

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Simone Maria de Almeida

**ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS EMPREGADAS POR CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS
DE UM HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL DE ENSINO**

**Belo Horizonte
2020**

Simone Maria de Almeida

**ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS EMPREGADAS POR CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS
DE UM HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL DE ENSINO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Solange Cervinho Bicalho Godoy

**Belo Horizonte
2020**

Almeida, Simone Maria de.
AL447e Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias
de um hospital público federal de ensino [manuscrito]. / Simone
Maria de Almeida. - - Belo Horizonte: 2020.
177 f.: il.
Orientador (a): Solange Cervinho Bicalho Godoy.
Área de concentração: Gestão em Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Trabalho. 2. Hospitais Públicos. 3. Hospitais de Ensino. 4.
Hospitais Universitários. 5. Administração de Serviços de Saúde. 6.
Administração Hospitalar. 7. Dissertação Acadêmica. I. Godoy,
Solange Cervinho Bicalho. II. Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 27

ATA DE NÚMERO 27 (VINTE E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA SIMONE MARIA DE ALMEIDA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 13 (treze) dias do mês de abril de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS EMPREGADAS POR CHEFIAS INTERMEDIÁRIAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO FEDERAL DE ENSINO", da aluna *Simone Maria de Almeida*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Solange Cervinho Bicalho Godoy, Vanessa de Almeida Guerra e Teresa Cristina da Silva Kurimoto, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADO;

APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

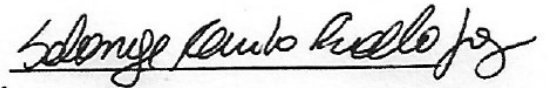
Belo Horizonte, 13 de abril de 2020.

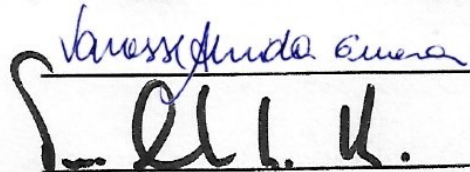
Prof. Dr. Solange Cervinho Bicalho Godoy
Orientadora (UFMG)

Prof. Dr. Vanessa de Almeida Guerra
Membro Titular (UFMG)

Prof. Dr. Teresa Cristina da Silva Kurimoto
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação







À Maria Luiza (D. Lia), minha mãe.

AGRADECIMENTOS

À Maria Luiza, Felipe, Lucas, Carolina e Rodrigo, pela inspiração de me querer tornar uma pessoa melhor a cada dia. Desculpem minha ausência.

Ao Sr. Sebastião Almeida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Solange Cervinho Bicalho Godoy, por ter sempre um abraço fraterno e me apoiar durante esta caminhada.

À Escola de Enfermagem da UFMG, pela oportunidade de realização do curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde.

Aos colegas de trabalho, aos chefes da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, pela colaboração em participar desta pesquisa.

Às professoras que fizeram a gentileza de aceitar compor a banca e por suas valiosas contribuições.

Aos colegas do mestrado, pela motivação. Me orgulho em fazer parte desta turma prestativa e humana. Sucesso a todos!

Ao Renato, pela disponibilidade em ser o elo entre os discentes e a coordenação do curso. Sempre disposto a nos ajudar a resolver nossos impasses.

Cintia, qualquer palavra será incapaz de traduzir minha gratidão. Muito obrigada!

Ao Davidson, exemplo de profissional com absurda capacidade de afeto empático.

Obrigada Deus! A fé em ti me impulsiona a prosseguir.

“Trabalhar não é somente produzir, mas, também, transformar-se a si mesmo. Depois do trabalho, eu sou mais inteligente do que antes”.

Christophe Dejours

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira, graduada em 2006, pela Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR). Concluí a especialização em Terapia Intensiva, pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), em 2009. Em 2012, conclui a especialização em Auditoria, Regulação e Gestão de Saúde, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (IEC) da Santa Casa de Belo Horizonte.

Atuo na área da saúde desde 1996, quando tive a oportunidade de ingressar em uma operadora de plano de saúde, administrada por um grupo filantrópico. Permaneci por 11 anos na área administrativa e, por cinco anos, atuei como enfermeira no Centro de Terapia Intensiva de um dos hospitais administrados pelo grupo.

No período de 2007 a 2012, trabalhei em unidades de terapias intensivas de hospitais privados. Fui analista em um Centro de Promoção a Saúde (CPS) de uma cooperativa médica e em uma operadora de planos de saúde para funcionários de uma empresa do setor siderúrgico (autogestão).

Iniciei minha jornada em instituições que atendem 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2012, após aprovação em um concurso do estado de Minas Gerais onde desenvolvi meu trabalho na urgência/emergência e terapia intensiva de um hospital referência em trauma.

Em 2014, fui aprovada no concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), onde comecei a trabalhar na unidade coronariana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Em 2016, após participar de um processo seletivo interno promovido pelo hospital, assumi a Chefia da Unidade de Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Pneumologia e Cirurgia Torácica.

Nesse período, a instituição atravessava uma transformação no seu modelo de gestão e substituía os profissionais terceirizados que haviam, por anos, garantido a assistência e o funcionamento do hospital. Cerca de 1700 profissionais aprovados no concurso da EBSERH foram admitidos. Os contratados por intermédio de cooperativas ou de fundações, foram demitidos e, no mesmo período, os servidores técnico-administrativos tiveram seus desligamentos rotineiros (aposentadorias e exonerações).

Além disso, a força de trabalho administrativa admitida pelo concurso não foi suficiente para cobrir as necessidades das unidades. Com a saída dos terceirizados, a instituição realizou uma licitação para a contratação de uma empresa terceirizada para provimento dos cargos administrativos. Muitos profissionais que dominavam as atividades de seus postos de trabalho optaram por não permanecerem na instituição e, as unidades, tiveram

de redesenhar seus processos de trabalho e alocar novos profissionais à medida que iam sendo contratados.

O organograma da instituição também foi alterado. A EBSERH não reconhece, em seu organograma, as coordenações administrativas e assistenciais. A chefia intermediária passou a ser a única referência para todos os assuntos a serem tratados na unidade. A cada dia, novas atribuições e demandas são incorporadas pelas chefias intermediárias, gerando sobrecarga de trabalho.

A instituição é um hospital de ensino e pesquisa, o que agrega duas importantes políticas públicas: a educação e a saúde. A unidade que gerencio é bastante singular, devido à diversidade de especialidades presentes, de profissionais atuantes (diversos vínculos e regimes trabalhistas) e de insumos e equipamentos necessários para que os atendimentos aconteçam, além da complexidade das intervenções realizadas nos usuários que, constantemente, se encontram com a saúde fragilizada.

Em 2017, me inscrevi no processo seletivo da primeira turma do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da UFMG, na linha de pesquisa Trabalho e Gestão Participativa na Saúde. O resultado foi publicado no dia 20 de novembro. Confesso que fiquei surpresa. Começava a realização de um sonho: fazer parte do time UFMG! Nesse mesmo dia, recebi a notícia do falecimento do meu pai.

Durante a disciplina Trabalho e Saúde, recebi um texto que me levou a refletir sobre o “mundo do trabalho”, em especial, a teoria de Christophe Dejours e que estava relacionada com a psicodinâmica do trabalho. Elaborei um novo projeto, em uma área desconhecida, mas que, certamente, poderia me presentear com muitas descobertas e gratificantes experiências.

Sem a intenção de apresentar um resumo do meu currículo, citei um pouco do meu caminho profissional, pelo fato de ter atuado em diversas instituições (filantrópica, cooperativa médica, particular e pública), tanto na assistência como na gestão. Em todas elas presenciei e participei das vivências de prazer e sofrimento, bem como da utilização de estratégias defensivas coletivas e individuais, para conseguir executar as demandas do trabalho.

No dia a dia, desempenhando o papel de chefia intermediária de uma unidade, com uma rotina repleta de demandas (órgãos reguladores e fiscalizadores, alta gestão do hospital, profissionais de vários vínculos e categorias e usuários) me inquietei em saber como as chefias intermediárias da Gerência de Atenção à Saúde conseguem, dentro das mais diversas realidades, realizar seu trabalho e atender a essas demandas. Decidi investigar quais as estratégias de defesa essas chefias desenvolvem como forma de sobrevivência no trabalho.

Busquei identificar como esses profissionais enfrentam o sofrimento advindo, principalmente, da organização do trabalho, como acontecem as vivências de prazer, bem como se esses profissionais estão sob o risco de adoecimento.

O objetivo principal deste estudo é analisar as estratégias de defesa empregadas pelas chefias intermediárias da Gerência de Atenção à Saúde de um hospital público federal de ensino, utilizando os conhecimentos da psicodinâmica do trabalho desenvolvida por Christophe Dejours. De acordo com Dejours (1994), essas estratégias são a construção de modos de enfrentamento das adversidades no ambiente de trabalho, evitando que o trabalhador não se abata diante dos conflitos advindos das atividades laborais.

Durante o mestrado tive a oportunidade de apreender conhecimentos sobre o Trabalho e Gestão Participativa na Saúde, mediados pelas disciplinas vinculadas ao curso. Apresentei trabalho no 1º Congresso Internacional de Gestão de Serviços de Saúde, participei de bancas simuladas de Trabalho de Conclusão de Curso, do bacharelado em Gestão de Serviços de Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais. Ministrei treinamento na instituição onde atuo.

O conteúdo textual desta pesquisa está estruturado em cinco capítulos. O capítulo 1, que apresenta a introdução, demonstrando a motivação deste estudo, a pergunta que o norteia, os objetivos geral e específicos e sua relevância para a pesquisa acadêmica. O capítulo 2, contempla o referencial teórico utilizado como base para o desenvolvimento da pesquisa. O capítulo 3, detalha o caminho metodológico percorrido para obter os dados necessários para a realização do estudo. O capítulo 4, apresenta os resultados e a discussão à luz da teoria apresentada no capítulo 2. Por fim, o capítulo 5, onde são tecidas as considerações finais da pesquisa correlacionadas aos objetivos inicialmente traçados e aos pressupostos delineados.

RESUMO

ALMEIDA, Simone Maria. **Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.** 2020. 177 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Esta pesquisa tem por objetivo, analisar as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino. Para o cumprimento do objetivo geral, foram traçados os objetivos específicos: identificar os efeitos da organização do trabalho; identificar as vivências de prazer e sofrimento; e identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino. Como base teórico-metodológica utilizou-se a psicodinâmica do trabalho proposta por Christophe Dejours. É uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, caracterizada como estudo de caso. Delimitou-se como cenário a Gerência de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Os sujeitos da pesquisa foram as chefias intermediárias, pertencentes à Gerência de Atenção à Saúde. Utilizou-se três instrumentos para a coleta de dados: questionário; o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), validado por Ferreira e Mendes (2003); e entrevista semiestruturada, elaborada de acordo com as orientações do roteiro apresentado por Mendes (2007), que aborda quatro eixos temáticos: organização do trabalho; prazer e sofrimento provenientes do trabalho; formas de enfrentamento do sofrimento no trabalho; e os possíveis impactos sobre a saúde. O questionário foi respondido por meio físico e via formulário eletrônico, sendo que 23 chefes responderam o questionário e 12 participaram das entrevistas. Os dados dos obtidos com a aplicação do questionário físico foram digitados em uma planilha *Excel (Microsoft Office)* e agrupados àqueles respondidos de forma *on-line*. Finalizada a etapa de digitação e organização, os dados foram exportados para o *software* estatístico SPSS (IBM), versão 24, para as análises estatísticas. Para o ITRA, por se tratar de escala validada, a análise foi feita de acordo com a metodologia descrita em Mendes e Ferreira (2007). As respostas das entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra utilizando a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS) proposta por Mendes (2007), inspirada e adaptada da análise de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin 2011. A análise das entrevistas foi realizada utilizando o *software* MAXQDA, de análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa. Os resultados identificaram as seguintes estratégias defensivas individuais: conhecimento da instituição e sentimento de pertencimento, redimensionar a relevância dos problemas, estudar, fazer o que precisa ser feito, convívio familiar e atividade física. As estratégias coletivas identificadas foram a conversa, a motivação, o apoio e a oração em equipe, o *feedback* e o planejamento. Os efeitos da organização do trabalho sobre os profissionais tiveram uma avaliação de moderada a crítica, evidenciados por: pressão de prazos para cumprir tarefas, ritmo do trabalho excessivo, cobrança por resultados, fiscalização de desempenho, disputas profissionais, comunicação insatisfatória e falta integração no ambiente de trabalho. As vivências de prazer evidenciadas foram: a liberdade com a chefia para negociar o que precisa e orgulho pelo trabalho exercido. Os fatores de sofrimento evidenciados foram: esgotamento emocional, estresse, sobrecarga e falta de reconhecimento do desempenho. Foi evidenciado um risco de adoecimento classificado como de moderado a crítico. Os danos físicos evidenciados foram: alteração do sono, dores nas costas, dor de cabeça e dores no corpo.

Palavras-chave: Trabalho. Chefias intermediárias. Estratégias defensivas. Hospital público federal de ensino.

ABSTRACT

ALMEIDA, Simone Maria. **Defensive strategies applied by intermediate management positions at a federal teaching hospital of the public sector**. 2020. 177 f. Dissertation (Professional Master in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

This research aims at analysing defensive strategies applied by intermediate management positions at a federal teaching hospital of the public sector. In order to reach the general objective, the following specific objectives were set: to identify the effects of work organization; to identify experiences of pleasure and suffering; to identify the risk of sickness caused by the work of intermediate management positions at a federal teaching hospital of the public sector. As a theoretical-methodological basis, the work dynamics proposed by Christophe Dejours was used. It is a descriptive research, with both qualitative and quantitative approaches, taken as a case study. The deliniated scenario was the Management of Health Attention of the “Hospital das Clínicas” belonging to the Federal University of Minas Gerais. The research subjects were the intermediate managers that belong to the Management of Health Attention. For data collecting, three tools were used: a questionnaire, the survey on work and sickness risk (ITRA) validated by Ferreira & Mendes (2003), and also a semi-structured interview, done according to guidelines presented by Mendes (2007), which approaches 4 guiding themes: work organization; pleasure and suffering from work; ways of dealing with suffering at work; and possible impacts on health. The questionnaire was answered both physically and through an electronic form. Altogether, twenty-three managers replied the questionnaire and twelve took part in the interviews. The data from the physical questionnaire was typed on an Excel spreadsheet (Microsoft Office) and then put together with the form data that had been answered online. After the typing and organization processes, all data was exported to the SPSS (IBM) statistical software – version 24, for statistics analysis. As for ITRA, the analysis followed the methodology described in Mendes & Ferreira (2007), since that is a validated scale. All interview replies were recorded, and later fully transcribed according to the Analysis of Core Meaning (ANS) technique proposed by Mendes (2007), which was inspired and adapted from the categorical content analysis developed by Bardin (2011). The interview analysis was carried out by means of the MAXQDA software about analysing qualitative data and blended researc methods. The results showed the following individual defensive strategies: knowledge of the institution and sense of belonging, resizing of problem relevance, studying, doing what needs to be done, family interaction, and physical activity. The collective strategies which were identified were as follows: talk, motivation, team support and prayer, feedback and planning. Work organization effects on professionals were evaluated from moderate to critical, and were demonstrated by: pressure in job deadlines, excessive working pace, charging of results, performance supervision, professional dispute, insatisfactory communication, and lack of integration inside the working environment. The pleasure experiences that were highlighted were as follows: freedom to negotiate what is necessary with management, and pride for the work done. In addition, suffering factors were: emotional exhaustion, stress, overcharging, and lack of performance recognition. As for sickness, the demonstrated risk went from moderate to critical. Sleep alteration, back pain, headache, and body pain were highlighted as physical damage.

KEYWORDS: Work. Intermediate management positions. Defensive strategies. Federal teaching hospital of the public sector.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitário Ensino
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANDES-N	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANS	Análise dos Núcleos de Sentido
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPS	Centro de Promoção a Saúde
DIVGP	Divisão de Gestão de Pessoas
EACT	Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho
EACHT	Escala de Avaliação do Custo Humano no Trabalho
EADRT	Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECHT	Escala de Custo Humano no Trabalho
EIPST	Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho
FASUBRA	Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativo em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa da UFMG
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
HC	Hospital das Clínicas
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HE's	Hospitais de Ensino
HU	Hospital Universitário
HUs	Hospitais Universitários
IEC	Instituto de Ensino e Pesquisa
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ITRA	Inventário de trabalho e riscos de adoecimento
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
JCI	<i>Joint Commission International</i>

LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUC-MINAS	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RJU	Regime Jurídico Único
SINASEFE	Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica, Profissional e Tecnológica
SOST	Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	termo de consentimento livre e esclarecido
TCU	Tribunal de contas da união
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNINCOR	Universidade Vale do Rio Verde
UP	Unidade de Produção

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde (GAS)	55
Figura 2 - Complexo HC-UFMG	58
Figura 3 - Identidade institucional	60
Figura 4 – Estrutura de governança	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - <i>Boxplot</i> Tempo na Função de Chefia (em anos)	74
Gráfico 2 – <i>Boxplot</i> por idade dos participantes (em anos)	75
Gráfico 3 – <i>Boxplot</i> , por tempo de trabalho na instituição (em anos)	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fluxograma do percurso metodológico	69
Quadro 2 - Grupos categóricos temáticos	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Capacidade física do HC-UFMG	59
Tabela 2 - Produção média mensal do HC-UFMG em 2018	59
Tabela 3 - Postos de chefia (GAS)	61
Tabela 4 - Chefias que responderam a entrevista por função	66
Tabela 5 - Caracterização dos respondentes	71
Tabela 6 - Tempo da última consulta na medicina do trabalho e motivo	73
Tabela 7 - Resultados do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)	77
Tabela 8 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Organização do trabalho.....	79
Tabela 9 - Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Organização do trabalho	79
Tabela 10 - Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Relações socioprofissionais	80
Tabela 11 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Relações socioprofissionais	80
Tabela 12 – Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Condições de trabalho	81
Tabela 13 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Condições de trabalho	82
Tabela 14 - Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Custo afetivo	83
Tabela 15 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Custo afetivo	83
Tabela 16 - Distribuição dos respondentes por avaliação do fator Custo cognitivo	84
Tabela 17 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Custo cognitivo	84
Tabela 18 - Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Custo físico	85
Tabela 19 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Custo físico.....	85
Tabela 20 - Distribuição dos respondentes por classificação do fator Liberdade de expressão.....	86
Tabela 21 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Liberdade de Expressão	86

Tabela 22 - Distribuição dos respondentes, por classificação do fator Realização profissional	87
Tabela 23 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Realização profissional	87
Tabela 24 - Distribuição dos respondentes, por classificação do fator Esgotamento profissional	88
Tabela 25 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Esgotamento profissional	88
Tabela 26 - Distribuição dos respondentes, por classificação do fator Falta de reconhecimento	89
Tabela 27 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Falta de reconhecimento	89
Tabela 28 - Distribuição dos respondentes por classificação do fator Danos físicos	90
Tabela 29 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Danos físicos	90
Tabela 30 - Distribuição dos respondentes, por classificação do fator Danos sociais	91
Tabela 31 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Danos sociais	91
Tabela 32 - Distribuição dos respondentes por classificação do fator Danos psicológicos	92
Tabela 33 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Danos psicológicos	92

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1	Psicodinâmica do trabalho, trabalho prescrito e trabalho real	25
2.1.1	Sufrimento, prazer e reconhecimento no trabalho	29
2.1.2	Estratégias defensivas	32
2.2	O trabalho em ambiente hospitalar	34
2.3	O contexto dos hospitais universitários	35
2.3.1	A crise dos hospitais universitários	38
2.3.2	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)	41
2.4	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	43
2.5	Chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino	47
2.5.1	Perfil profissional, competências e forma de contratação das chefias Intermediárias da Gerência de Atenção a Saúde do HC-UFMG (Sujeitos da pesquisa)	48
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	56
3.1	Tipo de pesquisa quanto a abordagem	56
3.2	Tipo de pesquisa quanto aos fins e quanto aos meios	57
3.3	Unidade de análise	58
3.4	Sujeitos da pesquisa	61
3.5	Técnicas e instrumentos para coleta de dados	62
3.5.1	Questionário semiestruturado	62
3.5.2	Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)	63
3.5.3	Entrevista semiestruturada	65
3.6	Análise dos dados	66
3.6.1	Análise do questionário semiestruturado e ITRA	67
3.6.2	Análise das entrevistas	67
3.6.3	Aspectos éticos	69
3.6.4	Fluxograma do percurso metodológico	69
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
4.1	Análise dos resultados do questionário semiestruturado	71

4.2	Análises dos resultados do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)	76
4.2.1	Resultado da análise da Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) .	78
4.2.2	Análise da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)	82
4.2.3	Análise da Escala de Indicadores de Prazer - Sofrimento no trabalho (EIPST)	85
4.2.4	Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)	89
4.3	Descrição e análise das entrevistas	92
4.3.1	Categoria 1: o sofrimento construído <i>por e em</i> um <i>modus</i> de trabalho	93
4.3.2	Categoria 2: o sofrimento externado nos corpos	105
4.3.3	Categoria 3: a busca pela integridade da saúde física e emocional	110
4.3.4	Categoria 4: o prazer e o valor <i>do e no</i> trabalho	114
4.4	Produto do mestrado – Relatório Técnico Científico da Pesquisa	113
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS	119
	ANEXOS	127
	APÊNDICES	146

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em hospitais tem características particulares e abrange várias situações-limite como vida/morte e saúde/doença, que acabam influenciando no bem-estar da própria equipe de saúde, podendo gerar estresse e adoecimento.

O hospital é considerado ambiente de trabalho complexo, pelo fato de ser, ao mesmo tempo, centro de cuidado à vida e local de doença e morte (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004). Para Pitta (1990), o hospital é considerado ambiente de trabalho penoso e insalubre, por lidar com o sofrimento, a dor, a doença e a morte humana. Além de riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, é comum o sofrimento psíquico diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos.

Estudos apontam a importância do papel dos hospitais por prestarem cuidados de saúde a inúmeras pessoas, além de serem, frequentemente, centros de ensino e pesquisa (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004). Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), o hospital é um equipamento de saúde complexo, permeado por interesses diversos, onde identidades profissionais são construídas. Atualmente, essas instituições passam por um processo de redefinição tanto no setor público como no privado e o seu papel e o seu lugar na produção do cuidado estão em debate em busca da qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos, bem como as expectativas de gestores e usuários em relação ao hospital.

Feuerwerker e Cecílio (2007) afirmam que sendo os hospitais instituições tão complexas inseridas nesse contexto atual de mudanças, sua gestão torna-se ainda mais desafiadora. O desafio atual da gerência hospitalar é coordenar adequadamente essa diversidade de especialidades de atos cuidadores individuais, com a finalidade de obter resultados em um cuidado coordenado, eficaz e de qualidade. O processo de trabalho da área da saúde deve ser compreendido pelo gestor hospitalar, visando atender as necessidades de recursos requeridos pelas equipes multiprofissionais. O gestor deve buscar a sinergia entre os profissionais de saúde, primando pelas melhores práticas, buscando transmitir confiança, ética e qualidade para pacientes e funcionários.

Os hospitais de ensino correspondem aos hospitais gerais e/ou especializados, que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada ou, formalmente, conveniada a ela, segundo os termos da Portaria Interministerial MEC/MS nº1.000/2004, sendo responsáveis pela formação dos profissionais da saúde que atuarão tanto na rede básica

como nos hospitais públicos e privados. Também prestam assistência à saúde de alta complexidade e desenvolvem atividades de capacitação de recursos humanos, envolvendo, concomitantemente, ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, fato que exige dos hospitais de ensino a qualidade e a integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS. Estes hospitais são organizações estratégicas no sistema de saúde e referência em atendimentos de alta complexidade, por apresentarem elevada concentração tecnológica, profissionais especializados e equipamentos para procedimentos diagnósticos e terapêuticos (CALDAS, 2008).

Segundo Campos (2005), considerando a missão dos hospitais de ensino e o seu perfil assistencial, torna-se necessário estabelecer indicadores, utilizar um planejamento estratégico situacional e, sobretudo, revisar organogramas e definir uma estrutura mais horizontalizada a fim de alcançar resultados.

Para o gerenciamento da organização hospitalar, a função de chefia intermediária é responsável por mobilizar os profissionais para o alcance das metas institucionais, administrar os diversos conflitos de interesses bem como a falta ou insuficiência de recursos, além de responder as demandas de usuários e dos trabalhadores. Esse posto de trabalho exige muitas escolhas e ações em que o chefe se vê limitado a tomar decisões, sendo que nas instituições de saúde uma decisão pode salvar ou não a vida de uma pessoa. Weber e Grisci (2010) afirmam que as chefias intermediárias devem, por característica de sua função, administrar com eficiência, estimular e liderar a equipe de trabalho a fim de realizarem as demandas. São responsáveis pela execução do projeto e o alcance de metas impostas. Esses profissionais são capacitados para exercer o controle, mas têm pouca ascensão sobre sua própria condição.

As chefias intermediárias ocupam posição de gerência média no organograma, exercem cargo de confiança, são gratificadas, reportam-se a um gerente superior e são responsáveis por gerenciar uma determinada área e os trabalhadores que ali atuam. “A função de chefia é permeada pela complexidade do contexto hospitalar que, “paradoxalmente” ao seu produto (saúde), tem produzido condições potenciais de adoecimento de seus trabalhadores” (WEBER; GRISCI, 2010, p. 54).

Dejours (2006) explica que esses profissionais são levados a uma postura de individualismo, contando somente com suas próprias defesas, o que acarreta fragilidade psíquica. As chefias intermediárias não têm condições de transformar suas dificuldades em objeto de debate, de reflexão coletiva. Somado a esta questão, constata-se o medo de tornar visível suas dificuldades e que estas sejam atribuídas a incompetência.

O conflito entre a organização do trabalho e funcionamento psíquico pode gerar sofrimento e, dessa condição, surgem estratégias defensivas que levam a transformação e a eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os fazem sofrer. Como não conseguem vencer a rigidez das pressões organizacionais impostas, essas defesas as tornam suportáveis. Os trabalhadores deixam de ser passivos e se tornam agentes de uma atitude que minimiza a pressão patogênica, é uma operação mental que não modifica a realidade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

A Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours na década de 1980, propõe a normalidade como objeto de estudo, aborda o sofrimento e o prazer no trabalho. Do sofrimento surgem estratégias defensivas que amenizam, combatem e ocultam o sofrimento, protegendo os trabalhadores dos efeitos nocivos à saúde mental. O trabalhador adapta a organização prescrita para a realização do trabalho às suas necessidades, tornando-as mais próximas do seu desejo. Quando essa adaptação chega ao seu limite, a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada dando início ao sofrimento e a luta contra ele (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Considerando a trajetória profissional desta pesquisadora, atuando como chefe de unidade da Gerência de Atenção a Saúde em um hospital público federal de ensino, apresenta-se reflexões sobre as atividades ali desenvolvidas diante das condições de trabalho dentro da organização.

Esta pesquisadora é responsável por administrar, executar projetos, estimular e liderar a equipe de trabalho para o alcance das metas determinadas pela instituição. As ações são subordinadas aos princípios éticos e legais do setor saúde e às políticas governamentais, que exigem o cumprimento da legislação.

Pela diversidade de serviços prestados, faz-se necessária uma estrutura complexa, visto o cuidado com os usuários que envolve a atuação de várias categorias profissionais. Assim, a chefia intermediária atua na busca das condições necessárias (físicas, materiais e humanas) para que as equipes possam desenvolver as suas funções. Além disso, os recursos orçamentários são determinados e limitados, o que torna a gestão ainda mais difícil. Por muitos momentos, o cansaço, a solidão e a sensação de impotência se fazem presentes. A partir desses momentos, surge a curiosidade em saber como os colegas de trabalho fazem e quais são as estratégias que utilizam para dar conta dessa rotina.

Participar desse cotidiano observando as situações de trabalho e, ao mesmo tempo, fazer parte dele, instigou a busca por maior entendimento a respeito de como as chefias

intermediárias da Gerência de Atenção a Saúde conseguem desempenhar suas atividades diante da complexidade e das dificuldades enfrentadas no dia a dia.

Estando inserida neste contexto como trabalhadora, fez surgir várias indagações: quais as estratégias defensivas as chefias intermediárias utilizam para realizar o trabalho prescrito? Quais seriam as vivências de prazer e sofrimento desses profissionais? Com relação à saúde, estão adoecidos devido ao excesso de trabalho e as pressões diárias?

Essas questões encontraram ancoragem na Psicodinâmica do Trabalho desenvolvida na França, na década de 1980, pelo psicanalista Christophe Dejours. O autor, investiga os mecanismos de defesa dos trabalhadores frente às situações causadoras de sofrimento decorrentes da organização do trabalho, fornecendo uma base teórica capaz de analisar, a partir dos processos de prazer e sofrimento vivenciados pelo trabalhador, a relação do sujeito com seu trabalho.

Diante do exposto, a pergunta que norteia esta pesquisa é: Quais estratégias defensivas são empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino? Para responder a esta pergunta propôs-se por objetivo geral analisar as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino. Por objetivos específicos, tem-se:

- . Identificar os efeitos da organização do trabalho das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino;
- . Identificar as vivências de prazer e sofrimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; e
- . Identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho entre as chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa contribui na identificação das vivências de prazer e sofrimento no trabalho, as estratégias utilizadas para mediar esse sofrimento, a dinâmica do reconhecimento e o risco de adoecimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino, visto que as pesquisas com essa população são escassas. Do ponto de vista organizacional, os dados coletados apresentam subsídios para a implementação de um modelo de gestão focado na saúde mental dos sujeitos e do coletivo de trabalho. Para a sociedade, a contribuição está na identificação e na apresentação para os gestores de informações que permitam melhorar a forma de organização do trabalho das chefias intermediárias, atuando diretamente para proporcionar melhor atendimento aos usuários.

Nesse contexto, desenvolver pesquisas que abordem as estratégias defensivas adotadas por profissionais que atuam nas chefias intermediárias de hospitais públicos universitários de ensino, tem a sua utilidade na melhor compreensão do desenvolvimento dessa atividade, bem como nos aspectos nela envolvidos. De acordo com Weber e Grisci (2010, p. 54) “percebe-se que se trata de uma função permeada por uma complexidade que tem sido pouco explorada pelos estudos na área hospitalar.”

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são apresentados os conceitos que auxiliaram a construção desta dissertação ao fornecer subsídios para a compreensão das estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino. Na elaboração deste referencial teórico, destacaram-se os pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, considerações sobre o trabalho em saúde, reflexões sobre as estratégias defensivas, o contexto e a crise dos hospitais universitários e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

2.1 Psicodinâmica do trabalho, trabalho prescrito e trabalho real

Ao término da II Guerra Mundial, um grupo de pesquisadores fundou a disciplina Psicopatologia do Trabalho, que objetivava a análise clínica e teórica da patologia mental devida ao trabalho. Porém, as investigações não foram suficientes para fornecer a construção de um quadro de patologias mentais do trabalho. Assim, os pesquisadores concluíram que o trabalho não causava danos à saúde mental dos trabalhadores, o trabalho não é somente um desencadeador de sofrimento e doença, mas, é também, um mediador para a saúde mental (DEJOURS, 1992, 2013).

A Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica que surgiu na década 1990, na França, desenvolvida por Christophe Dejours. A trajetória dessa abordagem é marcada por três fases que se articulam, se complementam e são delimitadas por publicações específicas (MENDES, 2007). A primeira fase é associada a *Ttravail: usure mentale- essai de psychopathologie Du travail*, de 1980, traduzida em 1987 no Brasil como: “A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho”. A psicodinâmica, ainda denominada Psicopatologia do Trabalho, tem como foco a origem do sofrimento no confronto sujeito-trabalhador com a organização do trabalho. Na época, o modelo taylorista predominava, os estudiosos buscavam a compreensão do sofrimento e as estratégias defensivas individuais e coletivas que os trabalhadores utilizavam para lidar com ele (MENDES, 2007).

Portanto, além do estudo das doenças mentais relacionadas com o trabalho foi incluída a investigação dos recursos psíquicos mobilizados pelos trabalhadores que conseguem resistir aos efeitos deletérios dos constrangimentos laborais permanecendo em estado de normalidade. Foram descobertas as estratégias de defesa contra o sofrimento no trabalho. Os pesquisadores iniciaram os estudos a respeito das condições específicas que permitem que o trabalhador

tenha, por vezes, vivências de prazer, ou mesmo, a construção da saúde mental, graças ao trabalho.

Na segunda fase, na década de 1990, nasceu a disciplina Psicodinâmica do Trabalho, que recebeu influências da Psicanálise, Antropologia, Sociologia, Linguística e Ergonomia. A psicodinâmica problematizava o sofrimento produzido a partir da relação homem-trabalho, dando ênfase às vivências de prazer e sofrimento e à reestruturação da organização do trabalho. A partir desse momento, a Psicopatologia do Trabalho recebeu nova denominação: Psicodinâmica do trabalho, que estuda a normalidade psíquica e as relações de prazer e sofrimento no trabalho, tendo como questão central entender como os trabalhadores conseguem não adoecer apesar de todas as exigências do trabalho (ROIK; PILATTI, 2009; DEJOURS, 2013).

Segundo Mendes (2007), na segunda fase destacam-se duas obras: um *addendum* à 12ª edição de *Travail: Usure Mentale- Essai de Psychopathologie du Travail*, publicado em 1993 com o título *De La Psychopathologie à La Psychodynamique Du Travail*, traduzida no Brasil em 2004 como “Christophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho” e a publicação em 1995 do livro *Le facteur humain*, publicado no Brasil em 1999 como “O Fator Humano”. Nessa fase, a psicodinâmica tem como foco as vivências de prazer-sofrimento como dialéticas que fazem parte do contexto de trabalho e as estratégias que os trabalhadores utilizam para confrontar a organização do trabalho, manter a saúde e garantir a produtividade.

Para a transformação de um trabalho penoso em um trabalho prazeroso a organização do trabalho deve fornecer maior liberdade ao trabalhador para usar sua inteligência prática, engajar-se no coletivo a fim de identificar ações que promovam vivências de prazer. Enfoca a análise do trabalho real e concreto, como na construção da identidade do trabalhador, no estudo da dinâmica do reconhecimento de seu papel sobre as vivências de prazer e sofrimento e no impacto dessas vivências das novas estruturas da organização do trabalho. O desafio para a Psicodinâmica do Trabalho é definir quais as ações poderiam modificar e transformar o sofrimento ao invés de eliminá-lo, pois, o sofrimento transformado em criatividade traz benefício a identidade e fortalece o sujeito diante ao risco de desestabilizar-se psíquica e somaticamente, funcionando como promotor de saúde (MENDES, 2007).

A terceira fase, ao final da década de 1990 até a atualidade, consolida a psicodinâmica como abordagem científica que explica os efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação, as patologias sociopsíquicas e a saúde dos trabalhadores. Foram publicados três livros: *Souffrance em France em 1998*, traduzido no Brasil como *a Banalização da injustiça social*. Nessa fase o foco não é mais a vivência de prazer-sofrimento, mas o modo como os

trabalhadores subjetivam essas vivências, qual o sentido que elas assumem e o uso de estratégias ocasionadas pelas novas formas de organização do trabalho, especificamente as defesas coletivas e a cooperação (MENDES, 2007).

Mendes (2007, p. 29) revela que o objeto de estudo da psicodinâmica do trabalho é o “estudo das relações entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação”. Dejours, Abdouchele e Jayet (1994) alegam que, para a Psicodinâmica do Trabalho, a relação homem e trabalho é definida pelos seguintes pressupostos: a) o trabalho se estabelece como cenário para a construção da identidade do indivíduo, permeado por contradições marcadas, principalmente, pela diferença entre trabalho prescrito e trabalho real; b) o trabalho é entendido como estruturante psíquico, a relação entre homem e trabalho está em contínuo movimento, mantendo-se aberta a evoluções e a transformações; c) o indivíduo busca mecanismos para exercer sua liberdade e manter sua integridade e saúde; e d) o objeto de investigação é a normalidade, não a doença.

Segundo Mendes (2007), as pesquisas direcionam-se para a clínica do trabalho e para o estudo das novas formas de organização do trabalho, patologias como a violência moral, o isolamento, a solidão, a servidão voluntária e o suicídio, entre outras. As pesquisas atuais preocupam-se também com o sentido que as vivências de prazer-sofrimento ocupam para os trabalhadores.

A psicodinâmica propõe uma nova definição de trabalho: “trabalho é a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” e ainda “o trabalho é, por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológico-maquinal é insuficiente” (DEJOURS, 2011, p. 78-79). Para o autor as prescrições são insuficientes para a realização do trabalho que não se restringe somente às relações sociais, ao salário ou às relações de poder. Todo trabalho é sempre trabalho de concepção, o novo olhar sobre a organização do trabalho refuta a divisão entre trabalho de concepção e trabalho de execução.

