização de suas tarefas						
32.3) Falta de equipamentos/ferramentas adequadas						
32.4) Exigências desproporcionais às condições de trabalho						
32.5) Conflitos com colegas e chefias						
32.6) Exigências conflitantes com seus princípios e valores						
32.7) Realizar tarefas diferentes das suas						
32.8) Sobrecarga de tarefas						
32.9) Realizar tarefas conflitivas ou contraditórias						
32.10) Realizar tarefas desagradáveis						
32.11) Ficar sem fazer nada						
32.12) Assumir responsabilidade por punir						

33) No último ano, esteve sujeito no trabalho a...?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não se aplica
33.1) Agressões verbais?						
33.2) Ameaças de violência física?						
33.3) Violência física?						
33.4) Intimidações / perseguição?						
33.5) Discriminação de sexo (homem x mulher)?						
33.6) Assédio sexual?						
33.7) Discriminações ligadas à idade?						
33.8) Discriminações ligadas à nacionalidade?						
33.9) Discriminações ligadas a questões raciais?						
33.10) Discriminação ligada à classe social?						
33.11) Discriminação ligada à religião?						
33.12) Discriminação ligada a características pessoais (altura, surdez, cegueira, gagueira, etc.)?						
33.13) Discriminação ligada a preferências sexuais?						
33.14) Discriminação ligada à história pessoal (prostituição, ex-presidários, portadores de doenças contagiosas ou crônicas, etc.)?						

34) Quantas pessoas trabalham com você aqui (no setor ou unidade administrativa)	
<input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> 2 a 4 pessoas <input type="checkbox"/> 5 a 9 pessoas <input type="checkbox"/> 10 a 49 pessoas	<input type="checkbox"/> 50 a 99 pessoas <input type="checkbox"/> 100 a 249 pessoas <input type="checkbox"/> 250 a 499 pessoas <input type="checkbox"/> 500 e mais pessoas
35) Quantas pessoas trabalham sob a sua direção e dependem de você para receber aumentos de salário, prêmios ou promoções?	
_____ pessoas	<input type="checkbox"/> Nenhuma

Anexo 2

Escala de Potência de Equipes de Trabalho

(Siqueira et al., 2014)



Universidade Federal de Minas Gerais
 Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
 Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde

Escala de Potência de Equipes de Trabalho EPET

Por favor, utilize a seguinte escala para mostrar seu nível de concordância com cada afirmação a seguir sobre seu grupo.

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Nem concordo, nem discordo.	4 Concordo	5 Concordo muito
--	-----------------------------	--	-----------------------------	---

- 1 () Meu grupo pode realizar suas tarefas com qualidade
- 2 () Meu grupo pode falhar ao realizar uma tarefa
- 3 () Meu grupo pode ser reconhecido como equipe de alto desempenho
- 4 () Meu grupo pode resolver qualquer problema de trabalho
- 5 () Meu grupo pode ser muito produtivo em diferentes condições de trabalho
- 6 () Meu grupo pode realizar tudo que se propõe a fazer
- 7 () Meu grupo pode vencer qualquer dificuldade ao realizar uma tarefa
- 8 () Meu grupo pode obter sucesso ao realizar uma tarefa
- 9 () Meu grupo pode ser considerado uma equipe competente
- 10 () Meu grupo pode cumprir suas tarefas com responsabilidade

Anexo 3

Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Que cargo você ocupa?
2. Qual o seu papel na equipe?
3. Descreva seu trabalho da forma como você o percebe.
4. Existem profissionais que apresentam dificuldades para trabalhar em equipe?
5. Em sua opinião estas dificuldades possuem relação com o tipo de trabalho?
6. Quais os aspectos em seu trabalho você considera importantes para um bom desempenho em equipe?
7. Há oportunidades de interação entre os componentes da equipe?
8. Em sua equipe as tarefas são compartilhadas?
9. Os resultados do trabalho realizado por sua equipe coincidem com o desempenho que a instituição espera?
10. Há alguma ação institucional específica para incentivar o trabalho em equipe?
11. O seu desempenho depende do desempenho da equipe?
12. Você pode sugerir alterações na estratégia utilizada pela equipe para cumprir os objetivos?
13. Para você, qual o significado de trabalhar em equipe?