Dejours (1992) conceitua organização do trabalho como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (à medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade.

Mendes (1995, p. 35) explica que

[...] os aspectos relativos à divisão e conteúdo das tarefas, sistema hierárquico e relações sócio-profissionais são estabelecidos a partir de padrões específicos do sistema de produção que, por sua vez, determina a estrutura organizacional na qual o trabalho é desenvolvido. Desta forma, cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos homogêneos ou contraditórios, facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador.

As leis, normas e regulamentações organizacionais podem ser complexas a ponto de inviabilizarem a execução do trabalho, que, muitas vezes, as prescrições criadas para organizar o trabalho potencializam a desorganização, causando ainda mais angústia e sofrimento (MENDES, 2011).

Segundo Dejours (1992), o trabalho prescrito consiste em apresentar aos trabalhadores normas e definições precisas de como o trabalho deve ser realizado. Mas, quando o trabalhador precisa conseguir lidar com uma realidade mais complexa do que aquela prevista pelas prescrições, surge o trabalho real que é executado sob reorganização, ajustes e adaptações necessárias. Para isso, exige disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade e de uma forma de inteligência específica classificada pelo senso comum como engenhosidade (DEJOURS, 2011).

O trabalhador precisa ajustar, adaptar e arranjar para conseguir realizar seu trabalho com zelo. O zelo é a inteligência que inventa soluções para conseguir preencher lacunas para transformar a tarefa (prescrição) em atividade (efetivo). A mobilização dessa inteligência ocorre em situações de trabalho difíceis como forma de preencher a lacuna entre o prescrito e o efetivo. Dejours (2013 p. 12) considera que “a análise mais aprofundada do zelo no trabalho mostra que a aptidão no trabalho passa por um envolvimento total da subjetividade do trabalhador”.

O trabalho de concepção e o trabalho de execução são opostos. Os trabalhadores contornam as prescrições e regulamentos, infringem os procedimentos, transgridem as ordens e ludibriam as instruções, não por desobediência ou por apresentarem resistência, mas para executarem bem o seu trabalho (DEJOURS, 2013). Assim, Dejours (2004) define trabalho como sendo o que o sujeito deve acrescentar ao prescrito para atingir as demandas que lhe são designadas.

Dejours (2013) aponta que a experiência com o real do trabalho se apresenta ao sujeito como uma experiência de fracasso, gerando sentimentos de surpresa, desgaste, irritação, raiva, angústia; trata-se de uma experiência afetiva.

Assim, trabalhar implica em atividades desempenhadas (em atos), a fim de alcançar os objetivos determinados pela prescrição; oriundos de ordens hierárquicas ou por termos de um contrato. O real do trabalho considera múltiplos fatores que impedem sua implementação conforme previsto. Nenhum plano, programa ou conjunto de regulamentos pode plenamente prever o elemento crítico do ato produtivo bem sucedido. As normas atêm-se ao processo de estabelecer relações entre as pessoas e os recursos disponíveis tendo em vista os objetivos e a filosofia organizacionais. Enquanto, o trabalho em si implica pensar, engajar-se, afetar-se pelo real e transformar a si mesmo e ao mundo” (AGUIAR, 2013, p. 34).

Para Mendes (2007), as transformações na organização do trabalho incidem em distintas formas de subjetivação, de sofrimento, de patologias e de possibilidades de ação e reação dos trabalhadores.

A mobilização subjetiva frente aos desafios da organização do trabalho supõe esforços de inteligência, de elaboração para a construção de opiniões sobre a melhor maneira de arbitrar as contradições e de acertar as dificuldades da organização do trabalho, para se inteirar e participar do debate de opiniões necessárias à deliberação que deve preceder ou acompanhar as escolhas ou as decisões em matéria de organização do trabalho (DEJOURS, 2011).

A mobilização subjetiva é um processo pelo qual o trabalhador se engaja no trabalho e consegue fazer uso da subjetividade, da inteligência prática e do coletivo de trabalho para transformar os fatores da organização do trabalho causadores de sofrimento. É, portanto, um fator importante na procura do prazer e defesa diante do sofrimento no trabalho. Segundo Dejours (2011, p. 84), “essa mobilização subjetiva, por espontânea que seja, não deixa de ser extremamente frágil: depende da dinâmica de contribuição e retribuição.”

O trabalhador espera ser retribuído diante das suas contribuições para a realização do trabalho. Para o autor, o trabalhador, muitas vezes, espera somente que suas iniciativas não sejam frustradas e não seja visto como um mero executante, obediente e passivo. Quando o reconhecimento não existe, o trabalhador tende a desmobilizar-se, a contragosto, sendo as consequências graves a sua saúde. O medo da incompetência, a pressão social para trabalhar (mal) e a falta de esperança em relação ao reconhecimento são as origens do sofrimento no trabalho (DEJOURS, 1999).

2.1.1 Sofrimento, prazer e reconhecimento no trabalho

Nos seus ambientes de trabalho, os trabalhadores vivenciam algum tipo de sofrimento físico ou psíquico advindo de suas atividades laborais. Para Gibert e Cury (2009, p.46) “sentimentos e emoções permeiam as relações de trabalho, pois são componentes intrínsecos à experiência humana”.

O sofrimento mental resulta da organização do trabalho. Esta organização se choca com a vida mental dos trabalhadores, mais especificamente, com a esfera das aspirações, motivações e desejos. Quando o trabalho é rigidamente organizado, com acentuada divisão, pouco conteúdo significativo e imutável, torna-se impossível a adaptação desse trabalho às aspirações e competências do trabalhador. Esta situação exige um grande esforço de adaptação e, quando são esgotados todos os meios de defesa contra a exigência física, o

sofrimento é desencadeado (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET 1994). O confronto com a discrepância entre o trabalho prescrito e o real é vivenciado no sofrimento (MENDES, 2007).

A organização do trabalho deve propiciar ao trabalhador flexibilidade e liberdade para exercer suas atividades, pois, as vivências de prazer estão relacionadas às condições disponibilizadas pela organização e a liberdade para utilizar estratégias para realização de seu trabalho.

Quando o homem é impedido de modificar a tarefa de acordo com suas necessidades e desejos, dá-se início ao sofrimento de natureza mental, ou seja, quando o trabalhador não participa dessa organização, a relação conflituosa do aparelho psíquico com a tarefa é bloqueada. Nesse contexto, pode ser que o sofrimento aconteça, uma vez que a energia pulsional não chega a ser utilizada no exercício do trabalho. Ela permanece acumulada no aparelho psíquico, causando sentimentos de desprazer, tensão, insegurança, inutilidade, desqualificação, desgaste, estresse, injustiça, indignação e desvalorização. Um mau funcionamento do aparelho psíquico traz consequências para o trabalhador (dentro e fora de seu ambiente de trabalho) e sobre as pessoas com quem convive. O sujeito deixa de exercer um papel ativo na economia das relações afetivas familiares, bem como na produtividade da empresa (DEJOURS, 1992; MENDES; TAMAYO, 2001).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), explicam que o sofrimento é criativo quando o trabalhador ressignifica seu trabalho por meio da criatividade. Ele é patológico quando não existe a liberdade, a negociação entre o trabalhador e a organização do trabalho. É no espaço entre o prescrito e o real que pode ocorrer ou não a sublimação e a construção da identidade no trabalho (MERLO, 2002).

Dejours (2013) pontua que o trabalho está relacionado diretamente na relação com o outro. O trabalhador trabalha para alguém: cliente, chefe, subordinados, colegas. O trabalho implica também o coletivo, que tem como eixo central a questão da cooperação. Sempre há uma discrepância entre a organização do trabalho (coordenação) e a organização do trabalho real (cooperação).

A cooperação implica em um consenso sobre o reajustamento da organização de trabalho prescrita. Os que trabalham em equipe reorganizam as tarefas e recursos humanos, criam regras práticas e acordos aceitos por todos. Essa reorganização exige confiança entre os trabalhadores e é essencial para que cada um realize seu trabalho sem o receio de ser punido ao revelar suas transgressões. Essa construção de regras é denominada atividade deontica. O coletivo só existe se houver regras que organizem a atividade comum, caso contrário é um grupo ou uma multidão, ou mesmo, uma massa (DEJOURS, 2013).

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), um dos objetivos do trabalhar é o prazer que provém do sentir-se útil, produtivo, inseparável dos sentimentos de reconhecimento e valorização. O prazer é vivenciado pelo sujeito ao perceber que seu trabalho tem significância para a empresa e para a sociedade, quando se sente aceito e admirado pelo que faz, quando o trabalho deixa de ser um mero objeto para tornar-se sua marca pessoal.

As vivências de prazer-sofrimento formam um único constructo composto por três fatores: valorização e reconhecimento, que definem o prazer, e desgaste com o trabalho, que define o sofrimento. O prazer é vivenciado quando são experimentados sentimentos de valorização e reconhecimento no trabalho. A valorização é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor por si mesmo, é importante e significativo para a organização e sociedade. O reconhecimento é o sentimento de ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade. O sofrimento é vivenciado quando experimentado o desgaste em relação ao trabalho, que significa a sensação de cansaço, desânimo e descontentamento com o trabalho. Assim sendo, prazer-sofrimento são vivências de sentimentos de valorização, reconhecimento e/ou desgaste no trabalho. (MENDES; TAMAYO, 2001).

A falta de reconhecimento no trabalho pode gerar sofrimento e conduzir à doença mental. Dejours (2006) afirma que, quando o trabalhador tem a qualidade de seu trabalho reconhecida, seus esforços, angústias, dúvidas, decepções e desânimos adquirem sentido. A retribuição esperada é aquela simbólica do reconhecimento, no sentido de gratidão pelo serviço prestado e de julgamento da qualidade do trabalho realizado.

O autor cita dois tipos de julgamento: 1) o julgamento de utilidade que é importante para o sujeito, é a condição da sua afiliação na sociedade e da sua inscrição na *pólis*, como por exemplo, as lutas à volta da questão dos vistos de residência no estrangeiro. Outro exemplo de julgamento de utilidade, é quando a empresa passa por uma reestruturação e os profissionais que desenvolviam determinadas atividades anteriormente são colocados “na prateleira”. Esses profissionais são devastados pela vergonha e pela perda de confiança em si mesmos e afundam-se na depressão; 2) o julgamento de beleza, que é proferido pelos pares. Não diz respeito só à utilidade, mas à beleza do trabalho realizado por um trabalhador. É o julgamento dos pares, certamente, o mais severo, mas, que é também o mais apreciado, aparece em termos estéticos: é um belo trabalho, é uma bela obra, é uma demonstração elegante, é uma linda forma. É graças ao reconhecimento que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho. Assim, pode-se compreender o reconhecimento do trabalho como a segunda dimensão da sublimação (DEJOURS, 2013).

Dejours (2013) faz algumas considerações sobre os novos métodos de gestão que foram introduzidos nas organizações públicas e privadas: a avaliação individualizada de desempenho, que prevê uma análise quantitativa e objetiva do trabalho, passando por medição dos resultados. Para o autor, este método de avaliação quantitativa gera sentimento de

injustiça, que têm também efeitos nocivos sobre a saúde mental, porém, o mais grave são os efeitos deste método no trabalho coletivo, na cooperação e na convivência. A avaliação individualizada e quantitativa do desempenho coloca todos os trabalhadores em concorrência uns com os outros. O sucesso de um colega torna-se uma ameaça para o outro trabalhador.

Nesse contexto, se não existe reconhecimento, os trabalhadores investem em estratégias defensivas a fim de evitar a doença mental, para Dejours (2011), entre sofrimento e doença, podem intercalar-se as estratégias defensivas.

2.1.2 Estratégias defensivas

A grande questão que norteia a psicodinâmica do trabalho é: como alguns trabalhadores fazem para conservar a sua sanidade em equilíbrio diante de situações e ataques advindos de seu ambiente de trabalho?

A partir da década de 1980 Christophe Dejours começou a desenvolver pesquisas para compreender a utilização das estratégias defensivas pelos trabalhadores perante situações de sofrimento no trabalho. Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, p. 127) “O conflito entre organização do trabalho e funcionamento psíquico pôde ser reconhecido como fonte de sofrimento, mas o sofrimento suscita estratégias defensivas”.

Areosa (2018) pontua que as estratégias defensivas são o “escudo protetor” que os trabalhadores utilizam. Elas são sutis, cheias de engenhosidade, diversidade e inventividade, uma armadilha psicológica que torna viável ao trabalhador tolerar o sofrimento como se fosse uma paralisia diante do fracasso do real. Perante o sofrimento, o ego não fica passivo e se defende, a utilização de defesas individuais e coletivas para vencer o sofrimento no trabalho funcionam como uma espécie de “analgésico”. Para Dejours (2006), esse tipo de “armadura”, além de trazer benefícios tem seu lado contraproducente, pois podem insensibilizar os trabalhadores contra o que os faz sofrer.

Os trabalhadores utilizam estratégias de enfrentamento contra o sofrimento para conseguirem realizar o trabalho prescrito e não adoecerem. São exemplos de estratégias: conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, passividade, cinismo, dissimulação, hiperatividade, desesperança de reconhecimento, desprezo e distorção da comunicação. Essas estratégias contribuem para a proteção do sofrimento e a manutenção do equilíbrio psíquico, possibilitam o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras do sofrimento (DEJOURS, 1992. MENDES, 2007).

O trabalhador utiliza os mecanismos das estratégias defensivas para modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer. Em sua maioria, tais estratégias, são coletivas e funcionam da seguinte forma: de um retorno da relação subjetiva com as pressões patogênicas, os trabalhadores abandonam a posição de vítimas e assumem uma posição ativa de um desafio, uma atitude provocadora ou uma minimização diante da pressão patogênica, essa operação é estritamente mental, pois não modifica a realidade da pressão patogênica. Apesar de bem difundidas, não se pode afirmar que as estratégias coletivas de defesa estejam presentes em todas as situações de trabalho. Prazer e sofrimento são vivências subjetivas e cada sujeito os vivencia de uma maneira, mas, vários sujeitos experimentando um sofrimento único, podem construir uma estratégia defensiva comum (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET,1994).

Mendes (2007) revela que a construção coletiva das estratégias de defesa contribui tanto para assegurar a coesão e construção do coletivo de trabalho como para dificultar as discussões, a explicitação dos conflitos de trabalho e do compromisso dos trabalhadores, considerando-se a necessidade de ser mantido o estado atual que se encontram, podendo levar a alienação.

O que diferencia a estratégia defensiva individual da coletiva é o fato de que a primeira permanece sem a presença física de outros, o mecanismo de defesa está interiorizado e, a segunda, depende da presença de condições externas e se sustenta no consenso de um grupo específico de trabalhadores. A estratégia defensiva coletiva é uma percepção irreal da realidade, mas não é um delírio, porque a nova realidade é validada coletivamente. No caso da estratégia individual, não há um consenso coletivo a respeito da nova realidade, o sujeito só entra em um mundo delirante. É se integrando em um coletivo de trabalho que os trabalhadores conseguem garantir equilíbrio psíquico quando se veem diante de um trabalho penoso ou perigoso, pois, as estratégias coletivas se consagram na luta contra o sofrimento engendrado pela organização do trabalho. Tal estabilidade seria impossível de ser alcançada com o uso de suas defesas próprias (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET,1994).

Lancman e Snelwar (2011) afirmam que as estratégias defensivas não ficam no vestiário, nem tampouco, se detêm na oficina, no chão de fábrica ou no escritório, visto que o trabalhador não muda seu funcionamento psíquico ao sair da organização. As estratégias defensivas colonizam o espaço privado e, a economia familiar, causam consequências importantes sobre o funcionamento psíquico de cônjuges e dos filhos. Para Mendes (2011), as estratégias defensivas transformam o funcionamento psíquico da pessoa e altera a forma de existência, pois elas são incorporadas tanto na vida laboral como na vida familiar.

Segundo Dejours, Absouchele e Jayet (1994), se por um lado as estratégias são imprescindíveis para a continuidade do trabalho e adaptação às pressões a fim de evitar a loucura, por outro, contribuem para estabilizar a relação subjetiva com a organização do trabalho no estado em que ela se encontra e a alimentar uma resistência à mudança. O que era estratégia de defesa contra o sofrimento passa a ser promessa de felicidade, defesa da defesa, é erigida em ideologia. Dessa maneira, de acordo com Mendes (2011, p. 83), “o sujeito pode substituir o pensamento pessoal por ideologias e estratégias defensivas coletivas. A vivência do sofrimento permanece singular, mas, as defesas, estas podem ser objeto de cooperação coletiva”.

A ideologia defensiva culmina em conflitos de poder, que não resultam em nenhuma solução para a questão dos efeitos patogênicos das pressões organizacionais. A violência se delinea inevitavelmente no horizonte, em lugar da ação. Na violência do grupo, este encadeamento estará sempre em atividade, procedimento sem o qual o sofrimento é capaz de iniciar outros processos que não são desencadeados por meio da violência, mas por intermédio dos projetos de transformação da organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

2.2 O trabalho em ambiente hospitalar

As intensas mudanças do mundo globalizado, o rápido desenvolvimento tecnológico, o conhecimento adquirido pelos clientes que se tornam cada dia mais exigentes quanto ao cumprimento de seus direitos, faz com que as organizações busquem se adequar às novas demandas e exigem que as pessoas sejam mais preparadas para enfrentá-las. Nesse contexto, a saúde do trabalhador é ameaçada por doenças ocupacionais que interferem em seus processos mentais tanto individual como coletivamente (GIBERT; CURY, 2009).

O trabalho possibilita que o homem compreenda sua participação no processo natural de transformação da natureza, é rico de sentido individual e social, não é somente um meio de subsistência, dá sentido a existência além de contribuir para estruturar a identidade e a subjetividade. Além disso, é por meio do trabalho que o homem se produz e reproduz, amplia suas habilidades e imaginação, reconhece suas forças e suas limitações, transforma a visão que tem de si mesmo e do mundo (OLETO; MELO; LOPES, 2013).

Compreende-se que o trabalho no ambiente hospitalar apresenta uma complexidade e singularidade em relação a outras modalidades de trabalho, por ser um trabalho essencial, diurno e noturno, tendo como atividade fim o cuidado da saúde das pessoas. Muitas vezes, é

realizado em situação de urgência e emergência, em que o profissional lida com a dor, a doença e a morte, além de estar exposto a diversas cargas de trabalho (físicas, químicas, ergonômicas, biológicas e psicossociais), ocasionando desgaste e tensão. Segundo Pitta (1990, p. 18) “a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos”.

Pitta (1990) ressalta outra característica relevante e específica do trabalho em contexto hospitalar: é que, estar em organização hospitalar, expõe o profissional a situações de sofrimento, dor e morte e, por isto, esse tem sido considerado um trabalho penoso e insalubre.

O trabalho em saúde, por suas peculiaridades, nunca foi totalmente capturado pelos esquemas da administração científica. Como trabalho imaterial, a atuação neste setor está na dependência das qualificações do trabalhador, dentre elas o domínio e a troca de conhecimento, a capacidade de lidar com imprevistos e relacionar-se com as pessoas (WEBER; GRISCI, 2010, p.57).

O trabalho hospitalar pode gerar satisfação e prazer quando condições facilitadoras permitem aos trabalhadores o reconhecimento das suas tarefas socialmente pela organização. Dejours (1994) destaca que a organização do trabalho exerce um impacto sobre o aparelho psíquico do trabalhador, repercutindo sobre a sua saúde física e mental, desencadeando o aparecimento de doenças somáticas. O autor aponta que, em certas condições, pode emergir um sofrimento mental decorrente do choque entre uma história individual (desejos, projetos, esperanças) e uma organização do trabalho que a ignora. Ou seja, quando o homem não consegue fazer nenhuma modificação no trabalho que atenda às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

2.3 O contexto dos hospitais universitários

No Brasil, até o início do século XIX, os hospitais eram essencialmente assistenciais. Em 1808, com a vinda da família real foram criados os primeiros cursos médico-cirúrgicos e já na primeira metade do século XIX já existiam mais 12 faculdades de medicina. Em 1892, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro passou a dispor de leitos hospitalares da Santa Casa de Misericórdia. As Santas Casas de Misericórdia, durante décadas, eram tidas como cenário prático para alunos e professores das escolas de medicina, pois essas escolas não possuíam hospitais próprios (ARAÚJO; LETA, 2014).

No início do século XX, como recomendação do relatório *Flexner*, criou-se o hospital vinculado às escolas médicas. Surgiu, então, o hospital de ensino médico vinculado à universidade, denominado de hospital universitário (HU). Isso viabilizaria o complemento do

ensino básico com a prática clínica, daí surgiram os “hospitais de clínicas”. Esse modelo foi consolidado nos anos 1930 e 1940, financiado pela Fundação Rockefeller (PRIMO, 2018).

Em 1948, foi criado o primeiro Hospital de Clínicas, de propriedade de uma Universidade Federal brasileira, em Salvador/BA. No final da década de 1970, houve a expansão dos HU's como base dos sistemas de formação médica e atendimento da alta complexidade. O sistema de ensino por cátedras prevaleceu no Brasil até a Reforma Universitária de 1969, que foi base para a mudança de foco do ensino médico, até então, baseado nas cátedras para a formação de profissionais para o setor produtivo (CARMO, 2006; PRIMO, 2018).

Os hospitais universitários (HU's), indispensáveis ao sistema de saúde brasileiro, são locais de desenvolvimento de novos procedimentos e tecnologias, prestam serviços de alta complexidade e, ainda, participam da formação e educação permanente dos profissionais da saúde.

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2018, p. 1).

Araújo e Leta (2014) afirmam que a definição oficial de HU esclarece que, além da assistência e do ensino, há o compromisso com a pesquisa. Segundo Médici (2001, p. 150), a concepção “tradicional” define um hospital universitário como:

Uma instituição caracterizada por: (a) um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) prover treinamento universitário na área de saúde; (c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

Entre as décadas de 1960 e 1980, a ascensão e o declínio do modelo médico assistencial privatista, bem como os convênios firmados entre os HU's e o Ministério da Assistência e Previdência Social, em 1982, o surgimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em 1983, tiveram forte repercussão nos HU's. A partir daí a maior parte do financiamento hospitalar dos HU's passou a ter como contrapartida a prestação de serviços assistenciais e sua remuneração seria de acordo com sua produção de serviços e não mais por orçamentação global (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2008).

No final dos anos 1980, os HU's já se destacavam no sistema de saúde e se tornavam referência para alta tecnologia e atenção especializada. Em 1989, foi criada a Associação

Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) durante o XXVII Congresso da Associação Brasileira de Ensino Médico. A ABRAHUE, aliada às associações de especialidades médicas, desempenhou importante papel na sustentabilidade financeira dos HU's, com movimentos no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que acabaram resultando em repasses crescentes de recursos aos hospitais por ela representados. Até 1990, os hospitais conveniados tiveram bom fluxo de caixa e puderam investir em infraestrutura e ampliar seus serviços. A partir da década de 1990, todos os serviços prestados pelos HU's passaram a ser remunerados pelo SUS (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2008; PRIMO, 2018).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), legitimou a proposta de um novo Sistema Nacional de Saúde, validada por amplos setores da sociedade. A Constituição 1988 legalizou o SUS e contemplou parte da proposta colocada pelo Movimento Sanitário, como a universalização da clientela. A entrada, dos HUs no sistema, foi providencial para o governo, tendo em vista o aumento da demanda pelos serviços de saúde (PRIMO, 2018).

A caracterização dos hospitais de ensino brasileiros deu-se a partir da criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária (FIDEPS), em 1991. Para fins do FIDEPS, foram definidos como hospitais de ensino aqueles reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) com funcionamento regular há, pelo menos, cinco anos e caracterizado como centro de referência nacional no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade. As Portarias Interministeriais dos Ministérios da Educação e da Saúde números 1.000, 1005 e 1.006 estabeleceram a certificação dos hospitais de ensino, definindo-os como aquelas instituições que servem de campo para a prática de atividades curriculares na área de saúde, sejam hospitais gerais ou especializados, de propriedade de IES pública ou privada ou, ainda, formalmente, conveniados com ela (BRASIL, 2004).

No Brasil, os HU são agentes nucleares de duas políticas de Estado - educação e saúde. Em consequência, é no âmbito dos HU que se manifestam os tensionamentos inerentes à complexidade de articulação de tais políticas. Assim, os HU têm sido incitados a oferecer respostas a problemas que, muitas vezes, transcendem sua capacidade e vocação. A integração entre o ensino e a assistência no contexto do SUS é estreitamente relacionada à capacidade dos serviços e modalidades assistenciais em responder às demandas de saúde das populações (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007, p. 874).

Em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um seminário que avaliou “o estado-da-arte” dos HU's em 22 países, nesta feita ficou evidenciado que eles eram centros de atenção médica de alta complexidade, apresentavam forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa, elevada concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde

e exerciam papel político importante na comunidade onde se inseriam devido sua escala, dimensionamento e custos (MEDICI, 2001).

Provavelmente, um dos maiores desafios enfrentados pelos HU's no Brasil, seja desempenhar sua vocação de formação de profissionais de saúde em meio as demandas sócio-sanitárias múltiplas e crescentes. Os serviços de emergência servem de porta de entrada para a população e não há uma integração efetiva entre os diferentes níveis de complexidade. Inseridos nesse contexto, os HU's acabam realizando atribuições que fogem da sua vocação mais primordial, prestar a assistência especializada num contexto de formação de profissionais de saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

2.3.1 A crise dos hospitais universitários

Para Reis e Cecílio (2009, p. 90), “a alta relevância social, todavia, não impediu que os HU's atravessassem, em vários momentos de sua história períodos de crise crônica e agonizante em seu funcionamento. O problema financeiro era o mais evidente”.

A crise econômica da década de 1980 gerou a diminuição dos recursos destinados aos HU's pelo MEC, além disso, por serem unidades de custo muito elevado, os HU's se transformaram em “bode expiatório” da crise financeira das universidades as quais eram ligados (CARMO, 2006). A criação de dois índices: Índice de Valorização Hospitalar (IVH), em 1985, acrescido do Índice de Valorização do Desempenho na área de prestação de serviços-ensino, em 1987, foram alternativas para minimizar a crise pela qual vinham passando no período, pois a valoração da internação hospitalar poderia chegar a 130% de seu valor original. Esses índices tiveram vida curta, porque eram aplicados somente aos vinculados ao convênio do MEC com a Previdência. Além disso, houve a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como estratégia de transição para o SUS e a aprovação, em 1988, da nova Constituição do Brasil e suas leis orgânicas em 1990 (CARMO, 2006; LAPREGA, 2015).

A partir da década de 1990, os HU's foram inseridos na rede de saúde pública e passaram a ser remunerados pelo Ministério da Saúde. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) prevê:

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (Brasil, 1990, p. 1).

Com a descentralização prevista na lei orgânica da saúde, a celebração de contratos e convênios com a rede prestadora de serviços passou a ser de responsabilidade dos municípios, substituindo os antigos contratos do INAMPS, dentre eles os convênios com os HU's. Para a ABRAHUE, firmar contratos de gestão entre gestores do SUS e os HU's contemplando metas quantitativas e qualitativas, visando ir além da lógica de remuneração por serviços, poderia ser uma solução para a crise (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2008).

A criação do FIDEPS, em 1991, foi decisiva na relação dos HU's com o SUS, por significar, durante sua evolução, adicionais no faturamento de 25% a 75% sobre a produção das internações hospitalares (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2008). Reis e Cecílio (2009) afirmam que as condições de repasse deveriam ser estabelecidas por meio de um Contrato de Metas (que, com raríssimas exceções, nunca passou de uma mera formalidade). Em 1993, nova regulamentação vinculou o repasse do incentivo a metas de integração dos HU's ao sistema, determinando o percentual mínimo de 70% dos leitos dos HU's destinados ao SUS.

Em 1999, o repasse do incentivo foi condicionado à celebração de contrato de gestão entre o HU e o gestor do SUS. O Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários foi criado em 1999, em conjunto com o MEC e o Ministério da Saúde (MS), em que, cada ministério, alocaria recursos financeiros em favor dos hospitais universitários. Os valores do FIDEPS tenderam a permanecer fixos ou obter poucos acréscimos, isso agravou a situação de desfinanciamento dos HU's, desestimulando iniciativas direcionadas à sua integração ao sistema público de saúde (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2008; LAPREGA, 2015. OLIVEIRA JÚNIOR; SANTOS, 2016).

Os Hospitais de Ensino permaneceram em crise nos anos 2000, mesmo com diversas medidas adotadas para apoiá-los.

Os custos dos hospitais de ensino federais, até 2004, eram compartilhados entre o MEC (que pagava as despesas relacionadas a recursos humanos) e o MS (que repassava os recursos contra a prestação de serviços, acrescidos do FIDEPS). Tais recursos eram utilizados para as outras despesas de custeio e investimento (REIS; CECILIO, 2009). A partir do ano de 2008, os valores eram favoráveis aos hospitais, mas, o MS, não manteve os reajustes do aporte financeiro. Essa disparidade entre o MEC e o MS contribuiu para o crescimento da crise dos hospitais, que se alastrava desde a década de 1990, não só financeiramente, mas, também, com problemas de gestão e recursos humanos. Além disso, a falta histórica de reposição de pessoal por meio de concursos leva os hospitais a utilizarem a maior parte de sua verba de custeio para a contratação de pessoal terceirizado via fundações de apoio ou cooperativas, sem garantia de direitos trabalhistas e com baixíssimas remunerações. A

passagem dos contratos para as universidades fez estourar mais ainda a dívida dos HU's. As dívidas dos HU's, no ano de 2003, eram superiores a R\$ 300 milhões (OLIVEIRA JÚNIOR; SANTOS, 2016).

Em 2003, foi criada comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HU's, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Em 2004, novos critérios de certificação das instituições como hospitais de ensino foram estabelecidos, além disso, foi criado o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários e de Ensino do Ministério da Educação no SUS. O programa, ao prever a contratualização dos hospitais com os gestores do SUS, com base em estratégias de atenção pactuadas, levando em consideração aspectos relacionados à gestão, formação e educação, pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, constituiu-se na primeira modalidade, após 30 anos, de financiamento não vinculado exclusivamente à produção (CARMO, 2006; CARMO; ANDRADE; MOTA, 2008).

O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em 2006, enviou à Presidência da República projeto de lei complementar, já apresentado ao Legislativo, propondo a criação de fundações estatais de direito privado para a realização de atividades que não exigissem a execução direta pelo Estado, dentre elas, as atividades de atenção à saúde. O projeto previa que as fundações teriam autonomia gerencial, orçamentária e financeira, patrimônio próprio, receitas mediante a prestação de serviços e doações, contratação de recursos humanos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante concurso público, obedecendo ao artigo 37 da Lei Federal nº 8.666/1993, inciso 37, com regulamento próprio. Assim organizadas, coube às fundações a celebração de contratos de gestão com o Poder Público, prevendo a prestação de serviços, condição para obter arrecadação de recursos públicos (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2008).

Na mídia nacional, a situação dos HUs ganhava destaque. Um estudo realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU) demonstrou que, no mínimo, 21 hospitais universitários apresentaram irregularidades e falhas nas suas principais atividades de controle interno, especialmente, nas áreas de licitação e contratos (PRIMO, 2018).

Em resposta à crise, o governo sinalizou com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) - Medida Provisória 520/2010 -, encaminhada ao Congresso Nacional em 31 de dezembro de 2010, mas que não foi aprovada na Câmara dos Deputados, por não ter sido votada a tempo. O Governo Federal instituiu, então, o Projeto Lei n. 1.749/2011 e, posteriormente, aprovou a EBSERH por meio da Lei nº 12.550: uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação caracterizada, no artigo 1º, como “personalidade

jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado” (BRASIL, 2011, p. 1).

2.3.2 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)

Após a rejeição da Medida Provisória n. 520 no Senado, em 2011, a então presidente da República, por meio da Lei n. 12.550, autorizou a criação da EBSERH, empresa com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio. Ela surgiu com a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde. É uma estatal da administração indireta e não pode ser considerada uma privatização, mantém-se a vinculação orgânica do ente estatal com o poder público (SODRÉ et al., 2013).

A criação da EBSERH foi autorizada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, como uma empresa pública vinculada ao MEC, com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública (EBSERH, 2019).

Dada a sua finalidade, a EBSERH é uma empresa estatal 100% dependente da União e cumpre o seu dever de prestar serviços de assistência à saúde de forma integral e exclusivamente inseridos no âmbito do SUS, observando a autonomia universitária (EBSERH, 2019). É a primeira vez no Brasil que uma empresa pública é criada com a missão direta de administrar e prestar serviços assistenciais em saúde (SODRÉ et al., 2013).

Em sua tese de doutorado, Primo (2018) revela que a criação da EBSERH acirrou os debates acerca dos HUs, sua crise, seus motivos e seu destino institucional. As entidades de classe atuantes nos hospitais como o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-N), a Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativo em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA), a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e o Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica, Profissional e Tecnológica (SINASEFE) apresentaram resistência a criação da EBSERH. O Sindicato dos Servidores das Instituições de Ensino Superior justificou seus motivos para serem contrários à EBSERH: fim da autonomia universitária; ausência de controle social do SUS; e objetivo de lucro da nova empresa; dificuldade em haver

representação nacional dos servidores e possibilidade serem criadas novas modalidades privadas de gestão do SUS.

A criação dessa empresa gerou muitas incertezas e inseguranças entre os profissionais de saúde que trabalhavam nos HU's, pois havia muitas dúvidas a respeito da manutenção dos seus vínculos empregatícios como se o servidor público poderia ser cedido a EBSEH, se manteria o regime jurídico estatutário com suas decorrências, se haveria paridade remuneratória entre os servidores e os seus empregados. Além disso, haviam os profissionais terceirizados, com contratos temporários e com proposta de serem extintos. Isso evidenciava que, no primeiro momento, haveria a convivência de trabalhadores com variados tipos de contratação e salários em um mesmo hospital, implicando na fragilização das forças na luta de classes.

A entrega dos HU's a uma empresa pública de direito privado levantava vários questionamentos sobre a garantia de um sistema realmente público. A EBSEH não representaria uma forma velada de privatização, pois a empresa ampliaria a penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do SUS. Embora não seja seu objetivo, mesmo quando voltadas a execução de serviços públicos, as empresas públicas admitem lucro e, esses lucros, são revertidos para seu próprio objeto. Há uma dispensa legal de licitação para a EBSEH ser contratada pelo SUS e pelas instituições de ensino, por se tratar de relação entre entes públicos, mas, as compras de bens e serviços pela EBSEH devem ser realizadas com respeito à licitação, porque se trata de uma entidade da administração pública indireta, prestadora de serviço público (SODRÉ et al., 2013).

Andreazzi (2013) afirma que a EBSEH é a maior ameaça até hoje existente contra o caráter público dos hospitais universitários. Para a autora, a empresa é uma solução global de gestão, não democrática e com potencialidade de submissão ao mercado, sob o pretexto de solucionar pretensos problemas de pessoal transformará o servidor em empregado dos grupos de poder que se revezam no Estado e tentam lá se manter através de clientelismo e da corrupção.

Será a cristalização de uma burguesia de Estado – burguesia porque controla os meios de produção, embora não tenha propriedade jurídica sobre os mesmos – instável porque contestada pelos outros grupos que brigam pelo poder de Estado, frágil no mundo econômico corruptível das grandes empresas, um elo fraco no mercado de bens, planos e serviços de saúde, já sob a dominância do grande capital. Uma estrutura montada para se apoderar dos impostos e da capacidade de trabalho de técnicos e docentes, poucos se apropriando de algumas migalhas necessárias para a máquina funcionar (ANDREAZZI, 2013, p. 281).

Apesar das reações contrárias, a EBSEH teve ampla adesão, pois os hospitais necessitavam recuperar as infraestruturas físicas e tecnológicas, assim como recomporem os quadros de profissionais. Até 2017, 40 hospitais universitários já haviam firmado contrato com a empresa (PRIMO, 2018).

A EBSEH é a maior rede de hospitais públicos do Brasil. Suas atividades unem dois dos maiores desafios do país: educação e saúde, melhorando a qualidade de vida de milhões de brasileiros, por meio da atuação de uma rede que inclui o órgão central da empresa e 40 hospitais universitários federais. Esses hospitais são centros de referência de média e alta complexidade para o SUS e exercem papel de destaque para a sociedade (EBSEH, 2019).

2.4 Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

A fundação do Hospital São Vicente de Paulo (atual HC-UFMG) ocorreu em 1928. A partir de um acordo celebrado entre a Faculdade de Medicina da UFMG e o Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte, em 1931, o Hospital São Vicente de Paulo foi doado à Faculdade. Tal doação foi condicionada à construção de um pavilhão destinado à assistência infantil. Em 1950, a Fundação Rockefeller doou à Faculdade de Medicina da UFMG, verba para construção do Pavilhão Alfredo Balena, que foi erguido ao lado do Hospital São Vicente de Paulo. Cinco anos depois, o Hospital São Vicente de Paulo, o Hospital São Geraldo e o Instituto do Câncer e Radium, que já funcionavam como hospitais-escola da Faculdade de Medicina, passaram a se chamar Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina. Em 1962, foi iniciada a construção dos blocos, organizados em formato de cruz, que formam, atualmente, o prédio principal do Hospital das Clínicas. No início dos anos 1970, foi construído no HC-UFMG o primeiro Centro de Terapia Intensiva do Brasil, também nesse ano, aconteceu o primeiro transplante de órgãos em Minas Gerais, realizado pela equipe do professor Aparício Silva de Assis, no Hospital das Clínicas (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2018).

Com o fim do sistema de cátedras em 1968 e adoção da estrutura departamental, houve um processo de reforma curricular que valorizava o ensino em ambulatórios, o treinamento prático e a integração com o sistema de saúde por meio de projetos de ambulatórios periféricos e do internato rural, enfatizando a formação do médico generalista. Em 1976, o Hospital das Clínicas se tornou um órgão independente da Faculdade de Medicina e passou a possuir sua própria estrutura diretiva, seu conselho administrativo e seu primeiro regulamento. Mudou sua designação de Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da

UFMG para Hospital das Clínicas da UFMG. Isso possibilitou a criação do primeiro Plano Diretor do Hospital das Clínicas da UFMG, marcado pela adoção do Modelo de Cuidado Progressivo ao Paciente. Esse modelo diferenciava o cuidado hospitalar em básico, intermediário e intensivo, conforme o perfil de necessidades do paciente (COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2008; HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2018).

Em 1986, a UFMG lança novo Estatuto e o Hospital das Clínicas se torna órgão suplementar da universidade, se desvinculando administrativamente da Faculdade de Medicina. Várias mudanças estruturais, administrativas e assistenciais aconteceram com o intuito de qualificar o atendimento e organizar o cuidado em saúde. Nesse ano, o HC-UFMG, firmou convênio com o MEC/Ministério da Previdência e Assistência Social e comprometeu-se com atendimento também à população previdenciária. Dava início a uma nova forma de custeio baseada na venda de serviços à União. Com a criação do SUS, houve a universalização da clientela e o HC-UFMG aumentou a produção assistencial reforçando sua integração ao sistema e a vinculação ao gestor local (PRIMO, 2018).

Em 1992, o Conselho Administrativo aprovou o novo modelo organizacional do Hospital das Clínicas e as divisões previstas foram implantadas, além da institucionalização do pagamento de serviços profissionais aos docentes da Faculdade de Medicina envolvidos em atividades assistenciais, conforme valores calculados a partir da tabela de remuneração dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais do Ministério da Saúde.

Em 1994, foi proposto o “Projeto de Descentralização Administrativo-Financeira”, baseado na criação das unidades operativas em todas as clínicas do HC. Foi iniciado um piloto na Divisão Assistencial Pediátrica, no período de outubro de 1994 a junho de 1995. Tal projeto foi avaliado de forma positiva. Porém, em novembro de 1995, ocorreu uma crise financeira provocando a redução de leitos e a demissão de grande contingente de trabalhadores celetistas contratados pela Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa da UFMG (FUNDEP). A crise foi agravada por problemas de relacionamento político-institucional com a Reitoria. A diretoria do Hospital das Clínicas renunciou, interrompendo a implantação do novo modelo gerencial. A nova diretoria foi empossada em 1996 e, com a crise financeira da década de 1990, o Hospital iniciou discussões para rever o seu modelo assistencial e administrativo. No mesmo ano, com a persistência da crise financeira e com o fechamento de leitos e a redução dos serviços ambulatoriais do HC, foi celebrado um convênio entre a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte/Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais/Hospital das Clínicas, criando a Unidade de Pronto-atendimento (PA) do Hospital das Clínicas e disponibilizando recursos financeiros para

adequação da área física e compra de materiais e de equipamentos (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2018; COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2008).

No início dos anos 2000, aconteceu o III Seminário Interno, com ampla participação de docentes, alunos e funcionários. O Hospital implantou uma proposta de gestão, denominada “Modelo de Unidades Funcionais”, que previa a descentralização administrativa e maior responsabilização das unidades gerenciais. O modelo de Unidades Funcionais apostou no gerenciamento descentralizado dos recursos existentes, propondo a estrutura de poder local constituída por funções de coordenação, além da implantação de dispositivos no campo da gestão. Destacou a importância da política de desenvolvimento e de motivação de recursos humanos centrada na ética da responsabilidade com o usuário e com a instituição. Desencadeou processos de revisão do sistema de custos e faturamento, reformulando a gestão financeira do HC/UFMG. No sentido da descentralização orçamentária por Unidade Funcional, foram realizados cursos de capacitação gerencial para os profissionais. O colegiado interno foi constituído e elaborou-se o plano de ação da Unidade Funcional, com representação de todos os serviços e setores componentes. A estrutura gerencial nas Unidades Funcionais assistenciais foi organizada de acordo com a lógica das profissões, implantando, além da gerência, coordenação médica, de enfermagem e administrativa, mantendo-se, porém, as chefias dos serviços médicos já existentes. Foram pactuadas metas com avaliação semestral, relacionadas aos indicadores gerais e específicos. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2018; COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2008)

O projeto de Unidades Funcionais foi implantado em 2001 e trouxe para o hospital não apenas uma nova estrutura organizacional, mas alguns princípios de melhoria do desempenho institucional, como o processo de acreditação internacional, iniciado em 2010. As melhorias já implantadas nos padrões da *Joint Commission International* (JCI) culminaram no ano de 2017 em 87% de conformidades. Dessa maneira, o hospital vem sendo orientado nos últimos oito anos pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), objetivando adequar seu funcionamento às exigências da JCI. Para a certificação internacional, o HC-UFMG precisa atingir 98,2% de conformidade com os processos (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2018; COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2008)

A década de 2000 foi marcada pela revitalização do anexo Hospital Borges da Costa, carro-chefe da Oncologia. Em 2004, o Hospital das Clínicas da UFMG se transformou em Unidade Especial da UFMG e, no ano de 2008 foi inaugurado o anexo Instituto Jenny de Andrade Faria tornando-se referência na saúde do idoso e da mulher em 2010 (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2018).

Com a criação da EBSEH, a direção do HC-UFMG foi pressionada pelos órgãos de fiscalização e controle para não contratar mão de obra terceirizada ou por cooperativas de trabalho para atividades assistenciais. A Justiça do trabalho determinou que não houvesse contratação de terceiros ou cooperativas para qualquer atividade (atividade finalística ou atividade meio). No final de 2013, o Ministério Público do Trabalho requereu ao Ministério Público Federal que instaurasse processo de improbidade administrativa e crime de desobediência previsto no Código Penal Brasileiro. Nessa ocasião, o Conselho Diretor do HC-UFMG, em Reunião de Urgência no dia 9 de dezembro de 2013, requereu ao Conselho Universitário incluir a pauta: Proposta de adesão da UFMG à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) a não deliberação da proposta de contratualização implicaria no fechamento do hospital. No dia 11 de dezembro de 2013, em sessão com protestos da classe estudantil e dos servidores técnico-administrativos, o Conselho Universitário aprovou a adesão do Hospital das Clínicas da UFMG à EBSEH (PRIMO, 2018).

Em 2014, foi realizado um concurso público pela EBSEH, sendo aprovados cerca de 1700 empregados que foram admitidos com a finalidade de substituir os funcionários contratados por intermédio de cooperativa.

A adesão do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais à EBSEH trouxe mudanças estruturais (na organização e modelo de gestão) e contingenciais (substituição em larga escala da mão de obra por pessoal concursado em vínculo celetista), em contraposição ao Regime Jurídico Único, em vigor desde 1990. Tais mudanças são significativas para os rumos da instituição. Ao mesmo tempo em que o Estado conferiu autonomia aos HUs, com a criação da EBSEH, ele centralizou sua gestão em nível nacional, exigindo dos gestores locais que utilizem de suas habilidades adquiridas no longo de anos de experiência em lidar com problemas complexos. A administração central não assimilou as necessidades e compromissos locais, causando impasses entre a legalidade e as necessidades ou compromissos institucionais. Além da terceirização, levando à multiplicidade de vínculos, houve achatamento dos salários dos servidores, poucos investimentos em infraestrutura, lentidão na reposição das saídas e subdimensionamento de pessoal. Diante disso, os processos de trabalho se tornaram vulneráveis e os funcionários sobrecarregados (PRIMO, 2018).

Segundo Lima (2019, p. 25), a EBSEH “incorporou um organograma verticalizado de cargos e nomeações para funções remuneradas de chefias que passam por seleção constituindo o corpo de chefias da instituição”. A EBSEH por meio de consultorias e acompanhamento das atividades realizadas nos HU’s, apresentou em 2018 o modelo de gestão denominado Unidade de Produção (UP) para articulação entre as áreas do hospital,

semelhante ao modelo de Unidades Funcionais. O modelo preconiza a descentralização das ações de atuação acompanhamento e organização de processos, agregando ao modelo de gestão participativa, ferramentas gerenciais.

A Unidade de Produção (UP) é um agrupamento de serviços e/ou unidades dentro de um mesmo espaço de gestão, segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade. Caracterizadas por serem interdisciplinares e multiprofissionais, constituídas por uma equipe com perfis pessoais e técnicos adequados para as suas atividades, com o objetivo de horizontalizar a gestão por meio de um rearranjo institucional visando a cogestão (LANG, 2018).

Para Lang (2018) a Unidade produtiva tem por funções: organizar o processo de trabalho, motivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a resolução de problemas e conflitos; ampliar o fluxo comunicativo e a deliberação horizontal nos hospitais; elaborar o planejamento da UP; identificar as necessidades de educação permanente/continuada; e compartilhar as informações e ações desenvolvidas nas reuniões semanais e no colegiado ampliado.

A UP é composta por um coordenador eleito, um chefe da unidade definido pela governança e um representante de cada categoria profissional do Serviço/Unidade. Os resultados esperados são: a melhoria no fluxo comunicativo e comunicação horizontal entre os profissionais; maior efetividade na resolução de problemas e conflitos com dimensões plurais; maior organização do processo de trabalho e geração de transformações nas práticas diárias; e mais motivação e integração da equipe multiprofissional. Cada UP deve montar o seu Painel de Bordo com os indicadores escolhidos pela equipe para que possam monitorar o desempenho de sua Unidade. As UP's devem se reunir semanalmente para discutir seus fluxos e processos e analisar o seu Painel de Bordo. O Coordenador do colegiado da UP deve participar da reunião mensal do Colegiado Ampliado do hospital (LANG, 2018).

2.5 Chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino

Com a implantação do SUS, os hospitais públicos brasileiros buscaram estratégias para atender os princípios de universalidade e equidade e as diretrizes de descentralização, participação social e integralidade, por meio de modelos de gestão que maximizem a produtividade, reduzam os custos e otimizem a qualidade da assistência prestada (VAGHETTI et al., 2011). Para isso, tornou-se essencial a atuação de profissionais que gerenciassem e articulassem essa complexidade inerente ao trabalho hospitalar. Atualmente,

nos hospitais públicos federais de ensino, essa função é desenvolvida pelas chefias intermediárias.

Uma pesquisa realizada por Weber e Grisci em 2010, relatou a experiência de gestão de chefias intermediárias de um hospital universitário público e apontou que a instituição hospitalar tem despertado o interesse como empresa, impulsionando estudos sobre planejamento estratégico, sistemas de informação e redução de custos. Segundo os autores, as chefias intermediárias são profissionais que administram e impulsionam sua equipe de trabalho a executar projetos e alcançar as metas institucionais, ocupam posição de gerência média no organograma, exercem cargo de confiança, são gratificadas, reportam-se a um gerente superior e são responsáveis por gerenciar uma determinada área bem como os trabalhadores que ali atuam.

Por característica de sua função, as chefias intermediárias devem administrar com eficiência, estimular e liderar a equipe de trabalho a fim de realizarem as demandas. Para Weber e Grisci (2010), atualmente, é atribuída grande relevância a profissionais que exercem o gerenciamento nas organizações. São profissionais capacitados para exercer o controle, mas que têm pouca ascensão sobre sua condição. Dividem-se entre a obediência e a resistência às demandas organizacionais, não estão acima nem abaixo, estão em um “entre espaço”, ou seja, “ensanduichados”, exercem papel de porta vozes das políticas empresariais. Além disso, afirmam que “a função de chefia é permeada pela complexidade do contexto hospitalar que, ‘paradoxalmente’ ao seu produto (saúde), tem produzido condições potenciais de adoecimento de seus trabalhadores” (WEBER; GRISCI, 2010, p. 54).

2.5.1 Perfil profissional, competências e forma de contratação das chefias intermediárias da Gerência de Atenção a Saúde do HC-UFMG (Sujeitos da pesquisa)

Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - Perfil profissional: Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. Conhecimento Técnico-Administrativo e de Gestão de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico em âmbito hospitalar. **Competências:** I. Coordenar a implantação das ações de apoio diagnóstico e terapêutico disponíveis na Instituição; II. Articular os serviços e práticas assistenciais de apoio

diagnóstico e terapêutico às linhas de cuidado; III. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada à Divisão; IV. Coordenar o processo de elaboração e implantação dos protocolos clínicos assistenciais dos setores e unidades assistenciais vinculados à Divisão; V. Coordenar as atividades de planejamento e avaliação das ações da Divisão; VI. Definir metas quantitativas e qualitativas das ações da Divisão, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação; VII. Monitorar e avaliar o desempenho da atenção prestada no âmbito dos Setores e Unidades Assistenciais vinculados à Divisão; VIII. Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou substituição de tecnologias afetas ao cuidado assistencial praticado na Divisão; IX. Assessorar a Gerência de Atenção à Saúde no processo de elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão; X. Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado; XI. Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Gerência de Atenção à Saúde; XII. Garantir o registro no AGHU e nos sistemas nacionais de informação da atenção e vigilância hospitalar, dos dados assistenciais produzidos no âmbito da Divisão; XIII. Consolidar o diagnóstico de necessidades e a proposição de ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada à Divisão; XIV. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde (EBSERH,2013).

Chefe da Divisão Médica - Perfil profissional: Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Administração Pública, Código de Ética Médica, Resoluções do Conselho Regional de Medicina (CRM) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. **Competências:** I. Coordenar a equipe médica da Instituição; II. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica; III. Produzir relatórios sobre a assistência médica na Instituição; IV. Fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais médicos; V. Zelar pelo exercício ético dos profissionais médicos; VI. Assessorar a Gerência no cumprimento do Regimento Interno das divisões, setores e unidades assistenciais; VII. Assessorar Gerência de Atenção à Saúde no planejamento, organização, administração, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais da Instituição; VIII. Participar, em articulação com a Divisão de Gestão do Cuidado, da organização e implementação das linhas de cuidado; IX. Participar da elaboração dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das unidades assistenciais, setores e divisões

da atenção à saúde; X. Assumir a responsabilidade ética, médica, técnica-científica e representar a Instituição perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina ou em juízo, segundo a legislação vigente; XI. Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre os médicos e demais profissionais do hospital, bem como destes com a governança; XII. Executar atividades profissionais da área da saúde correspondentes à sua formação; XIII. Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado; XIV. Participar do planejamento, coordenação e execução dos programas, estudos, pesquisas e outras atividades de saúde; XV. Participar do planejamento, elaboração e execução de programas de educação permanente adotados na Instituição; XVI. Assessorar a Gerência na implantação e implementação da política de assistência, ensino e pesquisa; XVII. Promover, em articulação com a Gerência de Ensino e Pesquisa, a integração docente-assistencial com o Departamento de Medicina da Universidade (EBSERH,2013).

Chefe da Divisão de Enfermagem - Perfil profissional: Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Gestão por Resultados, Preceitos éticos e legais da Enfermagem e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. **Competências:** I. Responder tecnicamente pelo Serviço de Enfermagem do hospital junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, bem como representá-lo junto às autoridades e perante o juízo, conforme legislação vigente; II. Manter atualizada, junto ao Conselho regional de Enfermagem, a relação dos profissionais de enfermagem que atuam sob sua responsabilidade; III. Fazer cumprir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem; IV. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem; V. Coordenar equipe de enfermagem do hospital; VI. Assegurar a prestação da assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento do hospital em quantidade e qualidade desejáveis; VII. Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem em consonância com as diretrizes da gestão do cuidado; VIII. Realizar diagnóstico situacional da Enfermagem, alinhando ao planejamento da Instituição; IX. Assessorar as Unidades Assistenciais na implantação das normas e rotinas dos protocolos assistenciais de enfermagem; X. Assessorar a Gerência na implantação e implementação da política de assistência, ensino e pesquisa; XI. Promover, em articulação com a Gerência de Ensino e Pesquisa, a integração docente-assistencial com o Departamento de Enfermagem da Universidade; XII. Implantar e realizar o gerenciamento das comissões de enfermagem; XIII. Participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal nas

ações de educação continuada; XIV. Acompanhar o processo de avaliação das equipes de enfermagem quanto ao desempenho técnico e conduta profissional; XV. Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre os profissionais de Enfermagem e demais profissionais do hospital, bem como destes com a governança; XVI. Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado (EBSERH,2013).

Chefe do Setor de Apoio Diagnóstico - Perfil profissional: Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Experiência em gestão e serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. Conhecimento técnico-administrativo e de gestão de serviços de apoio diagnóstico em âmbito hospitalar. **Competências:** I. Coordenar as ações de apoio diagnóstico desenvolvidas no âmbito da Instituição; II. Realizar o planejamento, monitorar e avaliar as ações de apoio diagnóstico; III. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada ao Setor; IV. Definir metas qualitativas e quantitativas do Setor, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação; V. Participar da elaboração e garantir a implantação dos protocolos clínicos das Unidades Assistenciais vinculadas ao Setor; VI. Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou substituição de tecnologias afetas ao cuidado assistencial praticado no Setor; VII. Desenvolver ações de integração dos processos de trabalho das Unidades Assistenciais vinculadas ao Setor; VIII. Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado; IX. Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Divisão e da Gerência de Atenção à Saúde; X. Registrar os dados assistenciais produzidos no âmbito do Setor, no AGHU e nos sistemas nacionais de informação da atenção e vigilância hospitalar; XI. Mapear as necessidades e propor ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada ao Setor; XII. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde (EBSERH, 2013).

Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em saúde - Perfil profissional: Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. Conhecimento sobre os Sistemas de Informação em

Saúde de alimentação obrigatória: SIA-SIH/SUS, CNES, SIMEC.B). **Competências:** I. Regular o fluxo assistencial intra-hospitalar, ambulatorial e de internação, em articulação com o gestor local do SUS; II. Acompanhar os protocolos e fluxos de referência e contrarreferência de pacientes; III. Atualizar, de forma sistemática, o cadastro do estabelecimento de saúde no Sistema Nacional de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e enviar ao gestor local do SUS; IV. Alimentar o Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários federais (SIS-Rehuf) do Sistema Integrado Monitoramento, Execução e Controle (Simec); V. Revisar a programação física e orçamentária dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA e SIH/SUS); VI. Avaliar e autorizar internações e procedimentos ambulatoriais de maior complexidade e custo; VII. Avaliar a produção ambulatorial e hospitalar; VIII. Revisar e analisar laudos de internação e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo (APACs); IX. Revisar contas médicas; X. Consolidar a produção ambulatorial e hospitalar e efetuar o processamento do SIA e SIH/SUS; XI. Enviar mensalmente o processamento do SIA e SIH/SUS para o gestor local do SUS; XII. Atualizar o setor de contabilidade quanto as informações de produção ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH/SUS); XIII. Monitorar e avaliar os indicadores de desempenho da área assistencial; XIV. Monitorar e avaliar o processo de contratualização do hospital com o SUS, no componente assistencial e em articulação com a área de planejamento; XV. Estruturar e coordenar o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same); XVI. Instituir processo de avaliação da satisfação do usuário do hospital; XVII. Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Gerência de Atenção à Saúde; XVIII. Acompanhar o funcionamento do AGHU no âmbito das Unidades Assistenciais da Gerência de Atenção à Saúde; XIX. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada ao Setor; XX. Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente da equipe multiprofissional; XXI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde (EBSERH,2013).

Chefe do setor de Farmácia Hospitalar - Perfil Profissional: Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. Conhecimento específico na área de atuação. **Competências:** I) Implementar, monitorar, gerir e avaliar, de forma integrada, o planejamento e a execução das

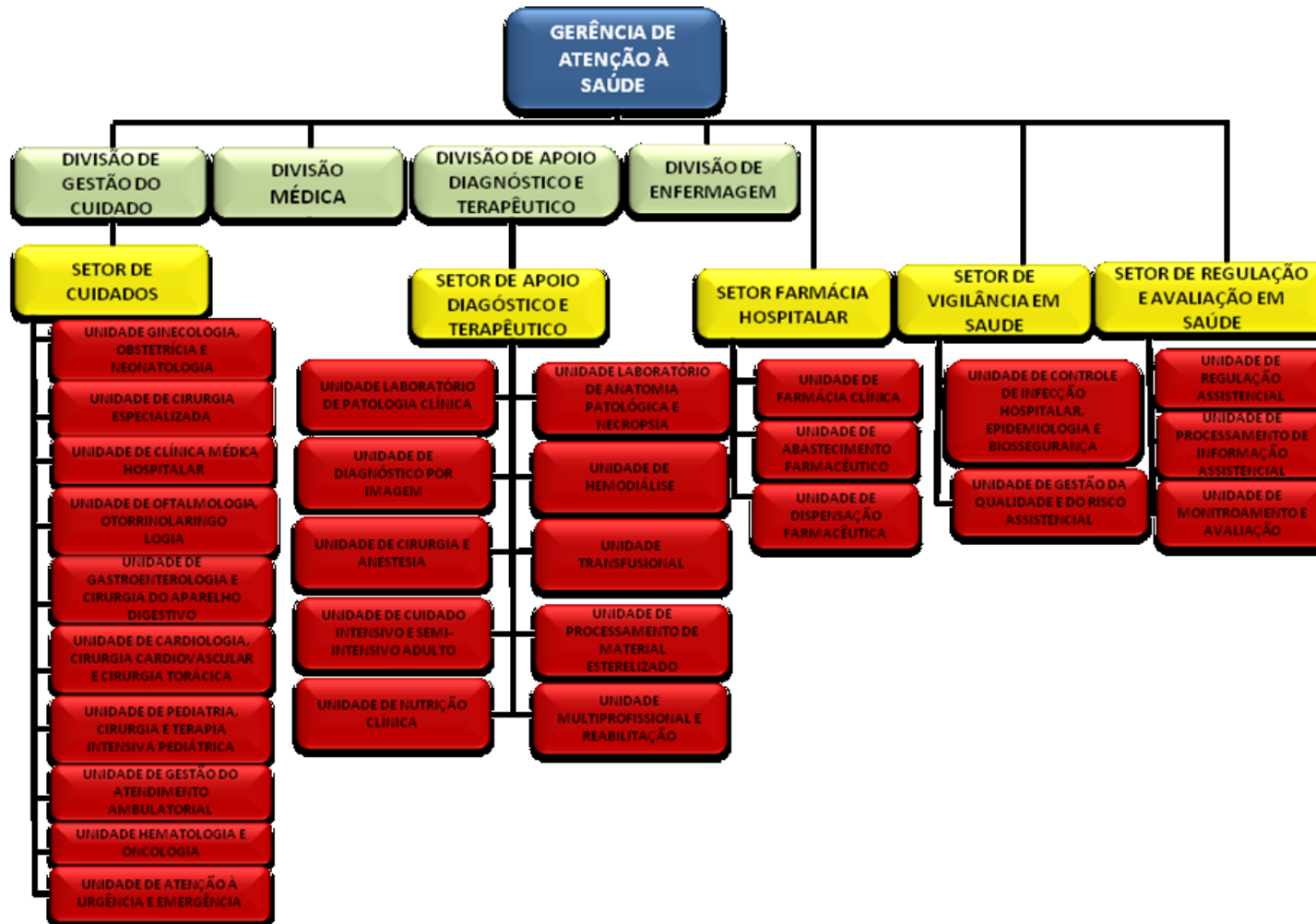
atividades das unidades que compõem o Serviço de Farmácia Hospitalar - SFH II) Subsidiar a elaboração de normas e rotinas dos serviços vinculados à Farmácia Hospitalar, no âmbito do HU III) Implementar o planejamento dos planos de desenvolvimento das equipes, constituindo o Plano de Gestão do Desempenho de Competências, orientado pela Divisão de Gestão de Pessoas; IV) Instituir os indicadores necessários ao monitoramento de suas atividades; V) Acompanhar e avaliar periodicamente o desempenho das unidades, através da análise crítica dos indicadores de processo e de qualidade instituídos; VI) Gerir o cronograma de férias das chefias diretamente subordinadas; VII) Realizar reuniões periódicas junto às Chefias de unidade, a fim de proporcionar a comunicação eficaz no desempenho individual e coletivo. Estando ao encargo da Chefia do SFH estabelecer a periodicidade e o cronograma; VIII) Subsidiar os Chefes das Unidades subordinadas para o bom andamento dos respectivos serviços; IX) Compor o Comitê Técnico; X) Dirimir quaisquer outras atribuições designadas e solicitadas pela Gerência de Atenção à Saúde, Superintendência e/ou Auditoria Interna EBSEH, 2017).

Chefe de Unidade em geral - Perfil profissional: Formação superior completa. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; proatividade; empatia. Conhecimento específico na área de atuação. **Competências:** I. Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito da Unidade Assistencial; II. Implementar diretrizes da gestão da clínica e da clínica ampliada, no âmbito da linha de cuidado; III. Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada à Unidade; IV. Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares; V. Elaborar, implantar e avaliar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas afetos ao cuidado desenvolvido na Unidade Assistencial; VI. Registrar os dados assistenciais no AGHU e nos sistemas nacionais de informação da atenção e vigilância hospitalar; VII. Identificar as necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais; VIII. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde; IX. Desenvolver ações de integração do cuidado multiprofissional; X. Propor metas qualitativas e quantitativas relativas ao cuidado desenvolvido no âmbito da unidade, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação; XI. Monitorar e avaliar o cuidado praticado na Unidade; XII. Participar do planejamento do Setor, Divisão e da Gerência de Atenção à Saúde (EBSEH,2013).

Os cargos em comissão e as funções gratificadas constituem cargos de confiança e caracterizam-se por atividades de direção, assessoramento ou chefia. Constituem-se cargos de confiança da EBSEH para unidades hospitalares: Chefe de Divisão, Chefe de Setor e Chefe de Unidade. O cargo em comissão e a função gratificada, demissíveis *ad nutum*, serão providos por ato do presidente da empresa ou seu substituto legal, por meio de portaria publicada no boletim de serviço disponível no sítio eletrônico da EBSEH. Tais cargos exigem, para o seu exercício, comprovada qualificação profissional, adequada para a área de atuação. Ao ocupante de Cargo em Comissão ou Função Gratificada não é permitido conceder licença para trato de interesse articular; cessão por outro órgão; outros afastamentos que gerem suspensão do contrato de trabalho (EBSEH, 2019).

O processo de recrutamento e seleção para os ocupantes de Cargo em Comissão ou Função Gratificada será realizado por meio de avaliação de títulos e comprovação de experiência na área de atuação. O regime de trabalho dos empregados ou cedidos que ocuparem cargos de confiança ou função gratificada será de dedicação integral, com vista ao atendimento das necessidades da empresa (EBSEH, 2019).

Figura 1 - Organograma da Gerência de Atenção à Saúde (GAS)



Fonte: EBSEH, ([2019d], p. 1)

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este capítulo tem por finalidade, apresentar a metodologia de pesquisa que foi utilizada para atingir os objetivos propostos deste estudo.

Para descrever os procedimentos metodológicos que foram utilizados na pesquisa delineou-se: o tipo da pesquisa; a unidade de análise; os sujeitos da pesquisa; os instrumentos para coleta de dados; e a análise dos dados.

3.1 Tipo de pesquisa quanto a abordagem

Este estudo trata-se de uma pesquisa de métodos mistos. Para Creswell (2010, p. 27), a pesquisa de métodos mistos “é uma abordagem de investigação que combina ou associa as formas qualitativa e quantitativa”. As duas abordagens, de características antagônicas, se combinam de forma que uma prevalecerá sobre a outra ao mesmo tempo em que se complementam na apresentação de resultados. É um desenho de investigação na qual o pesquisador recolhe, analisa e mistura (integra ou relaciona) dados qualitativos e quantitativos num único estudo ou em diversas fases do mesmo programa de investigação (CRESWELL, 2010).

Para retomar o conceito de abordagem quantitativa e qualitativa, Assis e Deslandes (2002, p. 195) explicam que “o quantitativo e o qualitativo traduzem, cada qual a sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes no processo de saúde-doença.”

A articulação entre abordagens qualitativas e quantitativas sofreu vários debates, sobretudo na década de 1990, portanto já foi reconhecida como importante interação metodológica na pesquisa e na construção do complexo objeto saúde-doença-atenção. Assis e Deslandes (2002) ensinam que essa interação possibilita compreender e explicar valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações dos serviços de saúde. Explicam como esses sujeitos tornam-se expostos a eventos que colocam em risco sua saúde, como acontece as doenças e como demandam tratamento/atenção.

De acordo com Creswell (2012), a pesquisa quantitativa é impessoal, não ouve as palavras dos participantes, não aborda o real onde os fenômenos estão ocorrendo, por intermédio da pesquisa qualitativa pode-se ouvir as pessoas, entender suas experiências, construir perspectivas a partir do ponto de vista do participante e não do pesquisador. Por

isso, ela é mais realista, sendo necessário o uso rigoroso de métodos quando são realizadas pesquisas mistas. É preciso trazer a qualidade e o quantitativo juntos. Para o autor, dados quantitativos podem ser analisados com auxílio da estatística e revelar informações úteis, rápidas e confiáveis a respeito de um grande número de observações e, as técnicas qualitativas (ex. entrevistas), dão informações sobre a fala dos entrevistados, possibilitando diferentes perspectivas sobre o tema e delineando os aspectos subjetivos do fenômeno.

Na pesquisa de métodos mistos, pode-se atribuir o mesmo peso aos dados provenientes das duas abordagens ou enfatizar uma ou outra, de acordo com os interesses do pesquisador ou do público ao qual se destina.

Este estudo utilizou a estratégia de triangulação concomitante, em que os dados qualitativos e quantitativos tiveram igual atribuição de peso e foram mixados mediante integração (quantitativa mais qualitativa). Creswell, (2010, p. 250) ressalta que “o pesquisador coleta concomitantemente os dados quantitativos e qualitativos e depois compara os dois bancos de dados para determinar se há convergências, diferenças ou alguma combinação”. Como perspectiva teórica, foram adotados os pressupostos da Psicodinâmica do trabalho, fundada na França por Christophe Dejours e difundida no Brasil por Ana Magnólia Mendes.

A pesquisadora optou pelo método misto, porque compreendeu que esse poderia trazer uma análise mais aprofundada a respeito das estratégias defensivas utilizadas pelas chefias intermediárias da GAS/HC-UFMG. Esta decisão foi tomada pelo fato de a pesquisadora trabalhar na instituição, o que facilitou o acesso para coletar os dados (quantitativos e qualitativos). A escolha pelo método misto teve o intuito de diminuir o risco de o estudo tornar-se inconsistente ou com interpretações enviesadas.

Como perspectiva teórica, foram adotados os pressupostos da psicodinâmica do trabalho, que surgiu nos anos 1980, na França, apresentada por Christophe Dejours. O percurso da produção da psicodinâmica do trabalho traz uma abordagem com olhar crítico sobre as relações entre capital e trabalho e saúde e adoecimento no mundo do trabalho.

3.2 Tipo de pesquisa quanto aos fins e quanto aos meios

Segundo Vergara (2000), os tipos de pesquisa se definem de acordo com dois critérios: quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos fins, o presente estudo assume as características de uma pesquisa descritiva. Para Gil (2008), o objetivo da pesquisa descritiva é estudar as características de um

grupo. A característica mais significativa desse tipo de pesquisa é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Quanto aos meios, esta pesquisa caracteriza-se como estudo de caso que, de acordo com a Yin (2001, p. 32):

1. Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.
2. A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, e, como outro resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados.

Diante do exposto, o estudo quanto aos fins é uma pesquisa descritiva, quanto aos meios, um estudo de caso com a adoção de um método misto.

3.3 Unidade de análise

Figura 2 - Complexo HC-UFMG



Fonte: EBSEH ([2019b], p. 1)

Para realização do estudo, a unidade de análise foi o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Instituição criada em 1928, com a finalidade de ser um hospital universitário público e que atende aos usuários do SUS,

referência em média e alta complexidade para os sistemas estadual e municipal de saúde (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2018).

Sendo uma unidade especial da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tem como compromisso institucional a missão universitária e excelência nas práticas da assistência, ensino, pesquisa, inovação e extensão. Sua administração é de competência da EBSEH (HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2018).

O HC-UFMG é campo de ensino para os cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Gestão em Saúde e Tecnologia em Radiologia (EBSEH, [2019b]; HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 2018). A Tabela 1 apresenta a capacidade física do HC-UFMG.

Tabela 1 - Capacidade física do HC-UFMG

Área física (construída)	64.000 m ²
Capacidade total instalada	504 leitos
CTI adulto	18 leitos
CTI pediátrico	11 leitos
Unidade coronariana	19 leitos
Unidade de neonatologia	24 leitos
Unidade de urgência (observação)	56 leitos

Fonte: EBSEH, ([2019b], p. 1)

O HC- UFMG é formado por um complexo de edificações, contando com o Hospital São Vicente de Paulo (administração, unidades de internação, unidade de urgência e emergência, apoio diagnóstico), Hospital São Geraldo (fonoaudiologia, oftalmologia otorrinolaringologia), Hospital Borges da Costa (oncologia, quimioterapia, cirurgia ambulatorial, endocrinologia, saúde mental, Projeto ELSA, coleta ambulatorial), Ambulatório Bias Fortes (Serviço de Arquivo Médico e Estatística, ambulatório de doenças profissionais), Instituto Jenny Faria – Saúde do idoso e da mulher (geriatria, ginecologia, planejamento, obstetrícia, gastroenterologia), Ambulatório São Vicente (pediatria), Ambulatório Osvaldo Costa (dermatologia clínica e cirúrgica), Anexo Maria Guimarães (moradia dos médicos residentes). A Tabela 2 representa a produção média mensal do HC-UFMG em 2018.

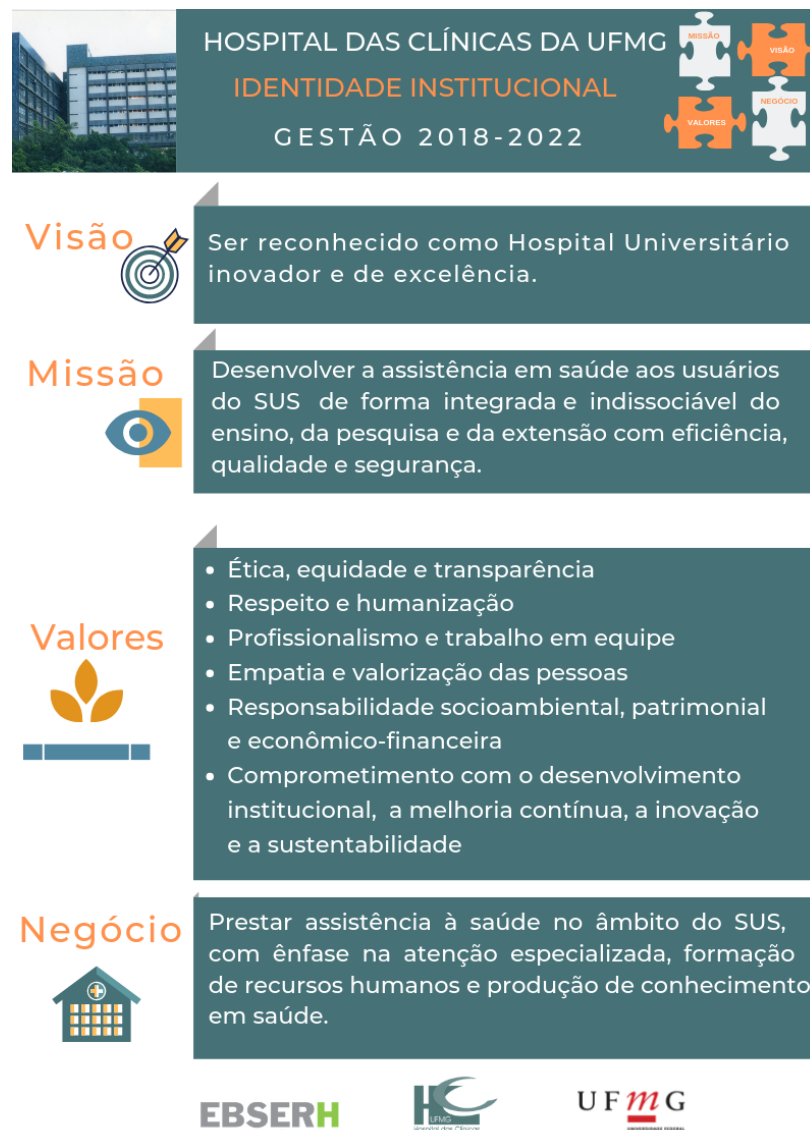
Tabela 2 - Produção média mensal do HC-UFMG em 2018

Atendimento de urgência	4.500
Internações	1500
Consultas ambulatoriais	36.000
Exames laboratoriais	160.000
Cirurgias	1.600
Partos	200
Unidade de urgência (observação)	56 leitos

Fonte: EBSEH, ([2019b], p. 1)

O HC-UFMG tem como visão o de ser reconhecido como Hospital Universitário inovador e de excelência. Sua missão é desenvolver a assistência em saúde aos usuários do SUS, de forma integrada e indissociável do ensino, da pesquisa e da extensão com eficiência, qualidade e segurança. Seus valores são: ética, equidade e transparência; respeito e humanização; profissionalismo e trabalho em equipe; empatia e valorização das pessoas; responsabilidade socioambiental, patrimonial e econômico-financeira; e comprometimento com o desenvolvimento institucional, a melhoria contínua, a inovação e a sustentabilidade. O negócio do HC-UFMG é prestar assistência à saúde no âmbito do SUS, com ênfase na atenção especializada, formação de recursos humanos e produção de conhecimento em saúde. A Figura 3 ilustra a identidade institucional do HC- UFMG.