Anexo 4

Termo de

Consentimento Livre e

Esclarecido

(Questionários)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa, “O impacto das condições de trabalho na atividade de equipes multiprofissionais de saúde”, que é coordenada pela Profa. *Livia de Oliveira Borges* e pela doutoranda Valéria Maria da Conceição Mota da UFMG (Belo Horizonte). Você participa apenas se você quiser e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo explorar, segundo o olhar dos profissionais de saúde que compõem equipes multiprofissionais, se as condições de trabalho influenciam a atuação em equipe. Desse modo, contribuirá para melhor conhecer a realidade de seu trabalho. Caso decida aceitar o convite, sua participação consistirá em responder a um questionário sobre condições de trabalho (QCT) e sobre a capacidade de sua equipe para realizar as tarefas no dia a dia profissional (EPET).

Os riscos envolvidos com sua participação consistem na exposição de suas opiniões; riscos que estão sendo minimizados pela providência de não identificá-lo, ou seja, de não anotar o seu nome. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

Você não terá benefícios pessoais diretos ao participar da pesquisa, mas poderá se beneficiar com a melhor compreensão sobre o modo como as condições de trabalho podem influenciar a atuação em equipe.

Não estamos prevendo que você venha a ter quaisquer despesas ou danos em decorrência de sua participação, mas se despesas ou danos vierem a ocorrer você será ressarcido ou indenizado conforme o caso.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a Profa. *Livia de Oliveira Borges* e para a doutoranda Valéria Maria da Conceição Mota, em Belo Horizonte (endereço e telefone especificado ao final). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa também poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG conforme endereço também especificado ao final.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “O impacto das condições de trabalho na atividade de equipes multiprofissionais de saúde”.

Participante da pesquisa:

Nome:	Assinatura
Pesquisador responsável	
<i>Livia de Oliveira Borges (Belo Horizonte)</i>	Assinatura:
<i>Valéria Maria da C.Mota (Belo Horizonte)</i>	Assinatura:

Endereço: Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Sala 4001. Campos Pampulha. Av. Antônio Carlos, 6627. CEP 31270-901. (Telefone: 3409-6266).

Comitê de Ética e Pesquisa: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG. CEP 31270-901. (Telefone 031-3409-4592)

Anexo 5

Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido

(Entrevistas)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa, “O impacto das condições de trabalho na atividade de equipes multiprofissionais de saúde”, que é coordenada pela Profa. *Livia de Oliveira Borges* e pela doutoranda Valéria Maria da Conceição Mota da UFMG (Belo Horizonte). Você participa apenas se você quiser e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo explorar, segundo o olhar dos profissionais de saúde que compõem equipes multiprofissionais, se as condições de trabalho influenciam a atuação em equipe e, desse modo, contribuirá para melhor conhecer a realidade de seu trabalho. Caso decida aceitar o convite, sua participação consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada com uso de gravador.

Os riscos envolvidos com sua participação consistem na exposição de suas opiniões; riscos que estão sendo minimizados pela providência de não identificá-lo, ou seja, de não anotar o seu nome. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

Você não terá benefícios pessoais diretos ao participar da pesquisa, mas poderá se beneficiar com a melhor compreensão acerca do modo como as condições de trabalho podem influenciar a atuação em equipe.

Não estamos prevendo que você venha a ter quaisquer despesas ou danos em decorrência de sua participação, mas se despesas ou danos vierem a ocorrer você será ressarcido ou indenizado conforme o caso.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a Profa. *Livia de Oliveira Borges* e para a doutoranda Valéria Maria da Conceição Mota, em Belo Horizonte (endereço e telefone especificado ao final). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa também poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG conforme endereço também especificado ao final.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “O impacto das condições de trabalho na atividade de equipes multiprofissionais de saúde”.

Participante da pesquisa:

Nome:	Assinatura
-------	------------

Pesquisador responsável

<i>Livia de Oliveira Borges (Belo Horizonte)</i>	Assinatura:
<i>Valéria Maria da C.Mota (Belo Horizonte)</i>	Assinatura:

Endereço: Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Sala 4001. Campos Pampulha. Av. Antônio Carlos, 6627. CEP 31270-901. (Telefone:031-3409-6266).

Comitê de Ética e Pesquisa: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG. CEP 31270-901. (Telefone 031-3409-4592).