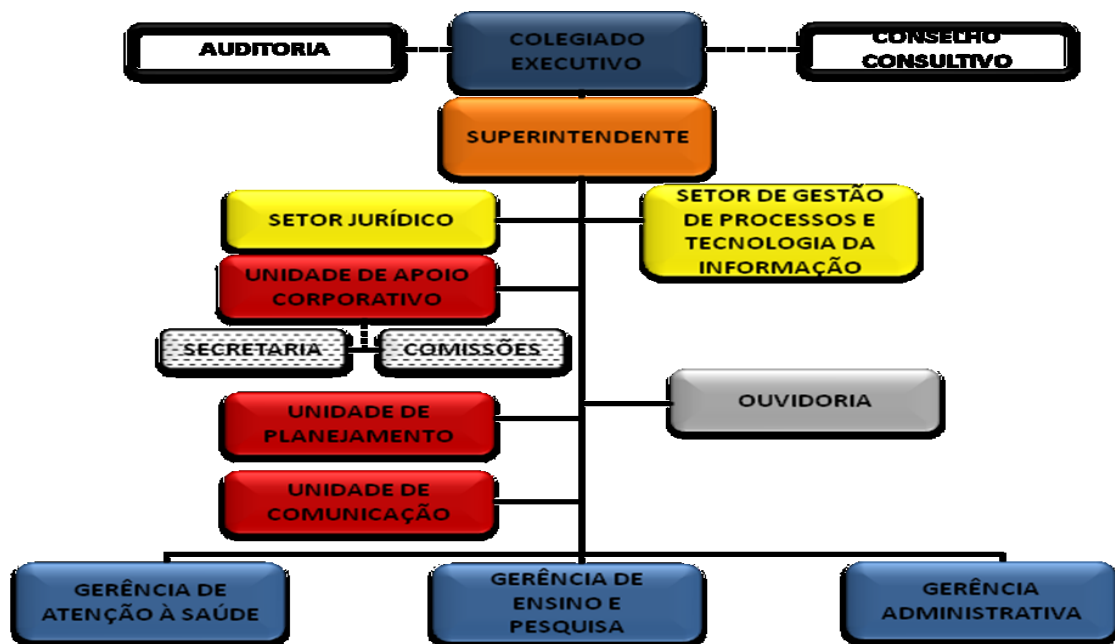
Figura 3 - Identidade institucional



A atual direção do HC-UFMG é composta pela Superintendência e três gerências: Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa e Gerência Administrativa.

O Conselho diretor é integrado pelos diretores da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem, bem como os respectivos vices, chefes de departamentos dos cursos da área da saúde da UFMG e representantes de diferentes categorias profissionais que compõem o hospital. A Figura 4 demonstra a estrutura de governança do HC- UFMG.

Figura 4 – Estrutura de governança



Fonte: EBSEH, ([2019d], p. 1)

3.4 Sujeitos da pesquisa

Conforme os objetivos da pesquisa, o estudo foi desenvolvido com as chefias intermediárias pertencentes à Gerência de Atenção à Saúde (GAS) do HC-UFMG.

A GAS possui 37 postos de chefia, distribuídos conforme especificado na Tabela 3.

Tabela 3 - Postos de chefia (GAS)

Função	Quantidade
Chefe de Divisão	04
Chefe de Setor	05
Chefe de Unidade	28

Fonte: Dados da pesquisa

Para a realização deste estudo, foram considerados como critério de inclusão dos participantes ocupar função de chefia intermediária da GAS por, no mínimo, seis meses;

pertencer ao vínculo Regime Jurídico Único (RJU) ou celetista (EBSERH); concordar em responder os instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa; não ser pesquisador deste estudo.

Atualmente, a Divisão de Gestão do Cuidado e o Setor de Vigilância em Saúde não possuem chefia nomeada, três chefes de unidade estão há menos de seis meses na função e uma chefe de unidade é esta pesquisadora. Diante disso, foram elegíveis para participar da pesquisa 31 chefias intermediárias.

3.5 Técnicas e instrumentos para coleta de dados

Nesta seção são apresentadas as técnicas de coleta de dados e os instrumentos utilizados para a coleta de dados: Questionário semiestruturado (APÊNDICE A); Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) (ANEXO A); Entrevista semiestruturada (ANEXO B).

3.5.1 Questionário semiestruturado

Gil (2008) afirma que o questionário é uma técnica de investigação em que as pessoas respondem a questões que abordam conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado entre outros aspectos. Para o autor, o questionário traduz os objetivos da pesquisa em questões específicas, as respostas obtidas por seu intermédio fornecem os dados necessários para descrever as características da população pesquisada ou testar as hipóteses que foram construídas durante o planejamento da pesquisa.

O Questionário semiestruturado (APÊNDICE A), aborda informações relacionadas às variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, formação, pós-graduação em gestão, vínculo empregatício, função, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação na atual função, afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao exercício da profissão nos últimos seis meses e quando ocorreu a última consulta na medicina do trabalho.

O questionário semiestruturado foi respondido por meio físico, após contato telefônico prévio entre a pesquisadora e o participante ou, via e-mail, por meio de formulário eletrônico elaborado no *Google Docs*. O questionário semiestruturado foi aplicado em participantes que atenderam os critérios de inclusão e foi respondido após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para questionário semiestruturado e ITRA (APÊNDICE

B). O período de aplicação do questionário foi entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

3.5.2 Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)

O Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) foi criado e validado por Ferreira e Mendes (2003), em pesquisa com 1.916 auditores da Federação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira. Foi adaptado e revalidado em 2004, publicado por Mendes e Col, em 2005, e validado novamente em 2006, em uma pesquisa junto a 5.437 trabalhadores de empresas públicas federais do Distrito Federal (MENDES; FERREIRA, 2007). O ITRA (ANEXO A) é composto por quatro escalas interdependentes para avaliar quatro dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento (MENDES; FERREIRA, 2007).

A primeira, é a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), composta por três fatores e, para tanto, utilizou-se da escala *Likert* de 5 pontos, variando de “nunca” a “sempre”:

1. Organização do Trabalho: composto por 11 itens que investigam o modo como as tarefas são divididas e realizadas, bem como as normas, controle e ritmo de trabalho;
2. Condições de Trabalho: composto por 10 itens que abordam a qualidade do ambiente físico, o posto de trabalho, bem como os equipamentos e os materiais disponíveis para que o trabalho seja executado; e
3. Relações Socioprofissionais: composto por 10 itens que abordam a gestão do trabalho, a interação e a comunicação entre os profissionais.

A segunda, é a Escala de Avaliação do Custo Humano no Trabalho (EACHT), constituída por três fatores. Para isso, utilizou-se uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de “nunca” a “totalmente exigido”:

1. Custo físico: composto por 10 itens que avaliam o dispêndio fisiológico e biomecânico que é exigido do trabalhador pelo contexto de trabalho;
2. Custo cognitivo: composto por 10 itens que investigam o empenho intelectual para a aprendizagem, a resolução de problemas e tomada de decisões no trabalho; e
3. Custo afetivo: composto por 12 itens que abordam o empenho emocional que se refletem nas reações afetivas, sentimentos e estados de humor do profissional.

A terceira, é a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), composto por quatro fatores, sendo que dois avaliam prazer e dois, o sofrimento. Para, isso,

utilizou-se de uma escala *Likert* de sete pontos, variando de “nenhuma vez” a “seis ou mais vezes”.

São fatores indicadores de prazer:

1. Realização profissional: composto por nove itens que versam sobre a vivência da gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho; e
2. Liberdade de expressão: composto por oito itens que abordam a liberdade de pensamento, organização e expressão sobre o seu trabalho.

São fatores indicadores de sofrimento:

1. Esgotamento profissional: composto por sete itens, que investigam a vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho; e
2. Falta de reconhecimento: composto por oito itens que abordam a vivência da injustiça, indignação e desvalorização relacionadas ao não reconhecimento do trabalho.

A quarta, é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), composto por três fatores. Para tanto, utilizou-se de uma escala *Likert* de sete pontos, variando de “nenhuma vez” a “seis vezes”.

1. Danos físicos: composto por 12 itens que abordam dores no corpo e distúrbios biológicos;
2. Danos psicológicos: composto por 10 itens que investigam os sentimentos negativos a si mesmo e a vida; e
3. Danos sociais: composto por sete itens, que têm como tema o isolamento e as dificuldades relacionais (familiares e sociais).

O ITRA foi respondido por meio físico, após contato telefônico prévio entre a pesquisadora e o participante, ou via e-mail por meio de formulário eletrônico elaborado no Google Docs. Ele foi respondido após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Questionário semiestruturado. O período da aplicação do ITRA foi entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

O ITRA não se sobrepõe ao uso da fala como técnica mais coerente com o objeto da psicodinâmica. “Recomenda-se sua aplicação junto com outras técnicas, um tratamento qualitativo além do quantitativo, visando uma apreensão com base em diferentes olhares sobre o objeto de estudo” (MENDES; FERREIRA, 2007, p. 111).

3.5.3 Entrevista semiestruturada

Para Gil (2008), a entrevista é uma forma de interação social, de diálogo assimétrico, uma das partes coleta dados e, a outra, é a fonte de informação. Consiste em uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais, também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação. “Pode-se afirmar que parte importante do desenvolvimento das ciências sociais nas últimas décadas foi obtida graças à sua aplicação” (GIL, 2008, p. 109).

A entrevista semiestruturada (ANEXO B) foi elaborada utilizando as orientações do roteiro apresentado por Mendes (2007), que aborda os quatro eixos temáticos: organização do trabalho; prazer e sofrimento provenientes do trabalho; formas de enfrentamento do sofrimento no trabalho; e os possíveis impactos sobre a saúde. Para Mendes (2007), a entrevista na referência da psicodinâmica, prioriza a escuta como uma premissa básica, não havendo espaço para este procedimento haverá um comprometimento da interpretação final dos resultados.

De acordo com Mendes (2007), as entrevistas individuais podem ser realizadas em, no máximo, três encontros e recomenda-se o número de, no mínimo, seis e, no máximo, 12 participantes escolhidos aleatoriamente, mantendo o caráter de voluntariado.

A pesquisadora mestranda realizou o convite e o agendamento para a participação do estudo via contato telefônico com os participantes, não houve nenhuma recusa. O critério utilizado foi o de acessibilidade e voluntariado.

Houve o receio dos participantes se recusarem a participar da entrevista, uma vez que a pesquisadora exerce a função de chefe de unidade na instituição, o que poderia causar constrangimento ou desconforto. Tal fato não ocorreu. Todos os chefes que foram convidados aceitaram participar do estudo.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020, de forma individual, com data e horário previamente agendados entre a pesquisadora e o participante, em local reservado nas dependências do HC-UFMG, preservando a manutenção do sigilo das declarações. Um encontro foi o suficiente para a realização das entrevistas.

Os participantes responderam a entrevista após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista (TCLE) (APÊNDICE C). O TCLE foi entregue e lido, as dúvidas foram esclarecidas, o participante rubricou e assinou as duas vias e recebeu uma via rubricada e assinada pela pesquisadora/coordenadora do estudo e da

pesquisadora/mestranda. A média de duração das entrevistas foi de 12 minutos, totalizando 144 minutos de diálogos gravados.

Responderam a entrevista 12 chefias intermediárias. A Tabela 4 apresenta os respondentes por função.

Tabela 4 - Chefias que responderam a entrevista por função

Chefe de Divisão	Chefe de Setor	Chefes de Unidade				
		Setor de Cuidados	Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Setor de Farmácia Hospitalar	Setor de Vigilância em Saúde	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
2	3	2	2	1	1	1

Fonte: Dados da pesquisa

As respostas das entrevistas foram gravadas em áudio, posteriormente, transcritas na íntegra. Após essa etapa, os áudios e as transcrições foram salvos em *pen drive* e arquivados em local seguro. Os dados estão de posse desta pesquisadora e o acesso a eles será feito apenas pelas responsáveis pela pesquisa. Após cinco anos do encerramento do estudo os dados serão destruídos.

Após participarem da entrevista os chefes responderam o questionário semiestruturado e o ITRA. Essa ordem foi seguida para evitar que os chefes fossem sugestionados pelas questões do ITRA ao participarem da entrevista. Todos os profissionais que participaram de ambas as etapas.

3.6 Análise dos dados

A análise dos dados tem como objetivo organizá-los de forma que fique possível o fornecimento de respostas para o problema proposto. Para Gil (2008, p.), “O processo de análise dos dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos”.

Tendo como pergunta de pesquisa “quais as estratégias defensivas empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino”, os dados foram coletados entre as chefias intermediárias da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Para tal, foram aplicados e analisados os três instrumentos de coleta de dados conforme demonstrado a seguir.

3.6.1 Análise do questionário semiestruturado e ITRA

Entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020, 23 chefias intermediárias responderam o questionário semiestruturado e ao ITRA. Seis chefes responderam via *on-line* e, 17, por meio físico. Estes números correspondem a 74,19% da população elegível - 31 chefias.

Dos três chefes de divisão, dois responderam à pesquisa (66,66%); dos quatro chefes de setor, quatro responderam à pesquisa (100,0%); e dos 24 chefes de unidade, 17 responderam à pesquisa. No total, 23 profissionais responderam o questionário semiestruturado e ITRA, o que representa 74,19 % da população elegível.

O primeiro instrumento, o questionário semiestruturado, composto por 11 questões, traz dados do perfil dos respondentes, tais como: sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, tempo de chefia, entre outros.

Os dados dos questionários físicos foram digitados em uma planilha *Excel (Microsoft Office)* e agrupados aos dados dos formulários respondidos de forma *on-line*. Finalizada a etapa de digitação e organização, os dados foram exportados para o *software* estatístico SPSS (IBM), versão 24, para as análises estatísticas.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central (média, mediana), medidas de dispersão (variância, desvio-padrão, mínimo e máximo) e tabela de frequências. Para as variáveis numéricas contínuas, como idade e tempo de trabalho na instituição, apresentou-se também, gráficos *boxplot*.

O segundo instrumento, trata-se do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Por se tratar de escala validada, a análise foi feita de acordo com a metodologia descrita em Mendes e Ferreira (2007), demonstrada no capítulo a seguir.

3.6.2 Análise das entrevistas

Para a análise e a interpretação dos dados das entrevistas foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011), que procura analisar e compreender o conteúdo apresentados nos discursos. A técnica divide-se em três fases de análise: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Segundo Bardin (2011, p. 15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”

As respostas das entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra utilizando a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS) proposta por Mendes (2007), inspirada e adaptada da análise de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (2011).

Para Bardin (2011, p. 111),

[...] a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas: por exemplo, todos os temas que significam ansiedade ficam agrupados na categoria <ansiedade>, enquanto que os que significam descontração ficam agrupados sob o título conceptual <descontração>), sintático (os verbos, os adjectivos), lexical (classificação das palavras segundo seu sentido, com emparelhamento dos sinónimos e dos sentidos próximos) e expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem).

De acordo com Mendes (2007), a Análise de Núcleo dos Sentidos consiste em desmembrar o texto em unidades, em núcleos de sentidos formados a partir dos temas sobressalentes do discurso. Tem a finalidade de agrupar o conteúdo latente manifesto no texto, com base em temas constitutivos de um núcleo de sentido. Após a leitura geral de cada entrevista e a marcação das falas que representam os temas psicológicos/semânticos, foram classificados e agrupados em núcleos de sentido. Os temas são categorizados pelo critério de semelhança de significado semântico, lógico e psicológico. “É por meio da palavra que o pesquisador tem acesso a conteúdos latentes” (MENDES, 2007 p. 85).

Utilizou-se o *software* MAXQDA (<https://www.maxqda.com/brasil>). Para aprender a utilizar o *software* foi contratada uma consultoria com uma *trainer* oficial no Brasil, que ajudou esta pesquisadora a realizar todo o processo de análise. Para Assis e Deslandes (2002), os *softwares* tem como objetivo ajudar a organizar dados e textos, mas não substitui o processo de interpretação do pesquisador.

A fase de construção do banco e da análise dos dados ocorreu em janeiro de 2020. Os dados foram inseridos e organizados no *software* e os sujeitos foram representados por siglas e por ordem de realização das entrevistas. Os nomes dos chefes foram representados pela palavra (Chefe) acompanhada de *underline* (_) e um número (01 a 12), por exemplo: Chefe_01.

Na fase de pré-análise, foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva do material com o auxílio do *software* MAXQDA. Na fase de exploração foi realizada leitura atenciosa e agrupamento das unidades de registro, pelas semelhanças do conteúdo a partir de todas as perguntas do roteiro (ANEXO B), constituindo-se as categorias. Os grupos categóricos

temáticos foram pré-estabelecidos, fundamentados pelo referencial teórico utilizado na pesquisa. São eles: 1) sofrimento construído *por e em* um *modus* de trabalho; 2) sofrimento externado nos corpos; 3) a busca pela integridade da saúde física e emocional; e 4) prazer e o valor *do e no* trabalho. A fase de interpretação dos dados e discussão com a literatura é apresentada no próximo capítulo.

3.6.3 Aspectos éticos

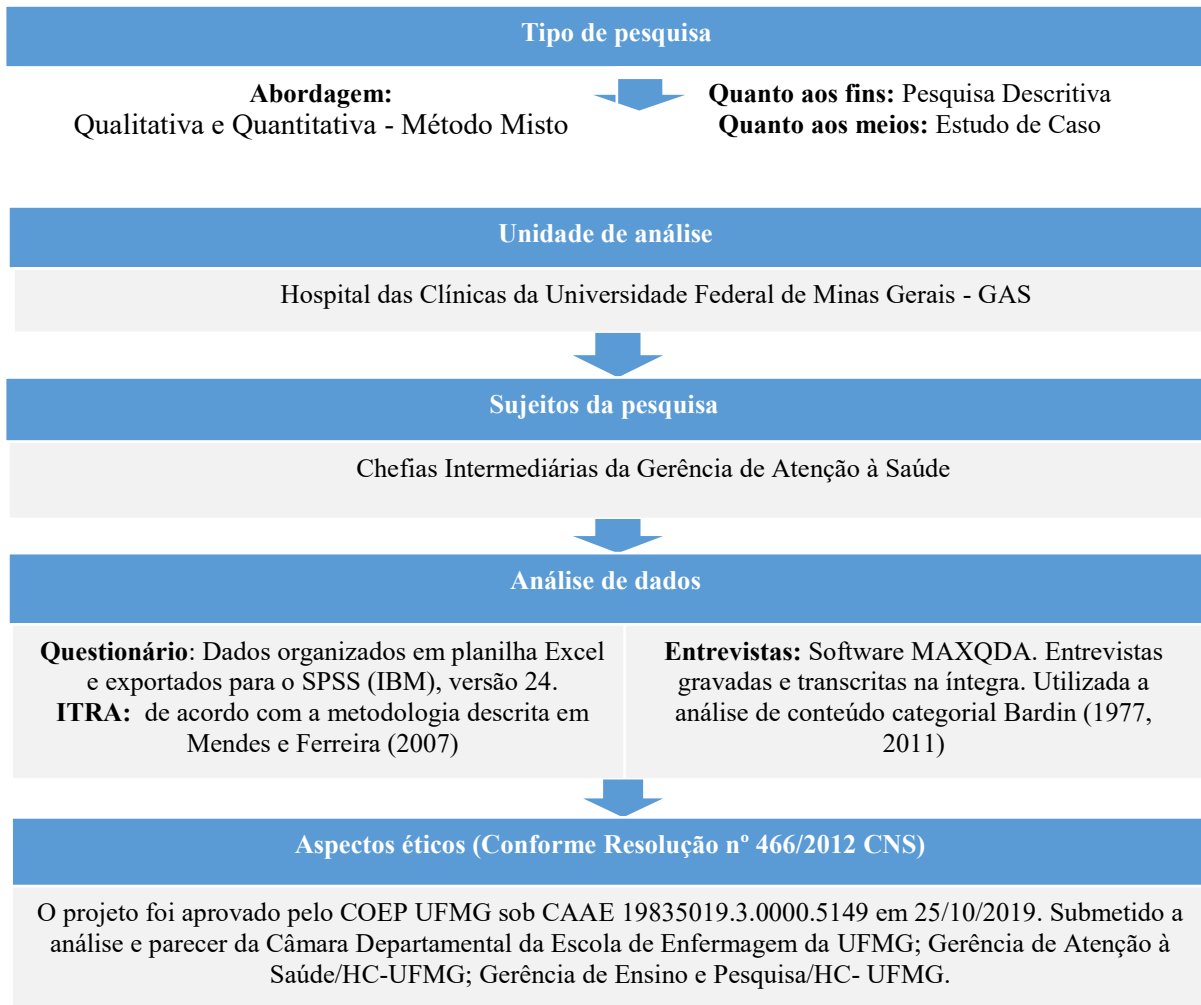
Este estudo foi submetido a análise e parecer das seguintes áreas: Câmara Departamental da Escola de Enfermagem da UFMG (ANEXO D); Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ANEXO F); Gerência de Atenção à Saúde do HC-UFMG (ANEXO G); e Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG (ANEXO H), conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Todos os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos, riscos, benefícios e prováveis desconfortos causados pela participação na pesquisa. A participação foi voluntária e os convidados foram orientados que poderiam recusar ou desistir a qualquer momento de participar do estudo sem nenhum prejuízo para eles. Foi garantido ao participante o anonimato e sigilo absoluto, a preservação dos dados e sua confidencialidade. Nenhum dado será divulgado que permita identificar o participante.

3.6.4 Fluxograma do percurso metodológico

O Quadro 1 apresenta o fluxograma do percurso metodológico da pesquisa.

Quadro 1 – Fluxograma do percurso metodológico



Fonte: Dados da pesquisa

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados das análises dos instrumentos de coleta de dados.

4.1 Análise dos resultados do questionário semiestruturado

O questionário semiestruturado foi respondido por 23 chefias intermediárias pertencentes à GAS. Entre os profissionais que participaram da pesquisa, predominaram: os profissionais do sexo feminino (78,3%); com 46,7 anos de idade em média; casado(a) ou em união estável (65,2%); com grau de escolarização em nível de especialização (43,5%); pós-graduação na área de gestão (73,9%); vínculo empregatício na EBSEH (52,2%); que trabalham na instituição, em média, há 16,6 anos; e exercem cargo de chefia, há 7,1 anos, além de não terem tido nenhum afastamento do trabalho por problema de saúde relacionado à atividade nos últimos seis meses (87,0%).

A tabela 5 demonstra a caracterização dos respondentes.

Tabela 5 - Caracterização dos respondentes

Questões	N	%
Sexo		
Feminino	18	78,3%
Masculino	5	21,7%
Total	23	100,0%
Estado Civil		
Casado (a)/União Estável	15	65,2%
Divorciado(a) /Separado(a) /Viúvo(a)	3	13,0%
Solteiro(a)	5	21,7%
Total	23	100,0%
Grau de Escolaridade		
Doutorado	4	17,4%
Especialização	10	43,5%
Mestrado	9	39,1%
Total	23	100,0%
Pós-graduação na área de gestão		
Não	6	26,1%
Sim	17	73,9%
Total	23	100,0%
Vínculo		
UFMG	11	47,8%
EBSEH	12	52,2%
Total	23	100,0%
Afastamento do trabalho por problemas de saúde nos últimos 6 meses		
Nenhum	20	87,0%
Entre 1 e 3	3	13,0%
Mais de 3	0	0,0%
Total	23	100,0%

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5 - Caracterização dos respondentes

Questões	N	%
Última consulta Medicina do Trabalho		
Menos de 1 ano	13	56,5%
Entre 1 e 3 anos	3	13,0%
Entre 3 e 5 anos	0	0,0%
Entre 5 e 10 anos	1	4,3%
Mais de 10 anos	4	17,4%
Não se lembra/Não se aplica	2	8,7%
Total	23	100,0%

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a última consulta na medicina do trabalho: 56,5% (13 profissionais) afirmaram que consultaram com o médico do trabalho há menos de um ano, sendo que desses, sete, apontaram o exame periódico como o motivo para a consulta; dois apontaram o motivo com controle ou consulta de rotina; outros dois, por outros motivos (infecção e procedimento cirúrgico); e dois, não identificaram o motivo. Entre os que se afastaram há um e três anos, os motivos citados foram amigdalite, licença maternidade e conjuntivite (Tabela 6).

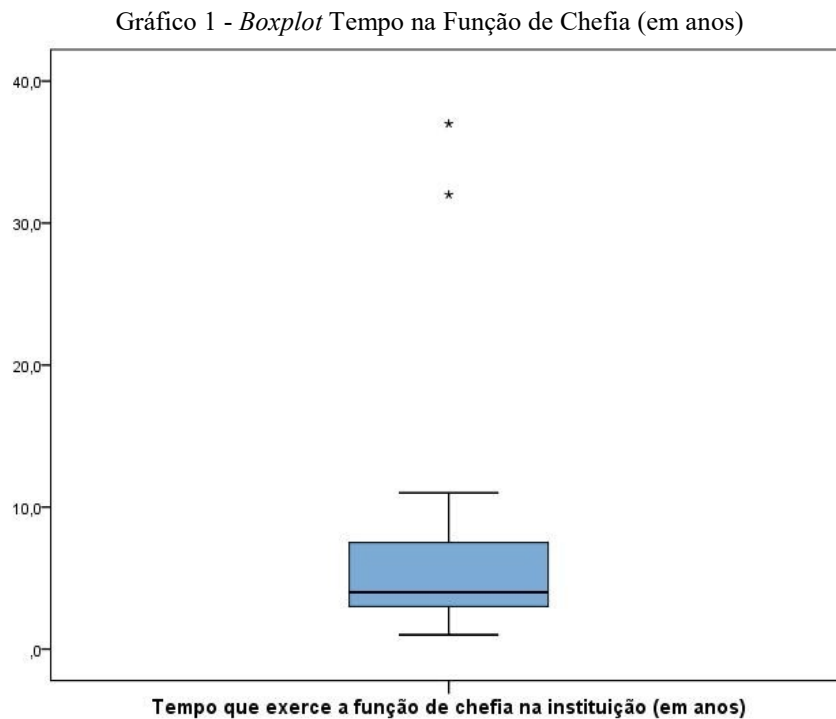
Tabela 6 - Tempo da última consulta na medicina do trabalho e motivo

Questão 11. Quando foi sua última consulta na Medicina do Trabalho? Por qual motivo?	Entre 1 e 3 anos	Mais de 10 anos	Mais de 5 anos	Menos de 1 ano	Não se aplica	Não se lembra	Total
05/2017 – Amigdalite	1	0	0	0	0	0	1
10/2019 – Periódico	0	0	0	1	0	0	1
10/2019 - Exame Periódico	0	0	0	1	0	0	1
11/2019 – Periódico	0	0	0	1	0	0	1
12/2017- Licença maternidade	1	0	0	0	0	0	1
2019 - Consulta de rotina	0	0	0	1	0	0	1
2019 – Controle	0	0	0	1	0	0	1
2019 – periódico	0	0	0	1	0	0	1
23/02/2017 – conjuntivite	1	0	0	0	0	0	1
Aproximadamente agosto ou setembro de 2019 - Afastamento por infecção em 2019 – periódico	0	0	0	1	0	0	1
em dezembro de 2019 – periódico	0	0	0	1	0	0	1
Há mais de 10 anos	0	1	0	0	0	0	1
Há uma semana – periódico	0	0	0	1	0	0	1
Há uns 10 meses devido a procedimento cirúrgico meados de seis meses a um ano	0	0	0	1	0	0	1
Na admissão UFMG, em 2001	0	1	0	0	0	0	1
Não me lembro	0	0	0	0	0	1	1
Não me lembro, mas com certeza tem mais de 15 anos.	0	1	0	0	0	0	1
Não fiz consulta na medicina do trabalho	0	0	0	0	1	0	1
Não me recordo, há mais de 5 anos	0	0	1	0	0	0	1
Periódico há mais ou menos 6 meses	0	0	0	1	0	0	1
Uma única vez, há mais ou menos 30 anos atrás	0	1	0	0	0	0	1
Total	3	4	1	13	1	1	23

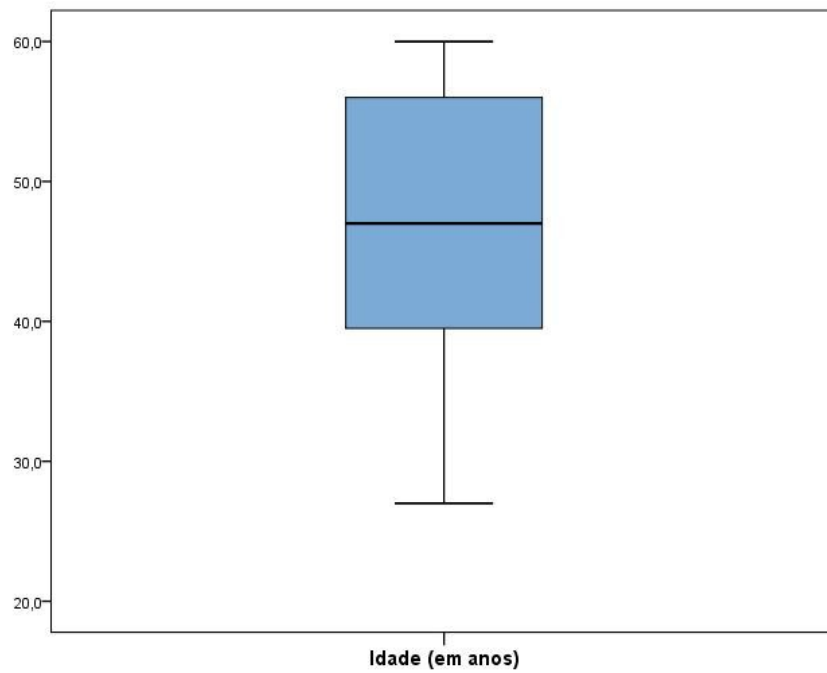
Fonte: Dados da pesquisa

As questões “Há quanto tempo trabalha na instituição” e “Há quanto tempo exerce a função de chefe na instituição” foram apresentadas como questões abertas e tiveram as respostas padronizadas para o tempo em anos (por exemplo: “quatro anos e meio” foi padronizado em 4,5 anos; “desde 2015”, foi transformado para cinco anos, etc.).

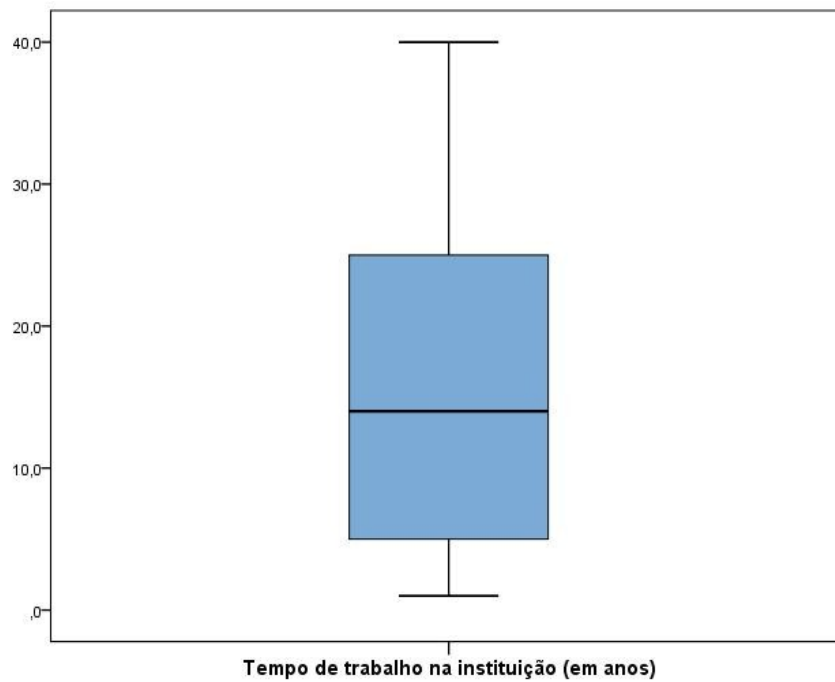
O tempo máximo de trabalho na instituição foi de 40 anos e, o mínimo, de um ano. Em relação ao tempo que o profissional ocupa cargo de chefia na instituição, o máximo observado foi de 37 anos e, o mínimo, de um ano. O *boxplot* (Gráfico 1), aponta dois valores extremos no tempo de chefia, isso porque, dos 23 respondentes da pesquisa, 21 ocupam cargos de chefia entre um e 11 anos e, apenas dois, ocupam cargo de chefias por mais de 30 anos.



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 2 – *Boxplot* por idade dos participantes (em anos)

Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 3 – *Boxplot*, por tempo de trabalho na instituição (em anos)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2 Análises dos resultados do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)

O inventário foi validado com uma amostra heterogênea de 5.437 trabalhadores de empresas públicas federais do Distrito Federal, com uso da análise fatorial, método PAF, rotação *oblimin* e análise da confiabilidade dos fatores pelo *Alfa de Cronbach* (MENDES; FERREIRA, 2007).

O ITRA tem como objetivo mensurar distintas e interdependentes modalidades de representações dos respondentes, relativas ao mundo do trabalho e estruturadas em quatro categorias (MENDES; FERREIRA, 2007, p. 114):

1. Descrição do contexto do trabalho: são representações relativas à organização, às relações socioprofissionais e às condições do trabalho. É avaliada pela Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT);
2. Descrição das exigências: são representações relativas ao custo físico, cognitivo e afetivo do trabalho. Esta categoria é avaliada pela Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT);
3. Descrição do sentido do trabalho: são representações relativas às vivências de prazer e de sofrimento no trabalho. Esta categoria é avaliada pela Escala de Indicadores de prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST);
4. Descrição dos efeitos do trabalho para a saúde: são representações relativas às consequências em termos de danos físicos e psicossociais. Esta categoria é avaliada pela Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT);

As análises dos resultados referentes ao ITRA foram realizadas por meio de médias e desvios-padrão resultante de cada fator das escalas, de acordo com a metodologia descrita por Mendes e Ferreira (2007). Calculou-se o coeficiente *Alfa de Cronbach*, que avalia a consistência interna entre as variáveis. A ideia, de acordo com Hair et al. (2009), é que os itens indicadores individuais da escala devem medir o mesmo construto e, assim, serem altamente correlacionados tendo o valor inferior, normalmente aceito de 0,70, apesar de se aceitar 0,60 em pesquisas exploratórias. Para todos os fatores, os valores de *Alfa de Cronbach* foram maiores de 0,75, demonstrando a consistência interna em todos eles.

Na Tabela 7 são apresentados os resultados do ITRA para os 23 profissionais que participaram da pesquisa.

Tabela 7 - Resultados do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)

Escala	Fatore	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach	Nível
EACT	Organização do Trabalho	3,68	0,51	0,79	Avaliação mais moderada, crítico
	Relações Socioprofissionais	2,87	0,71	0,89	Avaliação mais moderada, crítico
	Condições de Trabalho	2,67	0,95	0,94	Avaliação mais moderada, crítico
ECHT	Custo Afetivo	3,12	0,66	0,86	Avaliação mais moderada, crítico
	Custo Cognitivo	4,33	0,66	0,91	Avaliação mais moderada, crítico
	Custo Físico	2,20	0,63	0,78	Avaliação mais positiva, satisfatório
EIPST	Liberdade de Expressão	4,42	1,49	0,93	Avaliação mais positiva, satisfatório
	Realização Profissional	4,17	1,51	0,95	Avaliação mais positiva, satisfatório
	Esgotamento Profissional	3,24	2,03	0,96	Avaliação moderada, crítico
	Falta de Reconhecimento	1,77	1,80	0,95	Avaliação menos negativa, satisfatório
EADRT	Danos Físicos	2,12	1,61	0,93	Avaliação moderada, crítico
	Danos Sociais	1,83	1,81	0,95	Avaliação mais positiva, suportável
	Danos Psicológicos	1,62	1,76	0,96	Avaliação mais positiva, suportável

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Tabela 8, observou-se que a Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) foi avaliada como moderada, crítico para os três fatores: Organização do trabalho, Relações socioprofissionais e Condições de trabalho. A Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), também foi avaliada como moderada, crítico para os fatores Custo afetivo e Custo Cognitivo. O fator Custo físico obteve a avaliação positiva, satisfatória. A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) foi avaliada como positiva, satisfatória para os fatores Liberdade de expressão, Realização profissional e Falta de Reconhecimento. Com avaliação moderada crítico, ficou o fator Esgotamento profissional. Por fim, a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), foi avaliada como moderada crítica para o fator Danos físicos e, avaliação positiva, suportável para Danos sociais e Danos psicológicos”.

4.2.1 Resultado da análise da Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT)

A EACT é composta por três fatores: 1) Organização do trabalho; 2) Condições de trabalho; 3) Relações socioprofissionais. A escala é de cinco pontos, variando de 1 = Nunca a 5 = Sempre. Como é construída com itens negativos, sua análise é feita por fator e com base em três níveis diferentes, considerando um desvio-padrão em relação ao ponto médio (MENDES; FERREIRA 2007). O resultado deve ser interpretado da seguinte forma:

- Acima de 3,7: avaliação mais negativa, grave.
- Entre 2,3 e 3,69: avaliação mais moderada, crítico.
- Abaixo de 2,29: avaliação mais positiva, satisfatório.

De acordo com Mendes e Ferreira (2007), a avaliação como grave vale não somente quando a média é igual ou maior do que 3,7, mas, para a situação na qual a soma do crítico com o precarizado é maior que o nível satisfatório. Isso, foi observado nos três fatores que compõem a escala.

Para o Fator 1 - Organização do trabalho - o valor médio encontrado na escala foi de 3,68, com desvio-padrão igual a 0,510, indicando que os respondentes a avaliaram como moderada, crítico. Destaca-se, no entanto, que esse valor é bem próximo ao valor limite da escala, uma vez que, valores acima de 3,70, indicando uma avaliação mais negativa (Tabela 8).

Tabela 8 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Organização do trabalho

Componentes da Organização do Trabalho	N		Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
1 - O ritmo de trabalho é excessivo.	23	0	4,09	0,793	3	5
2 - As tarefas são cumpridas com pressão de prazos.	23	0	4,26	0,689	3	5
3 - Existe forte cobrança por resultados.	23	0	4,04	0,706	3	5
4 - As normas para execução das tarefas são rígidas.	23	0	3,48	0,846	2	5
5 - Existe fiscalização do desempenho.	23	0	4,04	0,706	3	5
6 - O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas.	23	0	3,87	1,014	2	5
7 - Os resultados esperados estão fora da realidade.	23	0	2,87	0,920	1	5
8 - Existe divisão entre quem planeja e quem executa.	23	0	3,52	1,082	1	5
9 - As tarefas são repetitivas.	23	0	3,35	0,885	2	5
10 - Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho.	23	0	3,48	1,238	1	5
11 - As tarefas executadas sofrem descontinuidade.	23	0	3,48	0,846	2	5
Total	23	0	3,68	0,510	1,3	4,6

Fonte: Dados da pesquisa

Os itens que tiveram pior avaliação, ou seja, apresentaram resultados médios mais altos, foram: “As tarefas são cumpridas com pressão de prazos” (média 4,26); “O ritmo do trabalho é excessivo” (média=4,09); “Existe forte cobrança por resultados” (4,04); “Existe fiscalização por desempenho” (4,04); e, o item com melhor avaliação foi: “Os resultados esperados estão fora da realidade” (média 2,87).

Em relação ao total de profissionais em cada avaliação, nenhum deles obteve média abaixo de 2,29, indicando uma avaliação mais positiva, ao passo que, 60,9% (14), fizeram uma avaliação moderada, crítico e, 39,1% (9), avaliaram de forma mais negativa, grave (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Organização do trabalho

Média	Resultado	N	%
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, grave	9	39,1%
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítico	14	60,9%
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatório	0	0,0%

Fonte: Dados da pesquisa

A avaliação mais moderada, crítico é um resultado mediano, indicador de “situação-limite” potencializando o custo negativo e o sofrimento no trabalho e, a avaliação mais negativa, grave, é um resultado negativo e produtor de custo humano e sofrimento no trabalho. Forte risco de adoecimento requerendo providências imediatas para eliminar ou atenuar as causas (MENDES; FERREIRA, 2007).

Para o Fator 2 - Relações socioprofissionais -, valor médio encontrado na escala foi de 2,87, com desvio-padrão igual a 0,714, indicando que os respondentes fazem uma avaliação mais moderada, crítico em relação às Relações socioprofissionais.

Em relação ao total de profissionais em cada avaliação,: 17,4% (4) deles fizeram uma avaliação mais positiva, satisfatória em relação a esse fator; 69,6% (16), fizeram uma avaliação moderada, crítico; e, 13,0% (3), avaliaram de forma mais negativa, grave (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Relações socioprofissionais

Média	Resultado	N	%
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, grave	3	13,0%
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítico	16	69,6%
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatório	4	17,4%

Fonte: Dados da pesquisa

Os itens que tiveram maiores médias, indicando uma pior avaliação dos respondentes foram: “Existem disputas profissionais no local de trabalho” (média 3,30); “A comunicação entre funcionários é insatisfatória” (média 3,09); e “Falta integração no ambiente de trabalho” (média 3,0). Os itens como melhores avaliações, isto é, com menores médias foram: “Os funcionários são excluídos das decisões” (média 2,57), e “Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional” (média 2,61), conforme apresenta a Tabela 11.

Tabela 11 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Relações socioprofissionais

Componentes de Relações Socioprofissionais	N		Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
12 - As tarefas não estão claramente definidas.	23	0	2,83	1,029	1	5
13 - A autonomia é inexistente.	23	0	2,74	0,810	1	4
14 - A distribuição das tarefas é injusta .	23	0	2,96	1,107	1	5
15 - Os funcionários são excluídos das decisões.	23	0	2,57	0,992	1	5

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 11 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Relações socioprofissionais

Componentes de Relações Socioprofissionais	N		Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
16 - Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados .	23	0	2,65	1,112	1	5
17 - Existem disputas profissionais no local de trabalho.	23	0	3,30	1,146	1	5
18 - Falta integração no ambiente de trabalho.	23	0	3,00	1,044	1	4
19 - A comunicação entre funcionários é insatisfatória.	23	0	3,09	0,900	1	5
20 - Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional.	23	0	2,61	0,988	1	5
21 - As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso.	23	0	2,96	0,976	1	5
Total	23	0	2,87	0,714	1,3	4,6

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

Para o Fator 3 - Condições de trabalho -, o valor médio da escala foi de 2,67, com desvio-padrão de 0,948, indicando uma avaliação mais moderada, crítica, em relação às condições do trabalho.

Em relação à distribuição dos profissionais por classificação da escala, dos 23 respondentes: 47,8% (11) fizeram uma avaliação, mas positiva, satisfatória; 30,4% (7), fizeram uma avaliação mais moderada, crítica; e, 21,7% (5), fizeram uma avaliação mais negativa, grave das condições de trabalho (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição dos respondente por avaliação do fator Condições de trabalho

Média	Resultado	N	%
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, grave	5	21,7%
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítico	7	0,4%
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatório	11	7,8%

Fonte: Dados da pesquisa

Os itens do fator Condições de trabalho com maiores médias, ou seja, com piores avaliações, foram: “Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas” (média 3,13); e “Existe muito barulho no ambiente de trabalho” (média 3,09). O item com menor média, isto é, com melhor avaliação, foi “As condições de trabalho oferecem risco a segurança das pessoas” (média 2,13), demonstrados na Tabela 13.

Tabela 13 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Condições de trabalho

Componentes de Condições de Trabalho	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
22 - As condições de trabalho são precárias.	23	0	2,70	1,020	1	4
23 - O ambiente físico é desconfortável.	23	0	2,52	1,163	1	5
24 - Existe muito barulho no ambiente de trabalho.	23	0	3,09	1,240	1	5
25 - O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado.	23	0	2,57	1,273	1	5
26 - Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas.	23	0	3,13	1,217	1	5
27- O posto/estação de trabalho é inadequado para a realização das tarefas.	22	1	2,50	1,185	1	5
28 - Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários.	23	0	2,57	1,161	1	5
29 - O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado.	23	0	2,52	1,163	1	5
30 - As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas.	23	0	2,13	1,058	1	4
31 - O material de consumo é insuficiente.	23	0	2,96	1,364	1	5
Total	23	0	2,67	0,948	1,3	4,7

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.2 Análise da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)

A escala é composta por três fatores: 1) custo afetivo; 2) custo cognitivo; 3) custo físico. Possui cinco pontos variando de 1=nunca até 5=totalmente exigido. A avaliação é feita da seguinte forma:

- . Acima de 3,7=avaliação mais negativa, grave;
- . Entre 2,3 e 3,69: avaliação mais moderada, crítico;
- . Abaixo de 2,29: avaliação mais positiva, satisfatório.

Para o Fator 1 - Custo afetivo -, O valor médio o foi de 3,12, com desvio-padrão igual a 0,715, indicando uma avaliação moderada.

Quando considerada a distribuição dos profissionais, por categoria de avaliação, 73,9% (17) dos participantes avaliaram esse fator como mais moderado, crítico; 21,7% (5), avaliaram o fator de forma negativa, grave; e, apenas 1, fez uma avaliação mais positiva. (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Custo afetivo

Média	Resultado	N	%
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, grave	5	21,7%
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítico	17	73,9%
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatório	1	4,3%

Fonte: Dados da pesquisa

Os fatores com avaliações mais negativas, ou seja, com maiores médias, foram: “Ter controle das emoções”, (média 4,48); “Ter curso emocional” (média 4,22); e “Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros” (média 3,83). Aqueles com menores médias, ou seja, com avaliação mais positiva foi: “Transgredir valores éticos” (média 1,96); e “Ser submetido a constrangimentos (média 2,04) (Tabela 15).

Tabela 15 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Custo afetivo

Componentes de Custo Afetivo	N		Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
1. Ter controle das emoções.	23	0	4,48	0,593	3	5
2. Ter que lidar com ordens contraditórias.	23	0	3,74	1,010	2	5
3. Ter Custo Emocional.	23	0	4,22	0,795	2	5
4. Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros.	23	0	3,83	0,984	2	5
5. Disfarçar os sentimentos.	23	0	3,65	1,027	2	5
6. Ser obrigado a elogiar as pessoas.	23	0	2,57	1,199	1	5
7. Ser obrigado a ter bom humor.	23	0	3,13	1,180	1	5
8. Ser obrigado a cuidar da aparência física.	23	0	2,91	0,996	1	5
9. Ser bonzinho com os outros.	23	0	2,74	1,287	1	5
10. Transgredir valores éticos.	23	0	1,96	1,397	1	5
11. Ser submetido a constrangimentos.	23	0	2,04	1,461	1	5
12. Ser obrigado a sorrir.	23	0	2,22	1,313	1	5
Total	23	0	3,12	0,715	2,1	4,8

Fonte: Dados da pesquisa

O Fator 2 - Custo cognitivo -, apresentou valor médio de 4,33, com desvio-padrão igual a 0,656, sendo esta uma avaliação mais negativa, grave. Aliás, quando considerada a distribuição dos profissionais por classificação do fator, 91,3% (21) dos pesquisados avaliaram esse fator como grave, nenhum avaliou como satisfatório e, apenas 8,7% (2), avaliaram como moderado, crítico (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição dos respondentes por avaliação do fator Custo cognitivo

Média	Resultado	N	%
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, grave	21	91,3%
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítico	2	8,7%
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatório	0	0,0%

Fonte: Dados da pesquisa

Todos os itens que compõem o fator, apresentaram médias acima de 4, exceto “Desenvolver macetes”, que teve média de 3,22. O item como maior média, ou seja, pior avaliação foi “Ter que resolver problemas” (média = 4,78) (Tabela 17).

Tabela 17 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Custo cognitivo

Componentes de Custo Cognitivo	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
13. Desenvolver macetes.	23	0	3,22	1,565	1	5
14. Ter que resolver problemas.	23	0	4,78	0,422	4	5
15. Ser obrigado a lidar com imprevistos.	23	0	4,61	0,783	2	5
16. Fazer previsão de acontecimentos.	23	0	4,17	1,029	2	5
17. Usar a visão de forma contínua.	23	0	4,39	0,941	2	5
18. Usar a memória.	23	0	4,57	0,728	2	5
19. Ter desafios intelectuais.	23	0	4,22	0,902	1	5
20. Fazer esforço mental.	23	0	4,39	0,783	2	5
21. Ter concentração mental.	23	0	4,43	0,590	3	5
22. Usar a criatividade.	23	0	4,57	0,590	3	5
Total	23	0	4,33	0,656	2,08	4,75

Fonte: Dados da pesquisa

O Fator 3 - Custo físico -, a média observada para esse fator foi de 2,20, com desvio-padrão igual a 0,625, sendo classificado como “avaliação positiva, satisfatória”. Quando observada a distribuição dos participantes por classificação, não teve nenhuma avaliação negativa, 43,5% (10), classificaram como moderada, crítico, e 56,5% (13), a avaliou de forma positiva, satisfatória (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos respondentes, por avaliação do fator Custo físico

Média	Resultado	N	%
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, grave	0	0,0%
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação mais moderada, crítico	10	43,5%
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, satisfatório	13	56,5%

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 19 descreve os itens com menor média, ou seja, melhor avaliação, quais foram: “Ter que manusear objetos pesados” (média =1,17); “Fazer esforço físico” (média=1,43); e “Uso de força física” (média 1,48) e, o de maior média, foi “usar as mãos de forma repetida” (média de 3,22).

Tabela 19 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Custo físico

Componentes de Custo Físico	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
23. Usar a força física.	23	0	1,48	0,593	1	3
24. Usar os braços de forma contínua.	23	0	2,83	1,586	1	5
25. Ficar em posição curvada.	23	0	2,70	1,363	1	5
26. Caminhar.	23	0	2,87	0,968	1	5
27. Ser obrigado a ficar em pé.	23	0	1,87	0,869	1	3
28. Ter que manusear objetos pesados.	23	0	1,17	0,388	1	2
29. Fazer esforço físico.	23	0	1,43	0,728	1	3
30. Usar as pernas de forma contínua.	23	0	1,70	1,105	1	5
31. Usar as mãos de forma repetida.	23	0	3,22	1,347	1	5
32. Subir e descer escadas.	23	0	2,74	1,251	1	5
Total	23	0	2,20	0,625	1,2	3,5

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.3 Análise da Escala de Indicadores de Prazer - Sofrimento no trabalho (EIPST)

Composta por quatro fatores, sendo dois para avaliar o prazer (Realização profissional e Liberdade de expressão) e dois para avaliar o sofrimento no trabalho (Falta de reconhecimento e Liberdade de expressão) (MENDES: FERREIRA, 2007).

É uma escala de sete pontos e tem por objetivo avaliar, nos últimos seis meses, a ocorrência das vivências dos indicadores de prazer-sofrimento. Varia de 0 = Nenhuma a 6 = seis ou mais vezes (MENDES; FERREIRA, 2007).

Para os fatores do prazer, considerando que os itens são positivos, a análise foi feita em três níveis diferentes, com um desvio-padrão para cada um. Considerou-se como resultados para a vivência de prazer:

- . Acima de 4,0: Avaliação mais positiva, satisfatório;
- . Entre 3,9 e 2,1: avaliação moderada, crítico; e
- . Abaixo de 2,0: avaliação para raramente, grave.

Para os fatores de sofrimento, considerando que os itens são negativos, as análises são:

- . Acima de 4,0: avaliação mais negativa, grave;
- . Entre 3,9 e 2,1: avaliação moderada, crítico; e
- Abaixo de 2,0: avaliação menos negativa, satisfatório.

O Fator 1, relacionado ao Prazer - Liberdade de expressão -, foi avaliado como positivo, satisfatório pelos respondentes (média= 4,42, desvio-padrão=1,491).

Considerando a distribuição dos profissionais pela classificação, 65,2% (15), avaliou o fator como positivo, 21,7% (5), como moderado, crítico e, apenas 13,0% (3), como raramente, grave (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos respondentes por classificação do fator Liberdade de expressão

Média	Resultado	N	%
Acima de 4,0	Avaliação mais positiva, satisfatório	15	65,2%
Entre 3,9 e 2,1	Avaliação moderada, crítico	5	21,7%
Abaixo de 2,0	Avaliação mais raramente, grave	3	13,0%

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando os itens que compõem o fator, a maior média, ou seja, a melhor avaliação foi para “Liberdade com a chefia para negociar o que precisa” (média 4,70) e, a menor média, para o item “Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho” (média = 4,09), demonstrado na Tabela 21.

Tabela 21 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Liberdade de Expressão

Componentes de Liberdade de Expressão	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
01- Liberdade com a chefia para negociar o que precisa.	23	0	4,70	1,717	1	6
02- Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas.	23	0	4,35	1,921	0	6
03- Solidariedade entre os colegas.	23	0	4,43	1,674	1	6

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 21 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Liberdade de Expressão

Componentes de Liberdade de Expressão	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
04- Confiança entre os colegas.	23	0	4,30	2,077	0	6
05- Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho.	23	0	4,09	1,929	0	6
06- Liberdade para usar minha criatividade.	23	0	4,57	1,701	0	6
07- Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias.	23	0	4,35	1,584	1	6
08- Cooperação entre os colegas.	23	0	4,57	1,996	0	6
Total	23	0	4,42	1,491	1,1	6,0

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

O Fator 2, relacionado ao Prazer - Realização profissional -, é também um fator de vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz. De forma geral, foi avaliado de forma positiva pelos respondentes (média 4,17, desvio-padrão=1,512).

Quando considerada a distribuição dos participantes por classificação, foi avaliado de forma positiva por 56,5% (13) dos profissionais, de forma moderada, crítica, por 39,1% (9), e de forma raramente, grave, por 4,3% (1), conforme apresenta a Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição dos respondentes, por classificação do fator Realização profissional

Média	Resultado	N	%
Acima de 4,0	Avaliação mais positiva, satisfatório	13	56,5%
Entre 3,9 e 2,1	Avaliação moderada, crítico	9	39,1%
Abaixo de 2,0	Avaliação mais raramente, grave	1	4,3%

Fonte: Dados da pesquisa

A maior média foi observada no item “Orgulho pelo que faço” (5,09) e a menor em “Reconhecimento” (3,43), demonstrado na Tabela 23.

Tabela 23 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Realização Profissional

Componentes de Realização Profissional	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
09. Satisfação.	23	0	3,87	1,740	1	6
10- Motivação.	23	0	4,09	1,756	1	6
11- Orgulho pelo que faço.	23	0	5,09	1,443	1	6
12- Bem-estar.	23	0	4,00	1,706	0	6
13- Realização profissional.	23	0	4,26	1,685	0	6
14- Valorização.	23	0	3,65	2,102	0	6
15 - Reconhecimento.	23	0	3,43	2,019	0	6
16 - Identificação com as minhas tarefas.	23	0	4,70	1,636	0	6
17 - Gratificação pessoal com as minhas atividades.	23	0	4,43	1,754	0	6
Total	23	0	4,17	1,512	0,3	6,0

Fonte: Dados da pesquisa

O Fator 1, relacionado ao Sofrimento - Esgotamento profissional -, avalia a vivência de sofrimento, frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho (MENDES; FERREIRA, 2007). Este fator apresentou média igual a 3,24 e desvio-padrão igual a 2,031, sendo classificado como moderado, crítico.

Quando considerada a distribuição dos respondentes, 43,5% (10) o classificaram de forma negativa, grave, 30,4% (7), de forma moderada e, 21,7% (5), de forma menos negativa (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição dos respondentes, por classificação do fator Esgotamento profissional

Média	Resultado	N	%
Acima de 4,0	Avaliação mais negativa, grave	10	43,5%
Entre 3,9 e 2,1	Avaliação moderada, crítico	7	30,4%
Abaixo de 2,0	Avaliação menos negativa, satisfatório	5	21,7%

Fonte: Dados da pesquisa

Os itens com avaliação mais negativa foram aqueles relacionados ao esgotamento emocional (3,7), estresse (3,78) e sobrecarga (4,0). Os itens com avaliações com menores médias foram “Medo” (2,30) e “Insegurança” (2,39), conforme apresenta a Tabela 25.

Tabela 25 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Esgotamento profissional

Componentes de Esgotamento Profissional	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
18 - Esgotamento emocional.	23	0	3,70	2,382	0	6
19 - Estresse.	23	0	3,78	2,430	0	6
20 - Insatisfação.	23	0	3,04	2,246	0	6
21 - Sobrecarga.	23	0	4,00	2,000	0	6
22 - Frustração.	23	0	3,43	2,019	0	6
23 - Insegurança.	23	0	2,39	2,291	0	6
24 - Medo.	23	0	2,30	2,401	0	6
Total	23	0	3,24	2,031	0,0	6,0

Fonte: Dados da pesquisa

O Fator 2, relacionado ao Sofrimento - Falta de Reconhecimento -, avalia a vivência de sofrimento, vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do seu trabalho (MENDES; FERREIRA, 2007), apresentou média geral igual a 1,77, sendo classificado como menos negativa, satisfatório.

Em relação à distribuição dos profissionais por classificação, este fator foi considerado como menos negativo, satisfatório por 73,9% dos profissionais (Tabela 26).

Tabela 26 - Distribuição dos respondentes, por classificação do fator Falta de reconhecimento

Média	Resultado	N	%
Acima de 4,0	Avaliação mais negativa, grave	3	13,0%
Entre 3,9 e 2,1	Avaliação moderada, crítico	3	13,0%
Abaixo de 2,0	Avaliação menos negativa, satisfatório	17	73,9%

Fonte: Dados da pesquisa

Os itens com avaliação mais negativa, grave e moderada, crítico foram aqueles relacionados a: “Falta de reconhecimento do meu esforço” (2,52); “Falta de reconhecimento do meu desempenho” (2,17); e “Indignação” (2,52). Todos os itens que compõem o fator apresentaram médias menores que 3, sendo ele o com menor média, ou seja, melhor avaliação. O item “Desqualificação” teve a menor média (média 0,91), conforme apresenta a Tabela 27.

Tabela 27 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Falta de reconhecimento

Componentes de Falta de Reconhecimento	N		Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
25 - Falta de reconhecimento do meu esforço.	23	0	2,52	2,274	0	6
26 - Falta de reconhecimento do meu desempenho.	23	0	2,17	2,249	0	6
27- Desvalorização.	23	0	1,78	2,066	0	6
28- Indignação.	23	0	2,52	2,042	0	6
29- Inutilidade.	23	0	1,13	1,961	0	6
30- Desqualificação.	23	0	0,91	1,756	0	6
31- Injustiça.	23	0	1,78	2,255	0	6
32- Discriminação.	23	0	1,30	2,098	0	6
Total	23	0	1,77	1,801	0,0	6,0

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.4 Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)

A quarta escala é composta por três fatores: 1) Danos físicos; 2) Danos psicológicos; 3) Danos sociais. É composta por 7 pontos e objetiva avaliar nos últimos seis¹ meses os danos provocados pelo trabalho, variando de 0 = Nenhuma vez a 6 = Seis ou mais vezes.

¹ MENDES; FERREIRA, 2007 preconizam os últimos três meses, mas como um dos itens de inclusão dos sujeitos da pesquisa foi ser chefe há no mínimo seis meses, optou-se por avaliar a ocorrência de danos físicos nos seis meses anteriores, para avaliação de alterações decorrentes da função de chefia.

Como a escala retrata situações muito graves relacionadas à saúde, a sua aparição e repetição num nível moderado já significa adoecimento (MENDES; FERREIRA, 2007). A classificação fica da seguinte forma:

- . Acima de 4,1: avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais;
- . Entre 3,1 e 4,0: avaliação moderada para frequente, grave;
- . Entre 2,0 e 3,0: avaliação moderada, crítico; e
- . Abaixo de 1,9: avaliação mais positiva, suportável.

A escala teve avaliação moderada, crítico para o fator Danos Físicos e, positiva, suportável para os fatores Danos sociais e Psicológicos.

O Fator 1 - Danos físicos -, classificado, de forma geral, como moderado crítico (média 2,12) e desvio-padrão de 1,614, indicando um alto coeficiente de variação (76%).

Quando observada a classificação por grupos de respondentes, 60,9% apontaram como positiva, suportável (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição dos respondentes por classificação do fator Danos físicos

Média	Resultado	N	%
Entre 3,1 e 4	Avaliação moderada para frequente, grave	8	34,8%
Entre 2,0 e 3,0	Avaliação moderada, crítico	1	4,3%
Abaixo de 1,9	Avaliação mais positiva, suportável	14	60,9%

Fonte: Dados da pesquisa

Quando considerada a média de cada um dos itens que compõe o fator, as maiores foram observadas nos itens: “Alteração se sono” (3,70); “Dores nas costas” (3,61); e “Dor de cabeça” (3,22). As menores foram: “Distúrbios auditivos” (0,43); “Distúrbios circulatórios” (1,00); e “Distúrbios respiratórios” (1,22)” (Tabela 29).

Tabela 29 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Danos físicos

Componentes de Danos Físicos	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
01 - Dores no corpo.	23	0	3,09	2,448	0	6
02 - Dores nos braços.	22	1	2,45	2,721	0	6
03 - Dor de cabeça.	23	0	3,22	2,467	0	6
04 - Distúrbios respiratórios.	23	0	1,22	1,882	0	6
05 - Distúrbios digestivos.	23	0	1,78	2,215	0	6
06 - Dores nas costas.	23	0	3,61	2,426	0	6
07 - Distúrbios auditivos.	23	0	0,43	1,037	0	3

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 29 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Danos físicos

Componentes de Danos Físicos	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
08 - Alterações de Apetite.	23	0	2,00	2,355	0	6
09 - Distúrbios na visão.	23	0	1,39	1,994	0	6
10 - Alterações do sono.	23	0	3,70	2,401	0	6
11 - Dores nas pernas.	23	0	1,65	2,145	0	6
12 - Distúrbios circulatórios.	23	0	1,00	1,931	0	6
Total	23	0	2,12	1,614	0,0	4,6

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

O Fator 2, Danos sociais, definidos como isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais (MENDES; FERREIRA, 2007).

Classificado, de forma geral, como positivo, suportável (média de 1,83), mas apresentou um alto desvio padrão, igual a 1,814. Quando considerou-se a distribuição por grupos de respondentes, 60,9% a classificaram como positivo e, 26,1%, como frequente, grave (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição dos respondentes, por classificação do fator Danos sociais

Média	Resultado	N	%
Entre 3,1 e 4	Avaliação moderada para frequente, grave	6	26,1%
Entre 2,0 e 3,0	Avaliação moderada, crítico	3	13,0%
Abaixo de 1,9	Avaliação mais positiva, suportável	14	60,9%

Fonte: Dados da pesquisa

As maiores médias foram observadas nos itens “Impaciência com as pessoas em geral” (2,61), “Vontade de ficar sozinho” (2,43) e “Conflitos nas relações familiares” (1,96%). As menores médias, foram observadas nos itens “Insensibilidade em relação aos colegas” (1,22), “Agressividade com os outros” (1,43) e “Dificuldade com os amigos” (1,32), (Tabela 31).

Tabela 31 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Danos sociais

Componentes de Danos Sociais	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
13 - Insensibilidade em relação aos colegas.	23	0	1,22	1,594	0	6
14 - Dificuldades nas relações fora do trabalho.	23	0	1,74	2,397	0	6
15 - Vontade de ficar sozinho.	23	0	2,43	2,626	0	6
16 - Conflitos nas relações familiares.	23	0	1,96	2,205	0	6
17 - Agressividade com os outros.	23	0	1,43	1,950	0	6
18 - Dificuldade com os amigos.	22	1	1,32	1,985	0	6
19 - Impaciência com as pessoas em geral.	23	0	2,61	2,271	0	6
Total	23	0	1,83	1,814	0,0	5,6

Fonte: Dados da pesquisa

O Fator 3 - Danos psicológicos -, referente aos sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida em geral (MENDES; FERREIRA, 2007). Classificado, de forma geral, como positivo, suportável (média 1,62).

Quando considerou-se a distribuição por grupos de respondentes, 60,9% a classificaram como positivo, suportável e, 26,1%, como frequente, grave (Tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição dos respondentes por classificação do fator Danos psicológicos

Média	Resultado	N	%
Entre 3,1 e 4	Avaliação moderada para frequente, grave	6	26,1%
Entre 2,0 e 3,0	Avaliação moderada, crítico	3	13,0%
Abaixo de 1,9	Avaliação mais positiva, suportável	14	60,9%

Fonte: Dados da pesquisa

Quando considerou-se os itens que compõem o fator, as menores médias, foram observadas em: “Sensação de vazio” (1,30); “Sensação de abandono” (1,17); e “Amargura” (1,13) - (Tabela 33).

Tabela 33 - Valores médio, mínimo, máximo, e desvio-padrão dos itens que compõem o fator Danos psicológicos

Componentes de Danos Psicológicos	N		Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Válido	Omisso				
20 - Amargura.	23	0	1,13	1,604	0	5
21 - Sensação de vazio.	23	0	1,30	1,893	0	6
22 - Sentimento de desamparo.	23	0	1,57	2,128	0	6
23 - Mau-humor.	23	0	1,70	2,032	0	6
24 - Vontade de desistir de tudo.	23	0	1,65	2,145	0	6
25 - Tristeza.	23	0	1,74	1,982	0	6
26 - Irritação com tudo.	23	0	2,30	2,382	0	6
27 - Sensação de Abandono.	23	0	1,17	1,749	0	5
28 - Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas.	23	0	1,74	1,912	0	6
29 - Solidão.	23	0	1,87	2,181	0	6
Total	23	0	1,62	1,762	0,0	5,1

Fonte: Dados da pesquisa

4.3 Descrição e análise das entrevistas

Para além da análise quantitativa, o desenho de pesquisa também contou com as entrevistas. A análise qualitativa foi realizada a partir dos resultados preliminares produzidos via análise quantitativa, possibilitando demonstrar os acontecimentos perpassados pelas

subjetividades dos profissionais que ocupam a função de chefia intermediária da GAS/HC-UFMG.

Na análise qualitativa, segundo Bardin (2011), a etapa de categorização conduz à classificação de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero. Nesta pesquisa, esta etapa apresentou quatro categoriais temáticas descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Grupos categóricos temáticos

Categorias	Conceitos
O sofrimento construído <i>por e em</i> um <i>modus</i> de trabalho.	Os profissionais relatam o quanto as formas de trabalho interferem no andamento de coisas simples e complexas no trabalho, dificultando os processos e causando sofrimento. Relações do prescrito com o real.
O sofrimento externado nos corpos.	Sinais informados pelos participantes em seus corpos, sejam em forma biológica (infecções etc.) ou mental (depressão, frustração, tristeza etc.).
A busca pela integridade da saúde física e emocional.	As estratégias utilizadas pelos profissionais para manterem a sua própria saúde (mental e física).
O prazer e o valor <i>do e no</i> trabalho.	Quando os chefes se sentem úteis e valorizados por terem conseguido superar os desafios no trabalho; por serem valorizados financeiramente; e por conseguirem apoio ou elogios dos pares.

Fonte: Elaborado pela autora

4.3.1 Categoria 1: O sofrimento construído *por e em* um *modus* de trabalho

O objeto da clínica psicodinâmica do trabalho é a relação entre trabalho e trabalhar, tendo como foco de análise a organização do trabalho nas dimensões visíveis e invisíveis, prescrita, cognitiva, afetiva, intersubjetiva, política, ética. Mendes e Araújo (2012) apontam que, além de conhecer a organização do trabalho, é preciso identificar a forma como os sujeitos lidam com o conflito entre o real e o prescrito e como produzem as subjetividades no contexto do trabalho.

Mendes (2011) afirma que o trabalho prescrito estabelece a maneira como o trabalho deve ser executado, o tempo previsto para as operações, os modos operatórios e as regras por respeitar. Quanto ao trabalho real, este é constituído pela atividade dos trabalhadores e sintetiza e integra os diferentes fatores que estruturam o processo de trabalho. O processo de construção de estratégias e modos operatórios pelo sujeito, para responder às exigências do trabalho, é o que distancia as noções entre o trabalho prescrito e o real.

Eu acho que é importante esse tipo de pesquisa. Assim, porque existe uma, não sei se no Brasil, uma falsa expectativa do que é ser chefe, que há um exagero na função “Chefe”, é um *status*. Na verdade, é uma ilha. Você, literalmente, se sente só, solitário. Porque você está sentado na cadeira, entre aspas, numa posição e todo mundo espera tudo de você. Porque você tem que manter. Você tem que ser líder. É que hoje, o mercado fala isso. A mídia fala isso. As colegas falam isso. Você tem

que ser ótimo. Você tem que ser líder. Você não pode errar. Você tem que seguir em frente, lidere! Esteja à frente. Então, eu acho que isso. Para nós mulheres, então, é pior. Que a mulher tem uma responsabilidade maior, em casa, é o marido, quem tem filho. A saúde da mulher, ela, às vezes, se abala um pouco mais. Acho que isso é importante pensar mesmo e, acho, que a Instituição, no momento, está carente de pensar nas chefias. Eu acho que ela não. Ela não movimentava. Chefe_02

A dissociação entre atividade e gestão da atividade apresenta dificuldades na relação entre a pessoa e sua necessidade de prazer e a organização do trabalho - que tende a um automatismo na tentativa de transformar o trabalhador num modelo de máquina. O relato da profissional refere-se ao estereótipo da função de chefe, indo ao encontro da afirmação de Dejours (2006), em que as pessoas são imaginadas como se fossem robôs invulneráveis a alterações de ordem bio-psicossociológicas. Há uma “fantasia” de que existe um trabalhador perfeito insuscetível ao erro, sempre atento, incansável, que mantém o mesmo ritmo sempre, não adoece, não tem alterações de humor e nem problemas familiares ou conflitos com os colegas e hierarquias. Corroborando com o relato da profissional, Dejours (2006) relata que devido as exigências de ser mãe, profissional e dona de casa, a mulher fica mais suscetível a manifestar de diversas formas, seus conflitos psíquicos, a dor e a somatização podem vir a ocorrer associados à banalização da injustiça social e ao individualismo contemporâneo.

Primeiro, assim, uma pressão enorme no dia a dia. Eu me sinto, às vezes, sendo cobrada ou requerendo de mim algo sobre-humano. Às vezes, eu fico pensando assim, "puxa, será que eu sou uma máquina?" Eu tenho essa sensação de que você tem que se superar o tempo inteiro e, isso, é demandado, uns dos outros, né? Essa sobrecarga, esse dinamismo, essa necessidade de fazer coisas. Chefe_07

No que se refere em como é o meu trabalho com os meus superiores. Em relação, de maneira geral o meu trabalho é sob muita pressão. Eu tenho muito mais demandas do que eu consigo atender. Eu tenho muito mais tarefas do que é possível executar no tempo que eu tenho para executar. Então, eu estou sempre trabalhando sob muita pressão. Chefe_10

Essas afirmações confirmam o resultado da Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) do ITRA, pois, em relação ao fator Organização do Trabalho, os itens que tiveram pior avaliação foram: “As tarefas são cumpridas com pressão de prazos” e “O ritmo do trabalho é excessivo”.

Os profissionais relataram que a carga e o ritmo de trabalho são intensos e sob pressão de tempo. Isto, evidencia que podem ser fatores de risco de estresse ocupacional relevante para as doenças que acometem a saúde do trabalhador. Dejours (1994) esclarece que são essas pressões que põem em xeque o equilíbrio psíquico e a saúde mental na organização do trabalho.

Mendes e Morrone (2010) apontam que vários estudos realizados no período de 1998 a 2007, sobre a caracterização das vivências de sofrimento no trabalho, abordam a presença

de diversos sentimentos, tais como: medo, insatisfação, insegurança, desorientação, sentimento de impotência, desgaste físico e emocional, alienação, vulnerabilidade, frustração, inquietação, angústia, depressão, tristeza, agressividade, desestímulo, desânimo, desvalorização, culpa e tensão, entre outros. Alguns deles, que podem contribuir para essa vivência de sofrimento, estão relacionados à organização do trabalho (característica da tarefa e da gestão do trabalho), às condições de trabalho (sobrecarga, ambiente de trabalho e política de remuneração) e às relações interpessoais (relação entre pares e relação com o cliente/usuário).

O percurso do sofrimento é o modo perverso de funcionamento das organizações de trabalho. Pode-se reconhecer algumas características organizacionais extremamente prejudiciais como: a falta de reconhecimento, a indiferença, as dificuldades dos relacionamentos nas relações socioprofissionais e a comunicação de duplo vínculo, desencadeando uma contradição entre o discurso e a prática (MENDES; MORRONE, 2010).

[...] a gente fica muito tempo apagando incêndio e cumprindo prescrito. Não, necessariamente, eu faço da forma como falam que é para fazer. Porque a percepção que eu tenho é que, muitas das vezes, o que pedem pra fazer, não necessariamente, dá pra fazer só daquela forma. Pelo contrário, às vezes, daquela forma não vai dar certo pela vivência da prática e, aí, eu não sei se é o distanciamento de quem tá pedindo, quem tá prescrevendo, com quem tá realizando a prescrição ou, quem tá realizando a tarefa. Então, talvez pode ser isso, não necessariamente, eu faço da forma como é determinado, mas o objetivo é atingido [...]. E, aí, outra percepção que eu acho, é que a gente fica o tempo inteiro fazendo essas coisas de nível operacional mesmo. Chefe_10

No começo, logo que eu assumi a chefia, isso era mais angustiante. Você querer fazer um monte de coisa e ver que não é assim, não dá pra ser desse jeito, tem que ser desse outro jeito, demanda esse tempo, o prazo é esse, era muito mais angustiante [...]. Chefe_05

Os relatos demonstram que, o que está prescrito, não é o suficiente para a realização do trabalho. Dejourns (2011) afirma que o trabalho é humano e ajustar a organização prescrita do trabalho exige criatividade, disponibilidade criativa e engenhosidade.

Percebe-se nos relatos dos chefes, que a instituição não os limita em utilizar a criatividade para desenvolver suas atividades, mas demonstra que a prescrição do trabalho não é coerente com os instrumentos disponíveis na instituição para a realização das tarefas. Para Dejourns (2005), a transformação do sofrimento em criatividade exige uma organização do trabalho flexível, que permita ao trabalhador empregar suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas, de modo que ele seja livre para realizar suas atividades de uma forma prazerosa. Transformando um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, considerando o confronto entre seus desejos e as normas da organização de trabalho. Na

dinâmica entre a organização do trabalho e a subjetividade, a autonomia favorece as vivências de prazer. Em contrapartida, a falta de autonomia agrava o sofrimento.

[...] porque hoje a gente fica o tempo todo no celular, com esse negócio de mensagem no Whatsapp®. “Será que está acontecendo alguma coisa importante? Será que eu tenho que fazer isso?” A gente fica ligado, literalmente, 24 horas ao trabalho. Então, isso tem me feito um desgaste mental e físico bem preocupante. Eu tenho sentido esse desgaste sim. Chefe_02

[...] você não desliga. Porque você assinou o contrato. Que você está 100% disponível para a Instituição. Você é demandado, porque, como os processos, são desorganizados e não funciona [...] Chefe_07

Isso é muito desse século mesmo. Você não tem o fim da jornada de trabalho, ela é quase ininterrupta. Até, porque, você tem telefone, tem mensagens, tem e-mail. Então, o trabalho. Ele começa a misturar muito com a sua vida. Eu acho que qualquer chefia já tem isso. Mas, eu acho, que hoje, isso, ficou pior porque, você fica o tempo todo conectado ao seu ambiente de trabalho, aos problemas que acontecem [...] Chefe_11

E eu me sinto frustrada, porque a gente trabalha numa filial de uma Sede. A Sede... eu tenho uma percepção que ela é muito distante da realidade do Hospital. [...]. Por exemplo, o ponto eletrônico. Acho que foi a prova disso. É um sistema que não fala com a realidade das chefias. Então, a gente acaba que tendo uma sobrecarga de trabalho e estresse que, emocionalmente, nos faz muito mal. Então, com o SEI e com o ponto eletrônico, eu me vi trabalhando em casa, trabalhando sábado, trabalhando a noite, trabalhando feriado, de férias, porque a coisa vai tomando uma proporção, de forma, até, inconsciente. A gente acaba deixando a agenda da gente, postergando isso. Porque a gente sabe que em casa vai poder fazer. Não que a gente planeje isso, mas, no dia a dia, vai acontecendo e, aí, você pensa: a noite eu faço, pelo celular e indo pra casa você está ali mandando um processo no SEI, assinando, vendo ponto, homologando ajuste. Então, eu acho que isso é muito frustrante. Chefe_02

O trabalho transcende o seu local, vai além do tempo regulamentar e interfere na vida do indivíduo fora do ambiente da empresa. O tempo de trabalho vai invadindo o tempo de "não" trabalho. Nos relatos dos chefes, percebe-se a carga de responsabilidades e tarefas assumidas por cada um, gerando a ampliação velada do período de trabalho, que, na maior parte das vezes, não é contabilizada como tempo à disposição do empregador e, por isso mesmo, não é remunerado. Cada vez maior é o tempo dedicado às tarefas levadas para casa que, muitas vezes, ocorre de maneira informal e com as tecnologias da informação, como o celular, o computador portátil e a *internet*. A organização pode acionar e controlar os trabalhadores a qualquer momento e em qualquer local (CARDOSO, 2009).

Outro aspecto que merece análise se refere aos trabalhadores que passam a buscar soluções para o trabalho, principalmente a partir da ênfase dada à sua participação, levando-os a permanecerem "plugados" no trabalho, mesmo estando distantes da empresa (HIRATA, 1996).

As chefias intermediárias passaram em 2019, com a EBSE RH, pela implantação no HC-UFMG, do Sistema Eletrônico de Informações (SEI), que é uma plataforma de gestão de processos e documentos eletrônicos que visa o fim do paradigma do papel como suporte físico para documentos institucionais e o compartilhamento de comunicações em tempo real. Nessa plataforma, todas as demandas e documentos institucionais devem ser gerados e acompanhados pelas chefias, pois é necessário o registro de ciência e assinatura das chefias nos referidos processos.

Todas as ocorrências relacionadas aos pedidos de férias, licenças, afastamentos, abonos, solicitações para participação em capacitações, tudo relacionado a vida laboral dos trabalhadores deve ser registrado na plataforma e somente as chefias intermediárias são autorizadas a avaliar, autorizar e tramitar os processos a Divisão de Gestão de Pessoas - DIVGP, para as devidas liberações e registros. Todos os processos só recebem avaliação e tratamento após as chefias realizarem uma crítica prévia. Importante ressaltar que, para todas as solicitações, existe um prazo que, se não for cumprido conforme as normas e portarias institucionais, o profissional terá sua solicitação indeferida pela DIVGP. Portanto, se a chefia perde um prazo, por algum motivo não “enxerga” a solicitação, não avalia e não tramita em tempo hábil, o profissional que solicitou perde o direito ao pleito.

Ainda em 2019, o registro de ponto eletrônico (MENTORH) também foi implantado para os trabalhadores com vínculo EBSE RH. Dessa forma, as ocorrências relacionadas aos registros de frequência e banco de horas são realizadas no MENTORH e somente as chefias intermediárias são autorizadas a acessar esse sistema para o planejamento e registros de escalas, registros de horários excepcionais, homologação de folha de ponto, compensação de banco de horas e avaliação de desempenho.

Essas novas atribuições geraram maior pressão e apreensão para as chefias, pois, se o profissional lançar no sistema uma demanda e a chefia não liberar dentro do prazo limite, a solicitação é indeferida pela DIVGP. O mesmo acontece para as avaliações de desempenho vínculo EBSE RH. Para o vínculo RJU, os registros de ponto, atualmente, são manuais e, as avaliações de desempenho, são realizadas em outro sistema. Há previsão de que no primeiro trimestre de 2020 seja implantado o sistema eletrônico de registro de ponto para esses profissionais.

Abrahão e Sznalwar (2008) explicam que a evolução das novas tecnologias eliminou a porosidade do tempo de trabalho e favoreceu a invasão da esfera privada. O sujeito confronta suas dificuldades continuamente, as barreiras entre tempo de trabalho e vida pessoal foram eliminadas. O trabalhador vivencia tensão crescente e sem perspectiva de finalização, se

curvam aos imperativos dos sistemas informatizados e fazem esforço doloroso para se afastarem do conteúdo do trabalho e incorporam um controle que era externo e se torna interno, sempre presente.

Observou que há unidades com mais de 100 profissionais com vínculos empregatícios diferentes (RJU, EBSEH, terceirizados). Esses diferentes vínculos geram vários conflitos no trabalho, devido à diferença dos direitos trabalhistas, carga horária e regimes de trabalho. Cabe as chefias administrar tais conflitos, a fim de viabilizar uma “suposta” harmonia nas relações de trabalho.

As relações de trabalho têm sofrido alterações no longo dos últimos anos, o que tem levado a maior flexibilização nos contratos de trabalho, pois interessa ao capital uma força de trabalho mais barata e produtiva. Essas relações contratuais, com diferentes vínculos, trazem implicações importantes para os processos organizacionais, como políticas de gestão de pessoas e gestão de processos. Considerou-se que, para os trabalhadores, esse quadro acarreta questões específicas, relacionadas com aspectos objetivos e subjetivos da vida laboral e implicações relevantes para eles, em função de demandas e consequências associadas aos tipos de contratação.

Diante dessa flexibilização do mercado de trabalho, intensifica a precarização do trabalho, portanto, preconiza a proliferação de formas de emprego de caráter flexível, das novas formas de contrato e do declínio da oferta de empregos típicos/permanentes. O conceito de precarização estrutural do trabalho, defendido por Antunes (2008), aponta que o emprego precário é produto das transformações promovidas pelo modelo de acumulação flexível, que ocorre diante dos empregos socialmente reconhecidos como trabalhos marginalizados, desamparados quanto a benefícios de toda sorte. O emprego precarizado caracteriza-se pela instabilidade, desproteção legislativa e flexibilização contratual. Dejours (2000) exemplificou casos de profissionais que trabalhavam em empregos precarizados postos pela pressão da nova organização do trabalho:

Na França, temos descrito casos de pessoas que se encontram em condições de trabalho em que são constantemente interrompidas pelo correio eletrônico, pelas ordens, pelos clientes ou por pedidos que exigem muita flexibilidade. Essas interrupções constantes provocam problemas de memória e, então, eles anotam tudo que lhes é dito, inclusive as comunicações telefônicas em post-it. Vemos aos poucos todos os postos de trabalhos constelados de post-it, e tivemos até mesmo um caso particular, aliás vários casos, mas um particularmente espetacular: um homem cobriu todo seu corpo de post-its e se suicidou (DEJOURS, 2000, p. 161).

O hospital está atravessando um momento de fechamento de leitos devido ao número insuficiente de profissionais. Isso, gera queda da produtividade das unidades, causando insegurança e medo nas chefias de não ter seu empenho reconhecido, pois, devido ao limitado

poder decisório, não conseguem atender as demandas. “O medo da incompetência está relacionado com o fato de os trabalhadores sentirem receio de não conseguirem cumprir as metas estipuladas pela organização do trabalho” (AREOSA, 2018, p. 83. DEJOURS, 1999).

No meu caso, que é por produção, tudo que você vai estudar da minha unidade, o que vale é a quantidade. Está havendo uma queda mês após mês, principalmente, por conta dessa falta de equilíbrio entre escalas, entre leito, enfermagem, anestesista. Então, isso, tem feito muito mal pra mim, particularmente. Isso, é um ponto que me tem atingido, que se alguém fizer uma biografia da minha vida aqui, os números vão cair e, isso, de certa forma, me faz mal. Não que eu esteja diretamente ligada a isso, porque eu não contrato técnico de enfermagem. Eu não contrato médico, eu não abro leito, mas, se alguém pegar e ler meu relatório gerencial: “- Nossa! Mas que unidade mais improdutiva”. Porque está de fato muito improdutivo e, isso, tem me feito muito mal. Porque eu não vejo um entendimento das outras pessoas em relação a isso. Eu me vejo como uma grande culpada, a responsável. Chefe_02

Esse relato retrata o resultado da Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) do ITRA, em relação ao fator Organização do Trabalho, pois, dentre os itens que tiveram pior avaliação estão: “Existe forte cobrança por resultados” e “Existe fiscalização do desempenho”.

Os profissionais que são proativos com a organização do trabalho, esperam uma retribuição simbólica, o reconhecimento de seus esforços. Quando isso não acontece, provavelmente irá gerar sofrimento. Assim, o reconhecimento nas situações de trabalho é crucial para a manutenção do equilíbrio psíquico do trabalhador.

Eu vejo que são reconhecidas coisas, ou ações, talvez, muito menos complexas e que exigiram muito menos esforço, do que, às vezes, uma coisa que a gente faz e que passa despercebido. Foi importante ali naquela hora, porque você deu uma resposta que ninguém mais conseguiria dar, mas aquilo não foi valorizado. Chefe_06

[...] E se você não dá conta de fazer... você não é tão competente quanto o outro que faz. Aqui tem um pouco disso, essa supervalorização dos destaques. É uma sensação de frustração e, ao mesmo tempo, de desgosto de ser dessa forma, da gestão. Me desmotiva um pouco. Chefe_02

Os relatos reforçam os resultados da Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) do ITRA, pois, em relação ao fator Relações socioprofissionais, os itens piores avaliados pelos respondentes foram: “Existem disputas profissionais no local de trabalho”, “A comunicação entre funcionários é insatisfatória” e “Falta integração no ambiente de trabalho”.

Para Dejourns (2013), o mundo do trabalho, hoje em dia, faz parte de uma guerrilha com muitas vítimas e remete o trabalhador a uma solidão que afeta profundamente a saúde mental. Isso se deve as atuais formas de organização do trabalho, em que se inclui os modelos de avaliação de desempenho. “A avaliação individualizada e quantitativa de desempenho coloca todos os empregados em competição uns com os outros; o sucesso de um colega torna-se ameaça para os outros (DEJOURS, 2012, p. 368).

Uma outra coisa também que eu acho, que não tem nada a ver, que me frustra muito, é o tal dos vídeos institucionais. “Faça seu vídeo! Faça seu vídeo!” Acho que também não é papel da chefia sentar no computador e ficar lá fazendo videozinho animador. Porque.. eu acho que o foco médico não atinge o médico nisso. Aí, adota essa estratégia de comunicação e impõe para as chefias assim: “Agora faça você.”
Chefe_02.

O Hospital está buscando a certificação *Joint Commission International* (JCI). Com isso, algumas chefias estão elaborando vídeos educativos e enviando via WhatsApp® para os profissionais como estratégia para que a informação alcance o maior número possível de trabalhadores.

Muitas empresas entraram na “loucura” da estandardização dos seus processos para obter determinadas certificações (em que, normalmente, acaba por estar subjacente a ideia de “qualidade total”, “zero-defeitos” ou “zero-acidentes”). Veem isso como a “salvação” para os seus problemas externos (pois supõem que isso lhes permite aumentar a credibilidade e o prestígio) e internos. Neste último caso, imaginam que as certificações servem para controlar o grande vilão existente dentro das organizações: as falhas humanas (AREOSA, 2019, p. 15).

Para Areosa (2019), o processo em busca dos selos de qualidade pode se tornar perigoso, pois, as pessoas temem em falar das dificuldades do seu trabalho real porque se torna “politicamente incorreto” relatar sobre o que não funciona bem (AREOSA, 2019).

A gente deixa de ter uma atividade estratégica pra ter uma atividade muito operacional. Não é que seja ruim [...] quem tá na gestão tem que ter um tempo pra poder fazer algo estratégico e, eu, acho que a gente não consegue fazer isso, porque as demandas são sempre muito altas. Chefe_11

[...] Eu acho que se eu fosse fazer coisas do estratégico, do planejamento, pensar primeiro para depois efetivar, a gente teria, resultado melhor e, isso, me dá uma sensação de frustrada mesmo. Atualmente, tem um tempo que eu fico frustrada, porque você não consegue efetivar aquilo que você gostaria de fazer. Você fica o tempo todo apagando incêndio mesmo. [...] eu precisaria, por exemplo, sentar com a minha equipe médica,

conversar sobre quais seriam os pontos que a gente, poderia melhorar dos processos de trabalho aqui. Fazer um plano de ação. Só que eu não tenho tempo, porque eu estou passando o tempo preenchendo uma Avaliação de Desempenho que, no fundo, ela não reflete isso. Então, a gente fica o tempo todo assim e, isso, me dá a sensação de frustração mesmo. Angústia. Chefe_04

Às vezes eu estou na metade de resolução de um problema e chega uma coisa da direção que é urgente. Chega um pedido de uma informação que, pra quem faz a pergunta, é simples de fazer. Mas, pra você buscar a resposta, é um trabalho enorme.

Eu tenho que, às vezes, ir nas unidades que têm as informações. Aí, eu vou ver o quê que aconteceu, o quê que foi realizado pra, daí, então, montar e elaborar uma resposta para uma simples pergunta. Às vezes, uma pergunta de quatro palavras, mas que dá um trabalho danado. Às vezes, eu tenho que passar ela na frente de um caso de um paciente que tá pedindo uma coisa urgente pra resolver pra ele, mas... Aguarda um pouquinho que isso aqui eu tenho que passar na frente". Chefe_06

O quadro de profissionais administrativos também está defasado, o que gera sobrecarga para as chefias que deixam de realizar o trabalho estratégico para realizar atividades operacionais, responder demandas de urgência, realizar relatórios, verificar e tratar diversas informações, apresentar dados estatísticos, tarefas que o profissional terceirizado não pode realizar por não fazer parte das especificidades do seu cargo. Cabe ressaltar que o hospital não dispõe de um sistema em que as informações são reunidas. Há vários sistemas que “não conversam entre si”, causando uma enorme dificuldade em conseguir as informações necessárias para responder às demandas externas e internas. O estudo realizado por Lima (2019), com chefias e lideranças do Setor de Cuidados (pertencente a GAS/HC-UFMG), destaca a falta de investimento em um sistema informatizado que reúna as informações necessárias ao bom desenvolvimento das atividades, proporcionando mais fidedignidade das informações, segurança e agilidade nos processos de trabalho e a falta da informatização plena que prejudica o bom andamento dos processos.

No que eu vejo que, por ser tudo novo, a gente teve uma grande entrada de pessoas no hospital em 2013, que trouxe também um novo tom para o hospital, uma nova forma de trabalhar. A gente teve que se adaptar a isso e, essa organização que o hospital tanto precisa e que tem, paulatinamente, buscado, é que vai trazer aos poucos um certo dinamismo consciente e organizado. Hoje, a gente ainda tem muito a política do apagar incêndio, de resolver problemas, porque as regras não são claras ou as pessoas não cumprem essas regras claras. Então, isso, traz muita dificuldade para o nosso dia a dia e muita frustração. Todo dia você tem que matar um leão para conseguir os resultados que você precisa ter, mas, nem sempre, a gente consegue e, muitas vezes, a frustração vem junto. Chefe_07

O meu setor, dentro do hospital, é um setor novo. Ele ainda não está totalmente consolidado, com reconhecimento pelos pares, pelas pessoas do mesmo nível e pelas chefias superiores. Então, é um trabalho novo, que ele tá crescendo, que tá se consolidando com seu formato, as suas atribuições ainda estão sendo delineadas, o que o torna um desafio constante. Não tem nada pronto nesse trabalho, mas, ao mesmo tempo, ele ocupa lacunas que tem no nível hospitalar da Instituição. E, então, os demais profissionais têm acolhido bem o nosso trabalho e, em termos de sobrecarga, é muito maior do que a gente consegue. Então, a gente não consegue atender todas as nossas demandas [...]. Então, eu estou sempre justificando, porque eu preciso de mais pessoal e o serviço está só crescendo e o serviço está só crescendo. Chefe_09

[...] como é uma mudança de organograma que ocorreu muito recente, todos nós ainda estamos em busca dessa identidade. Que chefia é essa, que se presta? Qual que é o papel dela? Isso, não só para mim, quanto também para as unidades, para as chefias das unidades, para as equipes das unidades. Chefe_07

Os depoimentos das chefias vão ao encontro da afirmação de Dejours (2012, p. 366) “o modo com que o trabalho convoca a subjetividade do trabalhador hábil constitui a primeira dimensão da sublimação, mas é também a primeira razão pela qual o trabalho representa o risco para a economia psíquica: o de fracassar e tornar-se um incompetente.”

Considerou-se que as situações de trabalho aqui relatadas se apresentam vinculadas ao ambiente e as condições de trabalho, conduzindo para que se tornem adversas. Este sofrimento é gerado por situações que exigem, neste modelo de produção, aumento do ritmo, pressão, constrangimentos (entre subordinado e chefe ou entre pares) das mais diversas formas, que são suportados e tolerados pelos trabalhadores. O trabalhador adota diferentes formas de submissão ao ritmo, aos vários tipos de pressão para trabalhar, de tolerância, sentimento de injustiça e ao medo de estar sendo incompetente no que lhe é atribuído, encobrindo e fazendo desaparecer o prazer de trabalhar que, certamente, advém do reconhecimento do sujeito no trabalho em toda a sua subjetividade.

Com a entrada da EBSEH, houve uma mudança no organograma do hospital. Surgiram novas divisões, novos setores e unidades e, conseqüentemente, novas chefias. As chefias realizam atividades além das que foram prescritas pela empresa, devido ao número insuficiente de profissionais e aos novos processos de trabalho que surgem diariamente. A cobrança de resultados e a avaliação de desempenho baseada nesses resultados faz com que os profissionais assumam a execução das tarefas. Para Mendes (2007), a servidão voluntária pode surgir em uma organização do trabalho, na qual as relações profissionais são valorizadas como estratégia para crescer na empresa em função da cultura do desempenho.

Por inúmeras razões, eu sei que tem as questões, que a alta chefia está muito envolvida com vários problemas. É difícil um acompanhamento e monitoramento frequente, mas, eu acho, que a gente tinha que arranjar uma forma de trabalhar mais junto. Às vezes, a gente fica trabalhando muito sob a demanda de alguma coisa, mas sem um respaldo, se é isso mesmo que estão esperando da gente. Acho que o *feedback*, ele é pequeno. Acho que podia ser melhor. Então, eu acho que a gente faz gestão, mas é cada um fazendo a sua gestão. Então, às vezes, eu sinto um pouco de pesar por isso. [...]. Eu tenho muito o consentimento de uma insuficiência. Eu nunca sei se eu estou agradando ou não. Chefe_11

Será que eu estou fazendo certo? Será que eu estou fazendo errado? [...]. Agora, eu acho que meu trabalho é importante sim. De certa forma, procuro fazer a diferença, de ouvir muito trabalhador, médico, técnico de enfermagem, tudo e alinhar com a Instituição. Só que, às vezes, o que me frustra é o desejo de fazer muita coisa e que não cabe a mim e, isso, me deixa mal assim, porque, aí, fica mal os números. E, eu, falo lá dos números. Por mais que a gente sabe que tem uma tolerância e que as pessoas entendem, mas, particularmente, isso mexe muito comigo. Chefe_02

Os profissionais se queixam da falta de retorno dos superiores a respeito do trabalho desempenhado, não há *feedback* satisfatório, o que causa insegurança. Habitualmente, o *feedback* só é dado durante a avaliação de desempenho que acontece anualmente.

Esses achados vão ao encontro da pesquisa realizada por Andrade (2020) a respeito de como a comunicação verbal ocorre entre os gestores e os membros das equipes das Unidades de Pronto Atendimento 24h, no Município de Betim/MG. Segundo o autor o *feedback* é uma técnica em que são realizados retornos sistemáticos pelos gestores aos seus funcionários, possibilitando que tenham ciência de seus próprios desempenhos, sendo esses negativos ou positivos. Para o autor, o *feedback* deve ser adotado como uma tecnologia gerencial pelos gestores “como prática sistematizada e contínua, que também pode ser considerada como forma de comunicação efetiva entre gestores e membros da equipe” (ANDRADE, 2020, p. 54). Outra pesquisa realizada em 2019, no HC-UFMG, com chefias e lideranças do setor de cuidados pertencente a GAS/ HC-UFMG, também demonstrou a deficiência do *feedback* na instituição. Os profissionais relataram que só o recebem anualmente na avaliação de desempenho:

A falta de retorno acerca das ações realizadas em prol de objetivos institucionais e a ausência do acompanhamento operante do agente superior em que os *FEEDBACKS* positivos servem como bússolas, tornam a dinâmica de trabalho árdua. As lideranças se sentem sozinhas em situações conflituosas ou nas quais não se tem a plena dimensão ou governabilidade dos caminhos para resolução. Isso aguça a dificuldade de uma visão do todo e aponta para uma lacuna no desenvolvimento de equipes, ao longo do tempo”(LIMA, 2019, p. 77).

Para Dejourns (2006), a relação entre a organização real e a prescrita é conflitiva. As atitudes e tentativas de realizarem experiências novas no trabalho implicam em sofrimento e o trabalhador espera receber um retorno, que não se restringe ao salário, essa retribuição é de caráter moral, um reconhecimento acompanhado de um julgamento de utilidade.

Novas técnicas de gestão exercem profunda influência na organização do trabalho e na saúde dos trabalhadores. O trabalho depende de dois fatores chave: a coordenação (uso de poder sobre os outros) e a cooperação (forma de convivialidade implícita). A organização do trabalho sofreu alterações dentre elas a avaliação de desempenho (ao nível individual). A avaliação individual tem como propósito principal medir “objetivamente” o desempenho dos trabalhadores, de forma quantitativa e comparativa. Este método é cientificamente incorreto, pois, dificilmente se pode medir o trabalho em si mesmo. O que se mede são os resultados do trabalho (DEJOURS, 2013).

Trabalho realizado e os resultados do trabalho são coisas distintas. Não se pode mensurar o tempo, os saberes, as habilidades o tempo intelectual e psíquico que cada

profissional dedica para cumprir suas tarefa, além do que, os resultados do trabalho dependem de diversas circunstâncias que podem não ter relação com o esforço e o empenho dispensados pelo trabalhador. Além disso, há a questão da relação do trabalhador com a sua hierarquia (avaliador), pois, as relações de trabalho são profundamente dominadas por interesses diversos, portanto, não são neutras, isentas ou justas como inicialmente pressupõem os modelos de avaliação de desempenho (AREOSA, 2018; DEJOURS, 2013).

A instituição atravessa um momento em que os profissionais terceirizados assumiram os postos administrativos que não foram ocupados por profissionais efetivos. Houve um subdimensionamento do número de profissionais administrativos e, isso, gerou sobrecarga de trabalho para as chefias, visto que diversas funções, antes desempenhadas por profissionais contratados por uma fundação ou por profissionais efetivos que se aposentaram, não puderam ser delegadas aos terceirizados. Portanto, as chefias realizam muitas atividades operacionais, por consequência disso, muitas ações estratégicas ficam no aguardo de um tempo para executá-las.

No caso das chefias intermediárias, os desvios ao trabalho prescrito são necessários para a realização das demandas diárias. Ao trabalho prescrito é acrescentada a inteligência dos trabalhadores designados por o trabalho vivo, o qual se torna imprescindível para o normal funcionamento de qualquer organização (AREOSA; 2018). Como ensina Dejours (2013, p.11) “o trabalho real é sempre muito mais rico e diversificado do que aquilo que os organizadores/mentores do trabalho prescrito conseguem prever”.

Nos dias dos avanços, a gente comemora. A gente fica feliz e eu sei dentro de mim, que eu consigo manter os meus princípios. Até enquanto eu estiver mantendo os meus princípios, os meus valores, eu sou capaz de me sustentar nesse lugar. Suportando algumas coisas que eu não consigo fazer do meu jeito. Que eu não consigo fazer do jeito certo. Que eu não consigo fazer no tempo que eu gostaria de fazer. Eu consigo suportar coisas que eu acho que ninguém nesse lugar deveria suportar. A maneira como as pessoas falam com a gente. A maneira como as pessoas se referem a gente [...]. Assim, a liderança é muito culpada por tudo aquilo que não é do jeito que eu quero [...]. Todo mundo acha que é muito simples. Chefe_10

O relato se refere ao receio da profissional em trair seus princípios, o que Dejours denomina de sofrimento ético, relacionado à experiência de traição de si, em que, mais um dispositivo suplementar da sublimação é violado. O julgamento que o sujeito faz de si mesmo, porque, por intermédio de sua atividade produtiva, o trabalhador compromete o destino do cliente ou do subordinado (DEJOURS, 2012).

Os resultados da Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) do ITRA vêm ao encontro aos relatos das entrevistas em que os profissionais enfatizam a sobrecarga, o ritmo de trabalho intenso e sob pressão de tempo e que deixaram transparecer em seus relatos

a forte cobrança por resultados, o medo da incompetência e do não reconhecimento. Os depoimentos dos profissionais evidenciaram a falta de retorno dos superiores a respeito do trabalho desempenhado, não há *feedback* satisfatório, o que causa insegurança e insatisfação. Habitualmente, o *feedback* só é dado durante a avaliação de desempenho que acontece anualmente. Há fragilidade na comunicação e integração entre os profissionais. Foi evidenciado o clima de competição entre os trabalhadores em relação a realização de algumas atividades, sendo relatados a valorização de alguns profissionais e a não valorização de outros em relação as atividades desenvolvidas.

A falta de recursos humanos suficientes para a realização das atividades, a realização de tarefas operacionais em detrimento das atividades estratégicas e a sua descontinuidade também estiveram presentes nos depoimentos. A mudança recente no organograma surgiu nos relatos dos profissionais que apontaram a falta de diretrizes para os novos postos de trabalho. Houve o relato da rigidez das normas decorrentes de órgãos fiscalizadores (inerentes a atividade fim).

4.3.2 Categoria 2: o sofrimento externado nos corpos

Nesta categoria, ficam evidenciados os sinais informados pelos participantes em seus corpos, sejam em forma biológica (infecções etc.) ou mental (depressão, frustração, tristeza etc.).

Eu sempre dormi pouco, mas, depois que eu entrei para o HC, eu tenho dormido uma média de três, no máximo quatro horas por noite. Chefe_03.

Logo quando eu assumi a chefia, eu tive um problema muito sério aqui na unidade com uma contaminação. Demorou mais ou menos uns quatro meses. Foi um período absurdamente desgastante para mim, de eu achar que não ia dar conta mesmo, porque eu estava ficando doente com a situação, de ter insônia, de ter crise de enxaqueca todo dia, enfim. Até a coisa se resolver, foi muito angustiante. Chefe_05

Dores no corpo. Já tive muita dor de cabeça, tipo enxaqueca. Já fiz muito tratamento para isso. Chefe_06

Os depoimentos corroboram com o resultado da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) do ITRA. Para o Fator Danos físicos, as maiores médias foram observadas nos itens “Alteração de sono”, “Dores nas costas” e “Dor de cabeça”.

Na verdade, eu tenho um retorno do meu próprio marido. Ele fala que eu estou extremamente irritada, não tenho paciência com nada, não espero as pessoas terminarem de falar. Chefe_02

[...] eu aumentei a frequência de infecção urinária, gastrite, insônia, estresse, mal humor. Isso afeta a vida pessoal da gente na verdade, né? Chefe_04

Os relatos vêm ao encontro dos resultados do Fator Danos sociais (EADRT), em que as maiores médias foram observadas nos itens “Impaciência com as pessoas em geral”, “Vontade de ficar sozinho” e “Conflitos nas relações familiares”. Quanto ao fator Danos psicológicos, as maiores médias foram “Irritação com tudo”, “Solidão”, “Tristeza” e “Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas”.

[...] uma coisa que eu nunca precisei, nunca tinha tomado uma medicação psicotrópica e é uma coisa que me assustou quando ele falou. Me assustou demais, porque eu não imaginava que eu estava ruim, mal, precisou do olhar externo de alguém, né? Aí, quando ele me disse para tomar, eu fiquei com muita resistência. É uma mistura de vergonha com um desconforto: " Mas, gente, eu estou ótima! Eu trabalho, eu cuido do meu filho, eu cuido da minha casa. Que depressão que é essa? Como que uma pessoa deprimida trabalha e vive a vida plenamente igual eu vivo. Faço tudo que tenho que fazer". Eu tinha aquele estereótipo de que uma pessoa quando não está bem ele ia ficar na cama, sem vontade de viver. Mas eu vi que eu precisei. Aí, eu topei tomar, por experiência e me fez tão bem que eu queria era tomar para sempre (risos). Mas eu sei que não é esse o caminho. A minha saúde, o meu comportamento, eu acho que estavam bastante sofridos em pouco tempo. Mas eu não acho que é só pelo trabalho, pelo contexto todo [...]. Chefe_10

Essa categoria evidenciou os principais danos físicos relacionados à organização do trabalho para estes entrevistados. Há sinais de adoecimento em função da carga excessiva de trabalho, jornadas longas, cobrança por resultados, falta de infraestrutura adequada para a realização das tarefas. Eles relatam dores de cabeça, insônia, fadiga, estresse, ansiedade, aumento de ocorrência de infecções entre outros danos físicos e psicossociais ocasionados pela organização do trabalho.

Estes desconfortos estão associados a sentimentos de desprazer e de tensão e “decorre do confronto entre a subjetividade do trabalhador e as restrições das condições socioculturais e ambientais, relações sociais e organização do trabalho” (MENDES; MARRONE, 2002, p. 27). O sofrimento psíquico está presente quando há um bloqueio entre o homem e a organização, caracterizada pela divisão e padronização das tarefas, com subutilização do potencial técnico e da criatividade, pela rigidez hierárquica, com excessos de procedimentos burocráticos, pela centralização de informações, pela falta de participação nas decisões e não-reconhecimento, entre outros fatores (FERREIRA; MENDES, 2001).

As vivências de sofrimento podem se expressar pelos males causados no corpo, na mente e nas relações socioprofissionais. Portanto, as suas causas advêm do contexto de trabalho. O sofrimento pode constituir um indicador de saúde, pois, para além de ser uma vivência de afetos dolorosos, é um mobilizador para as mudanças das situações que fazem sofrer, quando é ressignificado pelo uso eficaz de estratégias de mediação oportunizadas por determinado contexto de trabalho (DEJOURS, 2007).

4.3.3 Categoria 3: a busca pela integridade da saúde física e emocional

Esta categoria traz as estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais para manterem a sua própria saúde (mental e física).

Só dor no pescoço, que eu acredito que é muito do computador, de ergonomia do trabalho. Cansaço não, eu durmo muito bem, eu como muito bem. Então, não assim, adoecimento. Eu não tomo nenhum medicamento, eu não tenho problema de saúde, pressão alta, diabetes, eu não tomo remédio pra dormir. Eu... (risos) como bem, prático muita atividade física aqui dentro, de subir e descer escada, não uso elevador. Então, eu ando do primeiro ao sétimo, oitavo andar. Subir, descer umas quatro vezes por dia. É, tenho uma boa saúde. Chefe_08

Eu pratico esporte. Estou praticando muito esporte. Faço academia duas vezes por semana e tento correr três vezes por semana. (Enfrentamento com relação a perda de sono por conta do trabalho). Chefe_03

Os relatos demonstram que os trabalhadores utilizam a atividade física como estratégia individual para minimizar os efeitos deletérios à saúde causado pela falta de equipamentos adequados para o desempenho das funções e pelo estresse em função da pressão do trabalho. A psicodinâmica do trabalho demonstra que os trabalhadores utilizam de diferentes estratégias (individuais e/ou coletivas) para se protegerem da violência provinda das relações laborais e a organização do trabalho. Alguns trabalhadores utilizam das estratégias para suportar e ajustar o sofrimento produzido pelo trabalho e, ainda assim, manter a normalidade do seu funcionamento psíquico (AREOSA, 2018).

Minha família... que eu tento ter bons momentos com eles, para poder ficar bem no meu trabalho [...]. Tento dormir bem, tento dar a oportunidade também para eu descansar um pouco. Eu já melhorei muito! Essa coisa de levar problema pra casa, de tentar ficar trabalhando em casa, eu diminuí muito isso. Isso é uma coisa que eu acho muito saudável e tento ter outras atividades além do meu trabalho que me são gratificantes. Eu gosto de fazer atividade física, eu gosto de ir para o sítio e eu prezo muito por isso. Eu priorizava muito o meu trabalho e, hoje, eu não faço isso. É um exercício grande que eu fiz também, que foi a questão da impotência que a gente tem frente a vários problemas. Então, aceito isso melhor. Então, se eu não tenho como resolver um problema, eu não tenho como resolver esse problema, infelizmente. Me esforço muito, mas eu tento não me destruir, porque eu não consegui resolver um problema. Eu, antes, me culpava muito, eu melhorei muito isso. Então, a minha relação com o trabalho... ela ficou mais prazerosa e menos pesada. Porque ela é o dentro da minha possibilidade, de que eu tento fazer o melhor possível, mas nem sempre isso acontece. Chefe_11

[...]eu tenho uma válvula de escape que é minha filha, minha família. Eu faço um exercício muito grande para, no momento que eu saio, chego na minha casa, tento me concentrar o máximo possível na minha família. Eu acho que esse é o meu refúgio, onde eu renovo as minhas energias, mas de fato há um estresse. [...] eu vou para casa a pé Enquanto eu estou indo a pé, eu estou deixando o que é do hospital para traz, de forma que eu chego em casa, eu já estou liberada. Chefe_12

Os depoimentos evidenciam que os momentos de convivência familiar ajudam a suportar as pressões advindas do trabalho. Dejours e Cardoso (2001) corroboram com os

relatos afirmando que para suportar as pressões do trabalho, como estratégias específicas de defesa que contribuem para orientar todo o funcionamento psíquico numa direção determinada, o sujeito leva para casa esse funcionamento, uma vez que não é possível deixar seu funcionamento psíquico no vestiário. Desse modo, no plano psicológico, não há divisão entre trabalho e fora dele. O cônjuge e toda a família estão envolvidos na manutenção das defesas psíquicas daquele que trabalha. É imposta uma espécie de cooperação psíquica aos membros da família, para permitir ao sujeito que trabalha conservar sua saúde mental.

Não tem nenhuma estratégia assim. Não utilizo de nenhuma estratégia validada. Eu acho que é a estratégia do estar junto, né? Estou aqui com você, por você, vamos juntos. É isso que a gente busca fazer, é o nosso meio. Entre elas, também funciona assim, né? Quando um percebe que a outra tá, logo, logo já se aproxima: “- Nossa, você está preocupada, você está apertada? Vou te ajudar, o quê que eu posso fazer?”.
Chefe_12

Eu acho que é aquilo que eu te falei, aqui dentro a gente se apoia. Então, quando alguém não tá bem, né? Quando a gente tá numa situação assim... A gente desabafa entre nós, né? É o grupo que me... eles se apoiam muito na gente, com as dificuldades que eles têm lá. Eles vêm pra cá. Eles choram é aqui. Eles reclamam é aqui. É a gente que ajuda eles a resolverem os conflitos mais intensos, orienta e dá colo, dá palavra de ânimo e, eles, também. Às vezes, dão pra gente quando acontece alguma coisa [...].
Chefe_10

Trazer a equipe pra discutir como fazer as coisas também tem sido uma... É, tem sido interessante, porque eu divido com elas os erros e os acertos. Então, discutir com a equipe, trazer eles junto para escrever, fazê-los participarem, comunicar sempre o mais rápido possível o quê que está acontecendo. Então, consigo trazer a equipe bem, bem junta, assim, pra tomada de decisão também.
Chefe_09

Para Mendes e Oliveira (2014), cada coletivo de trabalho constrói suas próprias estratégias coletivas de defesa. As afirmações demonstraram que as equipes utilizam como estratégias defensivas o apoio, a solidariedade e a discussão dos problemas em equipe para dar conta das pressões do dia a dia. As estratégias defensivas são construídas por um grupo de trabalhadores para resistir aos efeitos desestabilizadores e para lidar com as contradições advindas do trabalho e contribuem para a coesão do coletivo de trabalho (DEJOURS,2006).

Então, eu acho que é dimensionar a relevância das coisas. Eu acho que tenho conseguido fazer isso de uma boa forma. Não hipervalorizar problema, é... eu consigo me desligar bastante do trabalho quando eu saio daqui, é... mesmo estando 24 horas por dia disponível por telefone, eu volto a me ligar ao trabalho quando eu atendo o telefone. Quando eu desligo o telefone eu desligo de novo.
Chefe_08

No relato da profissional, o fato de estar 24 horas disponível para a instituição via telefone celular não interfere em sua saúde. Algumas defesas são modos de proteção para os trabalhadores contra o sofrimento e seus efeitos para a saúde mental, funcionando como uma “anestesia” que permite ignorar o sofrimento e negar suas causas tornando-os livres do mal-estar provocados pelo trabalho (AREOSA, 2018; MENDES, 2007).

Outra patologia social relacionada ao trabalho é a servidão voluntária relacionada a pós modernidade, em que ocorre a submissão sem protestos. O trabalhador aceita a organização do trabalho, tende a apresentar uma postura que revele o quanto ele é adaptado, integrado e eficaz (MENDES 2007).

Então, hoje, a estratégia que eu uso pra sobreviver, que eu acho que é sobreviver, é fazer aquilo que tá sendo pedido. Então, é cumprir o que tá sendo pedido e, não necessariamente, fazer o que tem que ser feito e, isso, é muito ruim. Isso é muito ruim, muito pesado [...]. A gente concordar é como se estivesse concordando em fazer só o que tá sendo urgente, o operacional em detrimento daquilo que realmente é muito importante, que é o maior, né? Chefe_04

O depoimento evidencia o sofrimento da profissional em não realizar suas tarefas com liberdade, devido à pressão em atender as demandas “urgentes”. Uma das patologias sociais relacionadas ao trabalho é a de sobrecarga prescrita pela organização do trabalho, visto que não é o trabalhador que decide a carga de trabalho nessa relação entre adversidade e liberdade. A liberdade é limitada pelas exigências do trabalho que resgata os registros de exigência do sujeito para consigo mesmo (MENDES 2007).

[...] eu acho que não sou bem valorizado (a), mas não é só eu, a equipe [...] não é valorizada. Chefe_03

Às vezes, você não tem o reconhecimento não é porque a pessoa não quis fazer, é porque ela nem sabe que teria que fazer, entendeu? [...] Chefe_06

Os relatos acima demonstram a estratégia de conformismo e negação para se proteger do sofrimento, a eufemização da situação causadora de sofrimento. Segundo Dejours, 1987, para os trabalhadores darem conta do prescrito e não adoecerem, eles utilizam estratégias como conformismo, individualismo, negação, agressividade, passividade, entre outras.

Eu criei para mim uma defesa. Eu não quero que isso me adoça [...]. Atualmente, eu faço até um tratamento tipo natural. Mas faço porque eu me estressei bastante nos últimos 10 anos. Mas são coisas que eu consigo administrar e que eu tenho levado numa boa [...]. Chefe_06

[...] eu estou tomando ansiolítico e, isso, me ajudou demais, melhorei muito. Isso fez uma diferença enorme no meu bem-estar, na minha sensação de alegria e estou tratando a saúde, cuidando da saúde pra poder conseguir tirar a medicação. Ele propôs quatro meses, que era o tempo que ele me deu pra eu começara a fazer exercício físico e, isso, tem 15 dias e me suplementou bastante com muita vitamina, muito antioxidante, ômega 3. Essas coisas todas pra poder ajudar a equilibrar a

minha saúde um pouco, porque muitos exames estavam alterados e eu achei que ajudou. Chefe_10

Os relatos vão ao encontro a pesquisa de Brant e Minayo-Gomez (2004) ao demonstrarem a existência de um processo de transformação do sofrimento em adoecimento no âmbito de trabalho, o que leva à medicalização das manifestações de sofrimento por meio de prescrição indiscriminada, principalmente, de antidepressivos e ansiolíticos.

Dejours (1992) esclarece que nenhum trabalhador como nenhum outro homem está salvo de uma explosão de angústia. Alguns trabalhadores precisam de remédios para dormir e para se aguentarem durante a jornada de trabalho, hipnóticos e ansiolíticos são largamente consumidos, pouco a pouco a vida do trabalhador é atravessada pela ansiedade causada pelo trabalho que submete a vida psíquica dos trabalhadores a duras provas.

Essa ressignificação pode se dar quando a atividade prescrita é diferente da atividade realmente realizada. Dessa maneira, é possível haver aumento do custo humano no trabalho, cujos componentes exigem esforço constante de adaptação por meio de estratégias de regulação e compensação do sujeito. Para isso, os trabalhadores investem para realizar suas atividades. Assim, encontra-se o custo humano despendido no trabalho em suas dimensões afetivo-cognitivo-físico.

Para Veras e Ferreira (2006), custo emocional refere-se às exigências afetivas realizadas no contexto de trabalho. O custo cognitivo, relaciona-se com as exigências cognitivas “em termos de dispêndio intelectual, sob a forma de aprendizagem necessária, de resolução de problemas e de tomada de decisão”. O custo físico, refere-se às exigências corporais “em termos de dispêndio fisiológico e biomecânico” nas atividades do trabalho.

4.3.4 Categoria 4: o prazer e o valor *do e no* trabalho

Quando os chefes se sentem úteis e valorizados por terem conseguido superar os desafios no trabalho, por serem valorizados financeiramente, por conseguirem apoio ou elogios dos pares.

[...] eu considero o meu trabalho importante e eu me sinto valorizada mais pelos meus pares. Meus outros colegas, que são chefes de unidades, é que eu vejo dar um apoio. Eu vejo valorização de pessoas até inesperadas, de outros setores que chegam e falam: “Ah, bacana! Você tá aqui, legal e tal”. [...] eu acho que o salário é legal. Acho que é uma valorização financeira. Chefe_02

Eu adoro trabalhar! Adoro meu trabalho! Sou muito feliz no meu trabalho! Eu aprendo todo dia e, apesar das dificuldades, acho que todo trabalho tem dificuldades, o meu não é pior do que o de ninguém, pelo contrário, acho que eu sou uma

privilegiada. Trabalho com o que eu gosto, meu pagamento está em dia, recebo muito retorno positivo do trabalho que eu faço. Chefe_08

[...] eu acho que é valorizado, que está dando certo. O difícil está sendo um adequado dimensionamento dele, mas tanto pelos pares, pela direção. Então, eu sinto que é valorizado. Chefe_09

As afirmações demonstram que o sentimento de valorização dos profissionais está ligado ao reconhecimento pelos pares, pela chefia e pelo salário. Para Dejours (1992), o salário contém significações concretas (sustentar a família, pagar as dívidas) e abstratas, na medida em que o salário contém sonhos, fantasias e projetos de realizações possíveis.

O reconhecimento fortalece a identidade, a sanidade e o bem-estar no trabalho. Sobre a dinâmica do reconhecimento Mendes (2007 p. 44) afirma se tratar do “processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida efetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo”.

De acordo Dejours (2006), o reconhecimento se dá em duas esferas: julgamento de utilidade e de beleza. O primeiro diz respeito à utilidade da contribuição técnica, social e econômica do sujeito e é proferido pela hierarquia, pelos subordinados ou clientes. O segundo, é proferido pelos pares, que conhecem bem as regras o “estado da arte”, é o mais severo, está relacionado à qualidade, singularidade, originalidade e distinção de uma tarefa. Aparece em termos estéticos: é um belo trabalho, é uma bela obra, é uma demonstração elegante, é uma linda forma.

O trabalho é muito importante. Ele é fundamental, inclusive, a gente, dentro do possível, sempre está buscando melhor atendimento [...]. Com relação à valorização, eu acho que não sou bem valorizado (a), mas não é só eu, a equipe [...] não é valorizada. Chefe_03

[...] eu já passei por várias gestões no hospital e, eu, posso te falar que algumas dão mais valor para esse tipo de coisa e outras não. Não faço nenhum juízo de valor com relação, porque as pessoas não fazem isso. Eu acho que cada um tá preparado pra ser aquilo que ele se estruturou pra ser [...] existe a falta de reconhecimento sim. Chefe_06

Os depoimentos evidenciaram a falta de reconhecimento por parte das chefias. Ferreira (2011) esclarece que a questão do reconhecimento no trabalho está presente tanto nas organizações públicas como nas privadas. Assim que os trabalhadores começam a falar sobre o trabalho a palavra “reconhecimento” aparece no discurso. Relatos de ausência de reconhecimento ou sua presença residual focada, exclusivamente, em resultados são rotineiros. “A falta de reconhecimento no trabalho é suscetível de gerar um círculo vicioso de

sofrimento, desestabilizador da identidade e, tudo isto, pode conduzir à doença mental” (AREOSA, 2018, p. 85).

Dejours (2006) aponta que o sujeito que não tem seu trabalho reconhecido não alcança o sentido de sua relação para com o trabalho e se vê reconduzido somente ao seu sofrimento que gera mais sofrimento, num círculo vicioso que o levará a desestabilização de sua identidade e de sua personalidade, causando danos em sua saúde mental.

Valorizada? Sim. Acho que sim. [...]. Eu acho meu trabalho muito importante. Ele pode não ser o ideal, mas eu me empenho realmente para que ele seja importante.
Chefe_11

Acho essencial. Me sinto valorizada, sou apaixonada pela área [...]. É bem desafiador. Não é um mar de rosas. Tem dias que você fala assim: “Nó, não vou continuar assim, preciso de outros”. E, aí, você respira, faz o exercício da respiração, senta de novo e segue adiante. [...]. Eu sou muito apaixonada por esse lugar. [...]. Às vezes, tem hora que dá vontade de ir embora e não voltar. Chegar lá e falar assim: “Aqui [...], não quero mais”. Só que, quando você vai refletindo o que você faz no seu dia a dia... quando eu faço essa reflexão... e eu fiz recentemente, são escolhas que a gente faz e eu estou nisso porque eu gosto, como seria se não fosse assim? Não sei se eu estaria feliz. Às vezes, eu estou cansada. De fato, gera um estresse, obviamente, claro que você tem que fazer um exercício muito grande, mas acho que isso é uma estratégia muito pessoal de cada um. Cada um pode desenvolver a sua estratégia. Chefe_12

Os profissionais afirmam que se sentem valorizados apesar das dificuldades enfrentadas.

O prazer não é visível e não há como mensurar. A afetividade não pode ser mensurada ou avaliada quantitativamente. Para Dejours (2006, p. 29), “ninguém ignora o que sejam o sofrimento e o prazer, e todos sabem que isso só se vivencia integralmente na intimidade da experiência interior”.

De acordo com Mendes (2011), para trabalhar, as regras, os padrões e os valores precisam ser internalizados. Devem fazer parte da vida mental do sujeito para que, com essa internalização e as condições oferecidas pela organização do trabalho, oportunize-se a gratificação e, conseqüentemente, o prazer ou a ressignificação do sofrimento. Assim é no jogo das negociações possíveis entre o sujeito e a realidade que estabelecem as condições para vivenciar prazer e ressignificar o sofrimento no trabalho.

Dejours (2013) exemplifica situações que, inversamente, podem gerar prazer no trabalho: uma equipe que realiza uma cirurgia bem-sucedida, em que o paciente corria risco de morte; um jogador de futebol que faz o gol de um torneio importante, causando euforia na torcida; um agricultor que se orgulha ao ver florescer os frutos do seu trabalho. O sofrimento é transformado em prazer por meio da sublimação ou do reconhecimento.

Quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento. O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção da identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes, de leveza d'alma ou até de elevação. O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a armadura da saúde mental" (DEJOURS, 1999, p.34).

O resultado da Escala de Indicadores de Prazer - Sofrimento no Trabalho (EIPST) do ITRA -, em seu fator de prazer Realização profissional, evidenciou a maior média no item "Orgulho pelo que faço", é um fator de avaliação do prazer e, de forma geral, teve uma avaliação positiva pelos respondentes. O fator de prazer Liberdade de expressão foi avaliado como positivo, satisfatório pelos respondentes e, considerando os itens que compõem o fator, a melhor avaliação foi para "Liberdade com a chefia para negociar o que precisa"

Os resultados da EIPST são confirmados pelas declarações dos profissionais: dos 12 chefes que responderam as entrevistas, cinco, afirmaram que seu trabalho é importante, seis, se sentem reconhecidos pelos seus chefes e/ou pares e, dois, relataram não se sentirem reconhecidos.

O fator de sofrimento Esgotamento profissional foi classificado como moderado crítico. Os itens com avaliação mais negativa foram "esgotamento emocional", "estresse" e "sobrecarga", corroborando com os relatos das entrevistas.

Os fatores da EIPST apontam para a coexistência de vivências de prazer e de sofrimento no ambiente de trabalho, as quais devem ser administradas pelos indivíduos para evitar o adoecimento mental. Se o trabalhador é visto como agente transformador de sua realidade no ambiente organizacional, ele precisa de um canal de comunicação na organização, que seja aberto, possibilitando, um espaço de discussão e de negociação das exigências dos trabalhadores frente às atividades prescritas e as pressões e imposições do trabalho, que são geradoras de instabilidade psicológica.

Conforme Dejours (2005), o sofrimento pode conduzir à desestabilização da identidade e à patologia. Mas, o enfrentamento das condições geradoras de desequilíbrio psicológico no trabalho podem dar lugar a sensações de prazer e deve ser feito por meio da estratégia de mobilização subjetiva, que se refere ao uso de recursos psicológicos do trabalhador e a discussões sobre o trabalho. Assim, é possível haver a superação ou transformação do sofrimento em prazer.

4.4 Produto do Mestrado - Relatório Técnico Científico da Pesquisa

Os relatos dos profissionais participantes da pesquisa foram de grande valia para a elaboração do relatório técnico (APÊNDICE D), produto desta dissertação, o qual será entregue à Gerência de Atenção a Saúde do HC-UFGM com os resultados da pesquisa. O relatório técnico tem por finalidade proporcionar informações, estimular e auxiliar a formulação de projetos/ações que visem à promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida das chefias intermediárias da Gerência de Atenção a Saúde do HC-UFGM.

Em contato com o Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – SOST – do HC-UFGM, a pesquisadora verificou que atualmente, O HC-UFGM oferece atendimento psicológico para os profissionais. O profissional interessado no atendimento, entra em contato pessoalmente ou por telefone para realizar o agendamento. Há também o Projeto de Extensão Atenção à Saúde do Trabalhador: Cuidando de quem cuida com as Práticas Integrativas e Complementares. O projeto oferece o uso das Práticas Integrativas e Complementares aos profissionais do HC-UFGM, incentivando novas possibilidades de cuidado em saúde e buscando reduzir o sofrimento emocional, psíquico e espiritual dos profissionais da área administrativa e assistencial. Oferece Reiki (imposição das mãos para a canalização da energia vital) e Auriculoterapia (técnica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos na orelha), *Tui na (técnica de massagem que visa o equilíbrio do fluxo de energia)*, Calatonia (técnica de relaxamento profundo que leva a regulação do tônus, promovendo o reequilíbrio físico e psíquico), *Tai chi chuan (prática corporal coletiva que consiste em posturas de equilíbrio corporal, trabalha os aspectos físico e energético do corpo)*, Aromaterapia (técnica que utiliza os óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo) (FERREIRA, 2019).

Um estudo desenvolvido por Natividade (2020) sobre as contribuições das práticas integrativas e complementares em saúde – PICS - para a qualidade de vida dos trabalhadores, identificou os diversos benefícios dessas práticas como: alívio da dor em Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e melhora do sono com utilização de acupuntura; alívio do estresse e melhoria da qualidade de vida com auriculoterapia, musicoterapia e arteterapia; melhor controle postural, prevenção do aparecimento de doenças e promoção da saúde laboral para os praticantes de ioga e lian gong; alívio da dor crônica e redução do estresse com a prática da técnica de meditação mindfulness; e alívio da dor lombar relacionada ao trabalho por meio da reflexologia podal, dentre outras. Esses atendimentos devem ser amplamente divulgados nos canais de

comunicação do hospital e a participação dos profissionais estimulada pela Divisão de Gestão de Pessoas e pela alta gestão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa contribui para demonstrar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, as estratégias utilizadas para mediar esse sofrimento, a dinâmica do reconhecimento e o risco de adoecimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino, visto que pesquisas com essa população são escassas.

Do ponto de vista organizacional, os dados coletados apresentam subsídios para a implementação de um modelo de gestão focado na saúde mental dos sujeitos e do coletivo de trabalho. Para a sociedade, a contribuição foi a de identificar e apresentar para os gestores informações que permitam melhorar a forma de organização do trabalho das chefias intermediárias, contribuindo diretamente para o melhor atendimento à população.

As estratégias defensivas foram melhor evidenciadas nas entrevistas com os participantes, pois, na análise quantitativa, o “desenvolvimento de macetes” não foi evidenciado como fator crítico. Foram relatadas estratégias coletivas como; conversa e motivação da equipe; o apoio em equipe, oração em equipe, *feedback*; e planejamento. Como estratégias individuais foram evidenciadas: a prática de atividade física; o convívio familiar; estudar; redimensionar a relevância dos problemas; conhecimento da instituição; e sentimento de pertencimento. Outras defesas que apareceram nos relatos foram o individualismo e a servidão voluntária, que podem produzir subjetividades narcisistas e levar os gestores a agirem por meio da opressão e o domínio. Os resultados demonstraram um aspecto individualista, as chefias intermediárias parecem não formar um coletivo.

Quanto aos efeitos da organização do trabalho, foi evidenciado sobrecarga de trabalho, cobrança por resultados, falta de *feedback*, deficiência de recursos humanos, disputas profissionais no local de trabalho, comunicação insatisfatória e falta integração no ambiente de trabalho. Destaca-se a sobrecarga de trabalho e a necessidade da ampliação do número de profissionais. O ritmo de trabalho é excessivo e os profissionais estão no limite de suas capacidades. A competição, mesmo que velada, existe entre as chefias e não foi evidenciada uma mobilização na categoria. Neste sentido, fica evidente que a atual forma de organização do trabalho tem gerado a incidência de vivências de sofrimento.

Outro fator que pode originar sofrimento aos trabalhadores sob análise, está no fato de a chefia ter de conviver com a necessidade de dedicar-se às tarefas internas ao seu setor de trabalho, normalmente, de grande responsabilidade, além de realizar as atividades operacionais pela falta de profissionais. Com isso, não consegue realizar as atividades estratégicas, de alinhamento de desempenho e de tomada de decisões. Considerando ainda

que tal fato não exime a chefia de responder pelas incapacidades da exatidão de seus planejamentos.

No que se refere as vivências de prazer no trabalho das chefias, foi evidenciado que o sentimento de valorização dos profissionais está ligado ao reconhecimento pelos pares, pela chefia e pelo salário. O fato de os profissionais terem liberdade para desenvolver suas tarefas e liberdade com a chefia para negociar o que precisa, demonstrou uma flexibilidade na organização do trabalho para a realização das tarefas.

Quanto as vivências de sofrimento, foram evidenciadas o esgotamento emocional, o estresse, a sobrecarga e a constante necessidade de rearranjos nas formas de trabalho para conseguirem realizar as tarefas.

Observou-se o risco de adoecimento dos profissionais. A dor associada a pressão, a cobranças e a carga horária excessiva. Perda de sono, dores no corpo, enxaqueca e estresse foram os que apareceram com maior frequência. O aumento da frequência de infecções, gastrite, mau humor, cansaço, irritabilidade, impaciência, tristeza, uso de ansiolíticos e antidepressivo. Os resultados demonstraram que os participantes ainda não estão adoecidos, mas, apresentam manifestações que sugerem, em breve, danos à saúde física e mental, de acordo com a literatura utilizada.

Os resultados desta pesquisa, a análise e a interpretação dos dados, promoveram um panorama do momento que a instituição atravessa. As interpretações não são neutras, sofrem o viés da pesquisadora, mas, os dados demonstram um conteúdo que merece a atenção dos gerentes e dos setores envolvidos na área de saúde do trabalhador.

Diante do exposto, pode-se considerar que o estudo atingiu seus objetivos, pois: identificou as estratégias defensivas utilizadas pelas chefias intermediárias; identificou os efeitos da organização do trabalho e as contradições entre o prescrito e o real; e identificou as vivências de prazer e sofrimento, a dinâmica de reconhecimento e o risco de adoecimento dos sujeitos da pesquisa.

Pode-se pensar em formas de organização do trabalho que minimizem o sofrimento desses profissionais e que proporcionem maiores vivências de prazer, uma vez que esses profissionais são o elo entre a direção e as diversas categorias de trabalhadores e usuários. São eles, também, que desenvolvem estratégias para a melhoria da assistência, o que implica diretamente na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS.

O hospital, por intermédio do SOST, desenvolve ações como o atendimento psicológico para os profissionais e o uso das Práticas Integrativas e Complementares, incentivando novas possibilidades de cuidado em saúde e buscando reduzir o sofrimento

emocional, psíquico e espiritual dos profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes ou profissionais do setor administrativo. Estas ações precisam ser mais divulgadas e incentivadas dentro do complexo HC-UFMG, promovendo a participação de todos os profissionais.

A realização desta pesquisa possibilitou à pesquisadora refletir sobre o quão importante é o trabalho das chefias intermediárias da GAS e de quantas subjetividades a permeia, culminando em sentimentos intangíveis como a luta interna diária para “entregar” (mesmo com todas as deficiências institucionais) o melhor do seu trabalho para a alta gestão, para as equipes de profissionais e para os usuários.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J. I; SZNELWAR, L. I. Entre a tarefa e a atividade, a dor do trabalhar. In MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 102-114.
- ANDRADE, W. V. **A comunicação entre gestores e equipes das unidades de pronto atendimento 24 h de Betim/MG**. 2020. 118f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- ANDREAZZI, M. F. S. Empresa brasileira de serviços hospitalares: inconsistências à luz da Reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação médica**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 275-284, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/16.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2020.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- AGUIAR, V. B. **Psicodinâmica da relação gestor-equipe: análise do prazer-sofrimento no trabalho em uma organização pública**. 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do trabalho e das organizações) - Programa de Pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13631/1/2013_VeronicaBritoAguiar.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, out./ dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2019.
- AREOSA, J. O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. **Laboreal**, v. 15, n. 2, p. 1-24, dez. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337714846_O_mundo_do_trabalho_em_reanalise_um_olhar_a_partir_da_psicodinamica_do_trabalho>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- _____. O trabalho como palco do sofrimento. **International Journal on Working Conditions**, n. 15, p. 80-95, jun. 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/331277363_O_trabalho_como_palco_do_sofrimento>. Acesso em: 09 jan. 2020.
- ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

_____. Ministério da Economia. Secretaria de Trabalho. **Portaria N.º 3.214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/participacao-social-mtps/participacao-social-do-trabalho/legislacao-seguranca-e-saude-no-trabalho/item/3679-portaria-3-214-1978>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o poder executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 dez. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em 15 jan. 2020.

_____. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09 set. 2019.

_____. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. 2018. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 09 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Cadernos de Atenção Especializada).

CALDAS, B. N. **O papel do dirigente hospitalar**: a percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior. 2008. 141f. Dissertação (Mestrado em administração) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2244/61060100585.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

CARDOSO, A. C. M. **Tempos de trabalho, tempos de não trabalho**: disputas em torno da jornada do trabalhador. São Paulo: Annablume, 2009.

CARMO, M. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde**. Estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004. 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ECJS-7S7PWQ/1/maria_do_carmo_pdf.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

_____.; ANDRADE, E. I. G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde - uma trajetória positiva de integração. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 4 p. 387-394, out./dez., 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/362>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

COSTA, M. A.; MOTA, J. A. C.; FIGUEIREDO, R. C. P. Hospital das Clínicas da UFMG: da origem como hospital de ensino à inserção no Sistema Único de Saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 18, n. 3, p. 212-219, 2008. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/544>>. Acesso em: 02 fev. 2020.

CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CRESWELL, J. W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage, 2012.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

_____. Entrevista realizada por Rubens Marcelo Volich, em Paris, no dia 11 de julho de 2000. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 4, n. 3, p. 158-163, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v4n3/1415-4714-rlpf-4-3-0158.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

_____. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. Novas formas de servidão e de suicídio. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 26-39.

_____. **Prefácio**. In: MENDES, A. M. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. P. 19-22.

_____. **A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade**. In: MENDES, A. C.; CRUZ, S. C.; FACAS, E. P. (Org.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007.

_____. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

_____. A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/243253326/SUBLIMACAO-ENTRE-SOFRIMENTO-E-PRAZER-NO-TRABALHO-pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

_____. O trabalho como enigma. In: LACMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo, 2011. P. 151-166.

_____.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: _____. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-142.

_____.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

_____.; CARDOSO M. R. Entrevista de Christophe Dejours concedida a Maria Resende Cardoso. **Ágora**, v. 4, n. 2, p. 89-94, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v4n2/v4n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH. **Hospitais Universitários Federais**. Institucional. [2019a]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

_____. **Conheça o HC**. [2019b]. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/infraestrutura> >. Acesso 22 abr. 2019.

_____. **Missão, visão e valores**. [2019e]. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/missao-visao-e-valores> >. Acesso 22 abr. 2019.

_____. **Nossa história**. [2019c]. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/nossa-historia> >. Acesso 22 abr. 2019.

_____. **Organograma**. [2019d]. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/organograma> >. Acesso 22 abr. 2019.

_____. **Regulamento de pessoal: diretoria de gestão de pessoas**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/sites/default/files/paginas/2019-08/Regulamento_de_Pessoal_2.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

FERREIRA, E. S. S. **Práticas integrativas e complementares entre profissionais da saúde: um estudo de representação social**. 2019. 37 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Não publicado.

FERREIRA, M. C. Chegar feliz e sair feliz do trabalho. In: MENDES, A. M. **Trabalho e saúde**. O sujeito entre emancipação e Servidão. Curitiba: Juruá, 2011. p. 40-53.

_____.; MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar já fico de mau humor: atividade de atendimento público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 93-104, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2001000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 jan. 2020

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2019.

GIBERT, M. A. P.; CURY, V. E. Saúde mental e trabalho: um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 59, n. 130, p. 45-60, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HIRATA, H. Introdução: trabalho das mulheres. Novo compartilhamento, novas divisões. In: HIRATA, H.; SENOTIER, D. **Mulheres e compartilhamento de trabalho**. Paris: Syros, 1996. p. 7-20.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG. **Catálogo comemorativo 90 anos de cuidado e celebração da vida**. Belo horizonte: UFMG, 2018. 66p.

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS – EBSEERH. Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEERH: diretrizes técnicas. [Brasília]: MEC, 2013. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/866032/EBSEERH_Estrutura+Organizacional+dos+HUs+sob+gest%C3%A3o+da+EBSEERH.pdf/f31541d2-a849-4ab9-a2b7-9de9e01d1acb>. Acesso em: 05 maio 2020.

_____. **Manual de normas e rotinas**: setor de farmácia hospitalar (SFH). Dourados: SFH/GAS/HU-UFGD/EBSEERH, 2017. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/2453147/Anexo+resolu%C3%A7%C3%A3o+85+-+MANUAL+NORMAS+E+ROTINAS++DO+SETOR+DE+FARM%C3%81CIA+HOSPITALAR.pdf/4b62ab44-f450-4741-80a7-4f21a8197fbb>>. Acesso em 05 maio 2020.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011. p. 507.

LANG, C. E. **Modelo de gestão assistencial para a rede Ebserh baseado na cogestão, núcleo interno de regulação, kanban e painel de indicadores**. 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Inovação em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/26473/1/Modelogest%C3%A3oassistencial_Lang_2018.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

LAPREGA, M. R. **Os hospitais de ensino no Brasil: história e situação atual**. 2015. 290 f. Tese de Livre docência (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3693160/mod_resource/content/1/Os%20hospitais%20de%20ensino%20no%20Brasil%20hist%C3%B3ria%20e%20situa%C3%A7%C3%A3o%20atual>. Acesso em: 10 jan. 2019.

LIMA, M. B. O. **Transformando saúde em sustentabilidade: o desenvolvimento de competências coletivas em um hospital universitário**. 2019. 126f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, ago. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev Ass Med Brasil**, v. 47 n. 2, p. 149-156, 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

MÉDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública–RAP**, Rio de Janeiro, v. 26, nº 2, p.79-115, 1992. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8798/7548>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

MENDES, A.M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 15, n. 1/3, p. 34-38, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2019.

_____. **Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. **Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2011. 184 p.

_____.; ARAÚJO, L. K. R. **Clínica psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação**. Curitiba: Juruá, 2012.

_____.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre trabalho e risco de adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: _____. **Psicodinâmica do trabalho: teoria métodos e pesquisa**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 111-126.

_____.; MORRONE, C. F. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: _____.; MERLO, A. R. C.;MORRONE, C. F.; FACAS, E. (Org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá Psicologia, 2010, p. 29-52.

_____.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: _____.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

_____.; OLIVEIRA, J. N. Sofrimento psíquico e estratégias defensivas utilizadas por desempregados: contribuições da psicodinâmica do trabalho. **Trends in Psychology**, v. 22, n. 2, p. 389-399, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n2/v22n2a11.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2020

_____.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 6, n. 1, p. 39-46, Jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712001000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 set 2019.

MERLO, A. R.C.. Psicodinâmica do trabalho. In: CODO, W. (Org). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Rio de Janeiro: Vozes. 2002.

NATIVIDADE, P. C. S. **Contribuições das práticas integrativas e complementares em saúde para a qualidade de vida dos trabalhadores**. 2020. 154 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/33007/1/Dissertacao_Reposit%c3%b3rio_1303.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 204-211, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 abr. 2019.

OLETO, A. F.; MELO, M. C. O. L.; LOPES, A. L. M. Análise bibliométrica da produção sobre prazer e sofrimento no trabalho nos encontros da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração (2000-2010). **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 60-73, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2019.

OLIVEIRA JÚNIOR, L. B.; SANTOS, A. C. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 43-51, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2397/847>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

PRIMO, G. M.G. **Mudanças estruturais, condições de trabalho e riscos psicossociais em um hospital público universitário**. 2018. 184 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2018..

ROIK, A.; PILATTI, L. A. Psicodinâmica do trabalho: uma perspectiva teórica. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 29, Salvador, 2009. **Anais...** . Salvador: ABEPRO, 2009. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009_tn_sto_105_696_14074.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

SELIGMANN-SILVA, E. Introdução: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 13-19.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a09.pdf>. Acesso em 01/12/2019>. Acesso em: 21 abr. 2019.

VAGHETTI, H. H. et al. Significado das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 87-93, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2019.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 53-70, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO A – INVENTÁRIO DE TRABALHO E RISCOS DE ADOECIMENTO – ITRA

Prezado chefe;

Essa pesquisa tem por objetivo descrever as Estratégias defensivas utilizadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino e está sob a responsabilidade técnico-científica de Simone Maria de Almeida, mestranda em Gestão de Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Não existem respostas certas ou erradas - responda de acordo com a avaliação que você faz referente ao seu trabalho.

As informações prestadas por você são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as informações fornecidas por seus colegas.

O instrumento é composto pelo Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA.

Ao responder, fique atento para as instruções de respostas.

Sua participação é muito importante!

Muito obrigada!

Simone Maria de Almeida

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à *avaliação* que você faz do seu *contexto de trabalho*

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados	1	2	3	4	5
As normas para execução das tarefas são rígidas	1	2	3	4	5
Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas	1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	1	2	3	4	5
As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
A distribuição das tarefas é injusta	1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
Falta integração no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	1	2	3	4	5
As condições de trabalho são precárias	1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
O posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas	1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	1	2	3	4	5
O material de consumo é insuficiente	1	2	3	4	5

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à *avaliação* que você faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho.

01 Nada exigido	02 Pouco exigido	03 Mais ou menos exigido	04 Bastante Exigido	05 Totalmente Exigido
--------------------	---------------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------

Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Ter concentração mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5
Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar em pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma repetida	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5

Avaliando o seu trabalho nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorrem as vivências positivas e negativas abaixo descritas:

0 Nenhuma vez	01 Uma vez	02 Duas vezes	03 Três vezes	04 Quatro vezes	05 Cinco vezes	06 Seis ou mais vezes
---------------------	------------------	---------------------	------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------------

Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar a minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização Profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação Pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento Emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

Os itens, a seguir, tratam dos tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos seis meses.

0 Nenhuma vez	01 Uma vez	02 Duas vezes	03 Três vezes	04 Quatro vezes	05 Cinco vezes	06 Seis ou mais vezes	
Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios Respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios Digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios Auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios na visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios Circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de Desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6


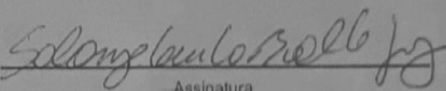

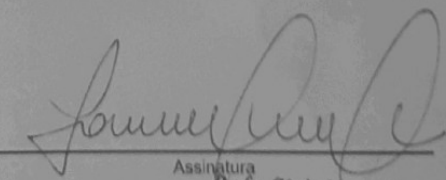
Fonte: UNB – Universidade de Brasília. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA. In: MENDES, A. M. B. (org.) Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 364-367.

ANEXO B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Fale-me sobre seu trabalho.
2. Fale-me sobre seus sentimentos em relação ao trabalho.
3. Como faz para dar conta/ lidar/ enfrentar o seu dia-a-dia de trabalho?
4. Como o trabalho tem afetado seu comportamento e sua saúde?

Fonte: UNb – Universidade de Brasília. In: MENDES, A. M. B. (org.) Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 67-70.

ANEXO C - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Estratégias defensivas empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 36			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Solange Cervinho Bicalho Godoy			
6. CPF: 622.386.986-04	7. Endereço (Rua, n.º): ANTONIO ALEIXO LOURDES 222 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 30180150		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (31) 3291-9590	10. Outro Telefone:	11. Email: solangecgodoy@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>23</u> / <u>07</u> / <u>2019</u>		 Assinatura 	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	13. CNPJ: 17.217.985/0018-52	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	
15. Telefone: (31) 3409-9862	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Sônia Maria Soares</u>	CPF: <u>264.916.486-72</u>		
Cargo/Função: <u>Diretora</u>			
Data: <u>23</u> / <u>07</u> / <u>2019</u>	 Assinatura Prof. Sônia Maria Soares Diretora da Esc. Enfermagem/UFMG Portaria nº 6.794 de 11/10/2018		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO D – APROVAÇÃO DA CAMARA DEPARTAMENTAL DA ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA
Av. Prof. Alfredo Balena - 190 - 2o andar - Santa Efigênia
CEP: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais -
Brasil
Tel.: 3409.9853 Fax: 3409.9853
E-mail: enb@enf.ufmg.br

PARECER N. 15/2019-ENB

PROJETO DE PESQUISA : Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

INTERESSADA: Prof^ª. Dr^ª. SOLANGE CERVINHO BICALHO GODOY

RELATORA: Profa Dr.^ª SELME SILQUEIRA DE MATOS

INSTITUIÇÃO: E. E. UFMG

HISTÓRICO:

Recebemos em 02-7-2019 do Sr secretário do ENB ADALBERTO SIMEÃO DE OLIVEIRA o projeto de pesquisa intitulado: "*Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino*", da mestranda SIMONE MARIA DE ALMEIDA, orientada pela Prof^ª. Dr^ª. SOLANGE CERVINHO BICALHO GODOY.

Este estudo apresenta os seguintes objetivos:

Geral:

Descrever as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

Específicos:

Para o cumprimento do objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os efeitos da organização do trabalho das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino;
- Identificar as vivências de prazer e sofrimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino;
- Identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho entre as chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.
-

O presente estudo utilizará abordagem qualitativa e quantitativa devido a natureza do problema de pesquisa e aos objetivos estabelecidos.

Quanto aos fins, assume as características de uma pesquisa descritiva.

O cenário será um hospital geral público, federal, universitário, que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade (EBSERH, 2019).

Os sujeitos da pesquisa serão as chefias intermediárias pertencentes à Gerência de Atenção à Saúde: 04 chefes de Divisão; 05 Chefes de Setor; 27 chefes de Unidade, totalizando 36 chefias intermediárias.

Os critérios de Inclusão e exclusão estão bem definidos .

Serão utilizados três instrumentos para a coleta de dados:

- Questionário semiestruturado (APÊNDICE A);
- Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA (ANEXO A);
- Entrevista semiestruturada (ANEXO B).

Os dados obtidos por meio dos questionários semiestruturados serão tabulados com auxílio do software Excel e Software IBM SPSS (Statistics – Statistical Package for the Social Sciences) e, posteriormente, analisados estatisticamente.

Por fim, a análise se apoiará em procedimentos interpretativos, confrontando os resultados obtidos com as teorias que darão suporte à investigação.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e anuência da Instituição, em atendimento a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O cronograma é exequível previsto para concluir em Março de 2020

Os possíveis gastos de 6,300,00 relacionados ao presente estudo serão custeados pela pesquisadora.

O projeto está bem elaborado e atende todos os itens preconizados para um trabalho científico

CONCLUSÃO :

Considerando que o estudo é de interesse do ENB por ser uma dissertação de mestrado orientada pela Profa Dra SOLANGE CERVINHO BICALHO GODOY e que as estratégias defensivas adotadas por profissionais que atuam nas chefias intermediárias de hospitais públicos universitários de ensino, será útil para melhor compreensão do desenvolvimento dessa atividade, bem como os aspectos nela envolvidos, somos SMJ dos membros da Câmara Departamental pela aprovação do projeto.

Belo Horizonte, 10 de julho de 2019.

Profa Dra SELME SILQUEIRA DE MATOS


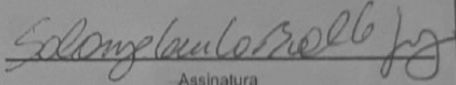

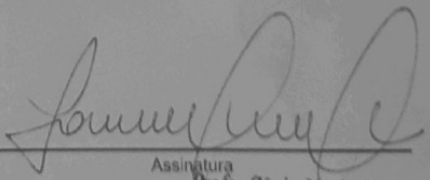
Relatora

Documento aprovado em
Câmara Departamental em 10/07/19

Selme Silqueira de Matos
Chefe do Departamento de Enfermagem Básica
Recursos de Enfermagem da UFMG

Profa. Selme Ilvira de Matos Silqueira
Chefe do Curso de Graduação Básica
Inscrição na UFMG Nº 138603

ANEXO E - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Estratégias defensivas empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 36			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Solange Cervinho Bicalho Godoy			
6. CPF: 622.386.986-04	7. Endereço (Rua, n.º): ANTONIO ALEIXO LOURDES 222 BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 30180150		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (31) 3291-9590	10. Outro Telefone:	11. Email: solangecgodoy@gmail.com
<p>Termo de Compromisso. Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>23</u> / <u>07</u> / <u>2019</u></p> <p style="text-align: right;">  Assinatura  </p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	13. CNPJ: 17.217.985/0018-52	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS	
15. Telefone: (31) 3409-9862	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Sônia Maria Soares</u> CPF: <u>264.916.486-72</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretora</u></p> <p>Data: <u>23</u> / <u>07</u> / <u>2019</u></p> <p style="text-align: right;">  Assinatura Profa. Sônia Maria Soares Diretora da Esc. Enfermagem/UFMG Portaria nº 6.734 de 11/10/2018 </p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO F - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias defensivas empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino

Pesquisador: Solange Cervinho Bicalho Godoy

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19835019.3.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.662.631

Apresentação do Projeto:

No dia 09/09/2019 recebi para parecer o projeto intitulado “Estratégias defensivas empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino” que se trata de um projeto de dissertação de mestrado do programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, desenvolvido pela pesquisadora Simone Maria de Almeida e orientado pela professora Solange Cervinho Bicalho Godoy, do departamento de Enfermagem Básica da UFMG. A pesquisadora informa que atua como chefia intermediária na Gerência de atenção à Saúde da instituição pesquisada e enfrenta todos os dias a complexidade desse trabalho. Ele também tem como coparticipante o Hospital das Clínicas da UFMG, na pessoa de Andrea Maria Silveira.

Segundo as autoras, a pesquisa se propõe a investigar quais as estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino no estado de Minas Gerais. Os Hospitais públicos federais de ensino são referências em atendimentos de alta complexidade e, por apresentarem alta concentração tecnológica, profissionais especializados e equipamentos para procedimentos diagnósticos e terapêuticos são campo de formação profissional vinculados às Instituições de Ensino e Pesquisa. As chefias são responsáveis por administrar, estimular e liderar as equipes de trabalho de forma eficiente e executar projetos para o alcance das metas institucionais, função permeada pela complexidade do contexto hospitalar que tem como atividade fim produzir saúde e paradoxalmente condições potenciais de adoecimento de seus trabalhadores. O sofrimento suscita estratégias defensivas, que tem como função atenuar ou

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.662.631

combatê-lo, às vezes ocultá-lo integralmente para proteger os trabalhadores de seus efeitos deletérios sobre sua saúde mental.

Está sendo proposta uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa. Serão aplicados questionários semiestruturados, um Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA e uma entrevista semiestruturada.

Os sujeitos da pesquisa serão as chefias intermediárias pertencentes a Gerência de Atenção a Saúde, totalizando 36 chefias. Os critérios de inclusão e exclusão se encontram bem delimitados no corpo do projeto.

Também se encontram bem definidos e com amplo suporte da literatura para validação, os três instrumentos para coleta de dados, incluindo o ITRA, que contém 4 escalas de avaliação do trabalho: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, Escala de Custo Humano do Trabalho, Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho e Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho.

Na ocasião do parecer que emiti (3.586.925), enumerei uma série de fragilidades que deveriam ser atendidas e resolvidas, estando o projeto em pendência. Após verificar os documentos atualizados, informo que os autores atenderam de forma satisfatória à lista de recomendações abaixo:

Talvez seja necessário alterar o cronograma caso o CEP não autorize a pesquisa a tempo para a coleta em outubro de 2019.

Está ausente do projeto informações sobre a transcrição dos dados, tempo que os dados ficarão armazenados e aos cuidados de quem.

Não está claro se o Hospital vai liberar esses funcionários para responder aos três questionários da pesquisa.

Não está claro o critério de inclusão na pesquisa qualitativa (os 36 gerentes responderão aos três instrumentos?) O que vai fazer com os dados de um instrumento caso a pessoa se recuse a responder ao outro? Como vai ligar um questionário ao outro?

Explicar no início do TCLE a justificativa e os objetivos do estudo. - ok. sugestao, talvez possa ser mais sucinto.

Escrever no TCLE que as gravações serão de áudio.

Indicar se o áudio será transcrito e onde ficará armazenado, por quanto tempo e os cuidados de quem.

Falta de numeração sequencial das páginas do TCLE no formato “1 de 2” e “2 de 2”.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.662.631

Listar o possível risco e constrangimentos de estar participando de uma pesquisa cujo objeto são as condições de trabalho (Item IV.6, letra B da Resolução). Ainda que sejam mínimos, é importante listar no TCLE os eventuais desconfortos que essa entrevista poderá causar.

Indicar no TCLE e corpo do projeto que nenhum dado será divulgado que permita identificar a pessoa, ou seja, os dados serão divulgados de forma agregada.

Deixar mais claro no parágrafo do TCLE sobre desistência da pesquisa, que os participantes podem desistir de participar a qualquer momento.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino:

- Identificar os efeitos da organização do trabalho das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino;
- Identificar as vivências de prazer e sofrimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino;
- Identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho entre as chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Além dos riscos eventuais de participação em pesquisa, como exaustão e constrangimento pela resposta, esse último estando bem antecipado no projeto, há também o constrangimento por estar participando de um estudo junto com colegas de trabalho cujo objeto de pesquisa poderá ser a pressão sofrida dentro do ambiente do trabalho, estando o entrevistado subordinado a outros cargos de chefia e direção. Esses riscos foram acrescentados ao TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande relevância temática e tem grande potencial de contribuir para a melhoria e adequação do Hospital das Clínicas da UFMG às normas do trabalho saudável, melhorando o bem-estar dos seus funcionários e também o atendimento a seu público alvo.

Parabenizo os autores por realizarem as modificações pedidas e aceitarem os comentários feitos com relação aos instrumentos.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 3.662.631

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores forneceram todos os Termos de apresentação obrigatória: carta resposta ao parecer de número 3.586.925, TCLE's modificado, instrumentos de pesquisa revisados, carta de anuência da instituição, folha de rosto assinada e parecer departamental. Declaro que a autora principal deve rever e corrigir o nome da pessoa de contato no CEP-UFMG dentro dos TCLE's.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo feito todas as modificações requisitadas no parecer 3.586.925 e na confiança de que as autoras farão as correções necessárias no contato do CEP-UFMG disposto nos TCLE's, recomendo a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1399717.pdf	19/10/2019 21:13:50		Aceito
Outros	cartarespostacoep.pdf	19/10/2019 21:07:44	SIMONE MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopendenciacoep.pdf	19/10/2019 20:50:12	SIMONE MARIA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleentrevistacoep.pdf	19/10/2019 20:48:21	SIMONE MARIA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleitracoep.pdf	19/10/2019 20:47:15	SIMONE MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	parecerhc.pdf	19/10/2019	SIMONE MARIA DE	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.662.631

Outros	parecerhc.pdf	20:45:50	ALMEIDA	Aceito
Outros	parecergashcufmg.pdf	27/08/2019 15:33:28	SIMONE MARIA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	anexobentrevista.pdf	25/07/2019 11:06:46	Solange Cervinho Bicalho Godoy	Aceito
Outros	anexoaitra.pdf	25/07/2019 11:06:11	Solange Cervinho Bicalho Godoy	Aceito
Outros	CAMARADEPARTAMENTAL.pdf	25/07/2019 10:19:52	Solange Cervinho Bicalho Godoy	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoplataformabrasil.pdf	25/07/2019 09:21:42	Solange Cervinho Bicalho Godoy	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 25 de Outubro de 2019

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

- Especifique a agência de fomento:

3. AVALIAÇÃO: o prazo para emissão do parecer é de 15 dias.

3.1 Parecer de viabilidade econômica e logística na unidade ou setor:

O presente estudo pretende investigar quais às estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um Hospital Público Federal de Ensino do estado de Minas Gerais. Será realizada uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. O meio de investigação será o estudo de caso. Apresenta parecer favorável da Escola de Enfermagem da UFMG e, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE considera os requisitos éticos da pesquisa. O estudo não implica em custos adicionais para à instituição e respeita aos princípios éticos e metodológicos da pesquisa.

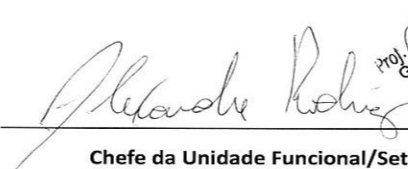
3.2 Avaliação de mérito (apenas para projetos que não foram avaliados na Faculdade de Medicina da UFMG):

3.3 Voto – Aprovação do Projeto

3.4 Recomendações finais:

Aprovado

Belo Horizonte, 19 de Agosto de 2019


 Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira
 Gerente de Atenção à Saúde
 HC-UFMG/EBSERH
 Insc. 18.1196 CRM 27630
 PT. 199 de 22/01/19

Chefe da Unidade Funcional/Setor


 Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira
 Gerente de Atenção à Saúde
 HC-UFMG/EBSERH
 Insc. 18.1196 CRM 27630
 PT. 199 de 22/01/19

Coordenação Técnica

(Onde o trabalho será realizado)

**ANEXO H – CARTA DE APROVAÇÃO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA –
HC-UFMG**



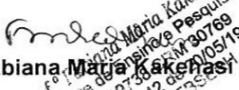
CARTA DE APROVAÇÃO

Belo Horizonte, 07 de novembro 2019.

PROJETO DE PESQUISA Nº 90/2019: Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico-financeira de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas e a aprovação pelo COEP-UFMG, em 25/10/2019, está gerência aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional. Solicitamos enviar à GEP relatório parcial ou final após um ano.

Atenciosamente,


Prof. Fabiana Matia Kokenas
 Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG/Ebserh

À Senhora,

Profa. Solange Cervinho Bicalho Godoy

Departamento de Enfermagem Básica - ENB

Escola de Enfermagem da UFMG.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Data: ____ / ____ / ____

Preencha os seguintes dados, marcando apenas uma alternativa:

1. Sexo:

 Feminino Masculino

2. Idade em anos:

_____ anos

3. Situação Conjugal:

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

4. Grau de escolaridade:

 Superior completo Mestrado Especialização Doutorado

5. Pós graduação (especialização, mestrado, doutorado) na área de gestão?

 Sim Não

6. Vínculo:

 UFMG Ebserh

7. Função:

 Chefe de Divisão Chefe de Setor Chefe de Unidade Funcional

8. Há quanto tempo trabalha na instituição?

9. Há quanto tempo exerce a função de chefe na instituição?

10. Afastamentos do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos 06 meses:

- Nenhum
- Entre 1 e 3
- Mais de 3

11. Quando foi sua última consulta na medicina do trabalho? Por qual motivo?

Obrigada por sua participação!

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO E INVENTÁRIO DE TRABALHO E
RISCOS DE ADOECIMENTO – ITRA**

O (A) senhor (a) está convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa “**Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino**”. A sua participação nesta pesquisa se deve ao fato do (a) senhor (a) fazer parte do grupo de chefias intermediárias pertencentes a Gerência de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas vinculado a Universidade Federal de Minas Gerais.

Os objetivos do presente estudo são: Descrever as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; Identificar os efeitos da organização do trabalho das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; Identificar as vivências de prazer e sofrimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; Identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho entre as chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

Procedimentos Utilizados: Sua participação consiste, ao aceitar colaborar com a pesquisa, em responder ao Questionário Semi estruturado e ao Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA. O (A) senhor (a) será abordado (a) pela pesquisadora/mestranda Simone Maria de Almeida, será agendado um horário para a realização da coleta de dados. O questionário semiestruturado e o ITRA serão respondidos em sala reservada, a fim de assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelo senhor (a). O tempo gasto para o preenchimento dos instrumentos é de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

O (A) senhor (a) não terá nenhum benefício direto imediato ao responder os questionários, no entanto, os resultados desta pesquisa poderão permitir um maior conhecimento a respeito das estratégias defensivas utilizadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino, além de contribuir como fonte para pesquisas acadêmicas, uma vez que a literatura ligada ao tema é escassa.

Sua participação é absolutamente voluntária, sem nenhum tipo de remuneração financeira e o senhor (a) não terá nenhuma despesa.

O(a) senhor(a) tem o direito, a qualquer momento, mesmo após o início, de desistir de participar da pesquisa sem que isto lhe gere prejuízo pessoal ou de qualquer ordem.

É garantido ao senhor(a) o anonimato e sigilo absoluto por parte das pesquisadoras. As respostas permanecerão confidenciais e seu nome não será associado a elas. Os dados serão tratados com cuidado e sigilo, sendo garantida a preservação dos mesmos, sua confidencialidade e o anonimato de todos os participantes. Nenhum dado será divulgado que permita identificar a pessoa.

Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o senhor (a) tem assegurado o direito de indenização.

Participante da Pesquisa [rubrica]:

Pesquisador [rubrica]:

Orientador [rubrica]:

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém, considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois, algumas perguntas podem remeter à

algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. A pesquisa oferece risco mínimo de desconforto e/ou constrangimento no momento que o(a) senhor (a) for responder as questões propostas relativas ao seu trabalho, no entanto, todas as questões são relacionadas a sua profissão/atuação e serão tratadas com cuidado, profissionalismo, ética e sigilo sendo garantida a privacidade dos seus dados registrados.

Quanto aos benefícios, além da pesquisa motivar a formação de profissionais que tenham olhar crítico e criativo para a solução de problemas, contribuirá para descrever as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias na gestão de um hospital público federal de ensino.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar sua identidade, nenhum dado será divulgado que permita identificar o indivíduo participante, os dados serão divulgados de forma agregada contribuindo assim com o conhecimento científico, formação de recursos humanos e com a prática profissional de qualidade. Os resultados deste estudo não serão utilizados em hipótese alguma para outros fins não citados neste Termo de Consentimento.

A decisão de não participar da pesquisa não acarretará nenhum tipo de constrangimento e o(a) senhor(a), como voluntário(a), poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sua desistência poderá ocorrer a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo junto as instituições relacionadas com este estudo.

Este Termo de Consentimento segue a definição da Resolução 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando assim a preservação dos dados, sua confidencialidade e o anonimato dos participantes, encontra-se impresso em duas vias originais, rubricadas pelo pesquisador e pelo participante, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem – Campus Saúde UFMG e a outra será fornecida ao senhor (a).

As dúvidas poderão ser esclarecidas com a pesquisadora no momento da coleta dos dados ou através dos seguintes contatos:

Pesquisadora Responsável: Solange Cervinho Bicalho Godoy (coordenadora)

Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP 30.130-100 – Belo Horizonte – MG/Brasil.
Escola de Enfermagem – Campus Saúde UFMG – Fone: (31) 3409-8024. E-mail: solangecgodoy@gmail.com

Pesquisadora: Simone Maria de Almeida (mestranda)

Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP 30.130-100 – Belo Horizonte – MG/Brasil.
Escola de Enfermagem – Campus Saúde UFMG – Fone: (31) 991858428 – E-mail: sialmeida2005@yahoo.com.br

Participante da Pesquisa [rubrica]:

Pesquisador [rubrica]:

Orientador [rubrica]:

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, consultar:

COEP-UFMG - Profa. Telma Campos Medeiros Lorentz

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar sala 2005 – Campus Pampulha - CEP: 31270-901 - Belo Horizonte – MG/Brasil

Tel.: (31) 3409-4592 - Celular institucional: 75370183 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

CONSENTIMENTO

Declaro que concordo em participar da pesquisa “**Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino**”, que fui informado(a) dos seus objetivos, métodos, riscos e benefícios de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, que a minha participação é voluntária e que posso desistir da abordagem mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa. Confirmo que recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todas as vias rubricadas por mim e pelos pesquisadores. Tive a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas junto ao pesquisador.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Assinatura da pesquisadora (mestranda): _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA

O (A) senhor (a) está convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa “**Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino**”. A sua participação nesta pesquisa se deve ao fato do (a) senhor (a) fazer parte do grupo de chefias intermediárias pertencentes a Gerência de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas vinculado a Universidade Federal de Minas Gerais.

Os objetivos do presente estudo são: Descrever as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; Identificar os efeitos da organização do trabalho das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; Identificar as vivências de prazer e sofrimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; Identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho entre as chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

Procedimentos Utilizados: Sua participação consiste, ao aceitar colaborar com a pesquisa, em responder as questões da a entrevista. O (A) senhor (a) será abordado (a) pela pesquisadora/mestranda Simone Maria de Almeida e será agendado um horário para a realização da entrevista. A entrevista ocorrerá em sala reservada, nas dependências de seu local de trabalho, a fim de assegurar a confidencialidade das informações fornecidas pelo senhor (a). O tempo gasto para a realização da entrevista será de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

A entrevista seguirá um roteiro de questões e as respostas serão gravadas em áudio para aproveitar ao máximo todas as falas na análise dos dados e construção dos resultados, preservando a confidencialidade total das respostas.

O(A) senhor(a) poderá não responder à questão que não desejar. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento que o senhor(a) solicitar. O(a) senhor(a) tem o direito de desistir da entrevista sem que isto lhe gere prejuízo de qualquer ordem.

As falas (áudios) gravadas serão armazenadas por cinco anos, em dispositivos digitais, na Escola de Enfermagem- Campus Saúde – UFMG, sendo o acesso feito apenas pelas pesquisadoras responsáveis pela pesquisa: Dra. Solange Cervinho Bicalho Godoy (orientadora) e Simone Maria de Almeida (mestranda). Findo o prazo previsto para o armazenamento dos dados da pesquisa (5 anos) os mesmos serão destruídos.

O(A) senhor(a) não terá nenhum benefício direto imediato ao responder a entrevista, no entanto os resultados desta pesquisa poderão permitir um maior conhecimento a respeito das estratégias defensivas empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino, além de contribuir como fonte para pesquisas acadêmicas uma vez que a literatura ligada ao tema é escassa.

Sua participação é absolutamente voluntária, sem nenhum tipo de remuneração financeira e o senhor(a) não terá nenhuma despesa.

Participante da Pesquisa [rubrica]:

Pesquisador [rubrica]:

Orientador [rubrica]:

O(A) senhor(a) tem o direito, a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista de desistir de participar da mesma sem que isto lhe gere prejuízo pessoal ou de qualquer ordem.

É garantido ao senhor(a) o anonimato e sigilo absoluto por parte das pesquisadoras. As respostas permanecerão confidenciais e seu nome não será associado a elas. Os dados serão tratados com cuidado e sigilo, sendo garantida a preservação dos mesmos, sua confidencialidade e o anonimato de todos os participantes. Nenhum dado será divulgado que permita identificar a pessoa.

Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o senhor (a) tem assegurado o direito de indenização.

O fato de responder a entrevista não oferece risco imediato ao (a) senhor(a), porém, considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder as questões. A pesquisa oferece risco de mínimo de desconforto e/ou constrangimento no momento que o(a) senhor(a) for responder as questões propostas relativas ao seu trabalho, no entanto, todas as questões são relacionadas a sua profissão/atuação e serão tratadas com cuidado, profissionalismo, ética e sigilo sendo garantida a privacidade dos seus dados registrados. A entrevista será realizada em local reservado, com horário agendado, com a presença somente do pesquisador e de V.Sa. O(a) senhor(a) tem total liberdade de não responder à questão que julgar constrangedora.

Quanto aos benefícios, além da pesquisa motivar a formação de profissionais que tenham olhar crítico e criativo para a solução de problemas, contribuirá para descrever as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias na gestão de um hospital público federal de ensino.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar sua identidade, nenhum dado será divulgado que permita identificar o indivíduo participante, os dados serão divulgados de forma agregada contribuindo assim com o conhecimento científico, formação de recursos humanos e com a prática profissional de qualidade. Os resultados deste estudo não serão utilizados em hipótese alguma para outros fins não citados neste Termo de Consentimento.

A decisão de não participar da pesquisa não acarretará nenhum tipo de constrangimento e o (a) senhor (a), como voluntário (a), poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sua desistência poderá ocorrer a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo junto as instituições relacionadas com este estudo.

Participante da Pesquisa [rubrica]:

Pesquisador [rubrica]:

Orientador [rubrica]:

Este Termo de Consentimento segue a definição da Resolução 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando assim a preservação dos dados, sua confidencialidade e o anonimato dos participantes, encontra-se impresso em duas vias originais, rubricadas pelo pesquisador e pelo participante, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem – Campus Saúde UFMG e a outra será fornecida ao senhor (a).

As dúvidas poderão ser esclarecidas com a pesquisadora no momento da entrevista ou por intermédio dos seguintes contatos:

Pesquisadora responsável: Solange Cervinho Bicalho Godoy (coordenadora)

Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP 30.130-100 – Belo Horizonte – MG/Brasil.

Escola de Enfermagem – Campus Saúde UFMG – Fone: (31) 3409-8024. E-mail: solangecgodoy@gmail.com

Pesquisadora: Simone Maria de Almeida (mestranda)

Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – CEP 30.130-100 – Belo Horizonte – MG/Brasil

Escola de Enfermagem – Campus Saúde UFMG – Fone: (31) 991858428 – E-mail: sialmeida2005@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos desta pesquisa, consultar:

COEP-UFMG - Profa. Telma Campos Medeiros Lorentz

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar sala 2005 – Campus Pampulha - CEP: 31270-901 - Belo Horizonte – MG/Brasil

Tel.: (31) 3409-4592 - Celular institucional: 75370183 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

CONSENTIMENTO

Com as informações acima, eu _____, RG: _____, autorizo a utilização das gravações em áudio da entrevista para fins acadêmicos. Declaro que concordo em participar da pesquisa “**Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino**” e que fui informado(a) dos seus objetivos, métodos, riscos e benefícios de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, que a minha participação é voluntária e que posso desistir da abordagem mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa. Confirmando que recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todas as vias rubricadas por mim e pelos pesquisadores. Tive a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas junto ao pesquisador.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do (a) participante: _____

RG do participante: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Assinatura da pesquisadora (mestranda): _____

APÊNDICE D – RELATÓRIO TÉCNICO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Simone Maria de Almeida

RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO DA PESQUISA:
Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público
federal de ensino

Belo Horizonte

2020

Simone Maria de Almeida

RELATÓRIO TÉCNICO CIENTÍFICO DA PESQUISA:

Estratégias defensivas empregadas por chefias intermediárias de um hospital público
federal de ensino

Relatório Técnico-científico a ser apresentado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Solange Cervinho Bicalho Godoy

Belo Horizonte

2020

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo, descrever as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino. Para o cumprimento do objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos: identificar os efeitos da organização do trabalho; identificar as vivências de prazer e sofrimento; e identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino. Como base teórico-metodológica utilizou-se a psicodinâmica do trabalho proposta por Christophe Dejours. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, caracterizada como estudo de caso. Delimitou-se como cenário o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Os sujeitos da pesquisa foram as chefias intermediárias pertencentes à Gerência de Atenção à Saúde. Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: questionário semiestruturado; o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), validado por Ferreira e Mendes (2003); e entrevista semiestruturada, elaborada de acordo com as orientações do roteiro apresentado por Mendes (2007), que aborda quatro eixos temáticos: organização do trabalho; prazer e sofrimento provenientes do trabalho; formas de enfrentamento do sofrimento no trabalho; e os possíveis impactos sobre a saúde. O questionário foi respondido por meio físico e via formulário eletrônico, sendo que 23 chefes responderam o questionário e 12 participaram das entrevistas. Os dados dos obtidos com a aplicação do questionário físico foram digitados em uma planilha Excel (Microsoft Office) e agrupados àqueles dos formulários respondidos de forma online. Finalizada a etapa de digitação e organização, os dados foram exportados para o *software* estatístico SPSS (IBM), versão 24, para as análises estatísticas. Para o ITRA, por se tratar de escala validada, a análise foi feita de acordo com a metodologia descrita em Mendes e Ferreira (2007). As respostas das entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra utilizando a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS) proposta por Mendes (2007), inspirada e adaptada da análise de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin 2011. A análise das entrevistas foi realizada utilizando o *software* MAXQDA (<https://www.maxqda.com/brasil>) de análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa. Os resultados identificaram as seguintes estratégias defensivas individuais: conhecimento da instituição e sentimento de pertencimento, redimensionar a relevância dos problemas, estudar, fazer o que precisa ser feito, convívio familiar e atividade física. As estratégias coletivas identificadas foram a conversa, a motivação, o apoio e a oração em equipe, o *feedback* e o planejamento. Os efeitos da organização do trabalho sobre os profissionais tiveram uma avaliação de moderada a crítica e foram evidenciados por: pressão de prazos para cumprir tarefas, ritmo do trabalho excessivo, cobrança por resultados, fiscalização de desempenho, disputas profissionais, comunicação insatisfatória e falta integração no ambiente de trabalho. As vivências de prazer evidenciadas foram: a liberdade com a chefia para negociar o que precisa e orgulho pelo trabalho exercido. Os fatores de sofrimento evidenciados foram: esgotamento emocional, estresse, sobrecarga e falta de reconhecimento do desempenho. Foi evidenciado um risco de adoecimento classificado como de moderado a crítico. Os danos físicos evidenciados foram: alteração do sono, dores nas costas, dor de cabeça e dores no corpo. Este deste estudo apresenta uma necessidade de pensar em formas de organização do trabalho que minimizem o sofrimento e proporcione maiores vivências de prazer dos profissionais, uma vez que esses são o elo entre a direção as diversas categorias de trabalhadores e usuários.

Palavras-chave: Trabalho. Chefias intermediárias. Estratégias defensivas. Hospital público federal de ensino.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Grupos categóricos temáticos	150
Tabela 1 - Demonstrativo de chefias que participaram da pesquisa	142
Tabela 2 - Resultados do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) das chefias intermediárias pertencentes à Gerência de Atenção à Saúde (GAS)/HC, Belo Horizonte-MG, Brasil	149

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	159
2	OBJETIVOS	162
3	METODOLOGIA	162
3.1	Técnicas e instrumentos para coleta de dados	163
3.1.1	Questionário semiestruturado	163
3.1.2	Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA	163
3.1.3	Entrevista semiestruturada	165
3.2	Análise dos dados	166
3.2.1	Análise do questionário semiestruturado e ITRA	166
3.2.2	Análise das entrevistas	167
3.3	Aspectos éticos	167
4	RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	167
4.1	Questionário semiestruturado	167
4.2	Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)	168
4.3	Descrição e análise das entrevistas	169
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
	REFERÊNCIAS	176

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em hospitais tem características particulares e abrange várias situações-limite como vida/morte, saúde/doença que acabam influenciando no bem-estar da própria equipe de saúde, podendo gerar estresse e adoecimento. O hospital é considerado ambiente de trabalho complexo pelo fato de ser, ao mesmo tempo, centro de cuidado à vida e local de doença e morte (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004). Para Pitta (1990), o hospital é considerado ambiente de trabalho penoso e insalubre por lidar com o sofrimento, a dor, a doença e a morte humana. Além de riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, sendo comum o sofrimento psíquico diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos.

Estudos apontam a importância do papel dos hospitais por prestarem cuidados de saúde a inúmeras pessoas, além de serem, frequentemente, centros de ensino e pesquisa (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004). Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), o hospital é um equipamento de saúde complexo, permeado por interesses diversos, onde identidades profissionais são construídas. Atualmente, essas instituições passam por um processo de redefinição, tanto no setor público como no privado. Seu papel e seu lugar na produção do cuidado estão em debate, em busca da qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos, bem como as expectativas de gestores e usuários em relação ao hospital.

Feuerwerker e Cecílio (2007) afirmam que, sendo os hospitais instituições tão complexas inseridas nesse contexto atual de mudanças, sua gestão torna-se ainda mais desafiadora. Atualmente, o desafio da gerência hospitalar é coordenar adequadamente essa diversidade de especialidades de atos cuidadores individuais, a fim de resultar em um cuidado coordenado, eficaz e de qualidade. O processo de trabalho da área da saúde deve ser compreendido pelo gestor hospitalar, com o objetivo de atender as necessidades de recursos requeridos pelas equipes multiprofissionais. O gestor deve buscar a sinergia entre os profissionais de saúde, primando pelas melhores práticas, buscando transmitir confiança, ética e qualidade aos pacientes e funcionários.

Os hospitais de ensino correspondem a hospitais gerais e/ou especializados que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, de propriedade de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada ou, formalmente, conveniada a ela, segundo os termos da Portaria Interministerial MEC/MS nº1.000/2004, sendo responsáveis pela formação dos profissionais da saúde que atuarão tanto na rede básica como nos hospitais públicos e privados. Também prestam assistência a saúde de alta

complexidade e desenvolvem atividades de capacitação de recursos humanos, envolvendo, concomitantemente, ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, fato que exige dos hospitais de ensino, qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS. Estes hospitais são organizações estratégicas no sistema de saúde e referência em atendimentos de alta complexidade, por apresentarem elevada concentração tecnológica, profissionais especializados e equipamentos para procedimentos diagnósticos e terapêuticos (CALDAS, 2008).

Segundo Campos (2005), considerando a missão dos hospitais de ensino e seu perfil assistencial, torna-se necessário estabelecer indicadores, utilizar um planejamento estratégico situacional e, sobretudo, revisar organogramas e definir uma estrutura mais horizontalizada com a finalidade de alcançar resultados. Para o gerenciamento dessa organização, a função de chefia intermediária é responsável por mobilizar os profissionais para o alcance das metas institucionais, administrar os diversos conflitos de interesses bem como a falta ou insuficiência de recursos, além de responder às demandas de usuários e dos trabalhadores. Esse posto de trabalho exige muitas escolhas e ações, onde o chefe se vê limitado a tomar decisões, sendo que, nas instituições de saúde, uma decisão pode salvar ou não a vida de uma pessoa.

Weber e Grisci (2010) afirmam que as chefias intermediárias devem por característica de sua função, administrar com eficiência, estimular e liderar a equipe de trabalho atender as demandas, uma vez que são responsáveis pela execução dos projetos e do alcance das metas impostas. Esses profissionais são capacitados para exercer o controle, mas têm pouca ascensão sobre sua própria condição. As chefias intermediárias ocupam posição de gerência média no organograma, exercem cargo de confiança, são gratificadas, reportam-se a um gerente superior e são responsáveis por gerenciar uma determinada área e os trabalhadores que ali atuam. “A função de chefia é permeada pela complexidade do contexto hospitalar que, “paradoxalmente” ao seu produto (saúde), tem produzido condições potenciais de adoecimento de seus trabalhadores” (WEBER; GRISCI, 2010, p. 54).

Dejours (1999) explica que estes profissionais são levados a uma postura de individualismo, contando somente com suas próprias defesas, o que acarreta fragilidade psíquica. As chefias intermediárias não têm condições de transformar suas dificuldades em objeto de debate, de reflexão coletiva. Somado a esta questão, constata-se o medo de tornar visível suas dificuldades e que estas sejam atribuídas a incompetência.

O conflito gerado entre a organização do trabalho e funcionamento psíquico pode gerar sofrimento e, dessa condição, surgem estratégias defensivas que levam a transformação

e a eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os fazem sofrer. Como não conseguem vencer a rigidez das pressões organizacionais impostas, essas defesas as tornam suportáveis. Os trabalhadores deixam de ser passivos e se tornam agentes de uma atitude que minimiza a pressão patogênica. É uma operação mental que não modifica a realidade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

A psicodinâmica do trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours na década de 1980, propõe a normalidade como objeto de estudo, aborda o sofrimento e o prazer no trabalho. Do sofrimento surgem estratégias defensivas que amenizam, combatem e ocultam o sofrimento protegendo os trabalhadores dos efeitos nocivos à saúde mental. O trabalhador adapta a organização prescrita para a realização do trabalho às suas necessidades, tornando-as mais próximas do seu desejo. Quando essa adaptação chega ao seu limite, a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada dando início ao sofrimento e a luta contra ele (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Diante do exposto, a pergunta que norteia esta pesquisa é: quais estratégias defensivas são empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino?

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa contribui ao identificar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, as estratégias utilizadas para mediar esse sofrimento, a dinâmica do reconhecimento e o risco de adoecimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino, visto que pesquisas com essa população são escassas. Do ponto de vista organizacional, os dados coletados apresentam subsídios para a implementação de um modelo de gestão focado na saúde mental dos sujeitos e do coletivo de trabalho. Para a sociedade, a contribuição está na identificação e apresentação aos gestores de informações que permitam melhorar a forma de organização do trabalho das chefias intermediárias o que contribui diretamente para proporcionar melhor atendimento aos usuários.

Nesse contexto, desenvolver pesquisas que abordem as estratégias defensivas adotadas por profissionais que atuam nas chefias intermediárias de hospitais públicos universitários de ensino, é útil para melhor compreensão do desenvolvimento desta atividade, bem como os aspectos nela envolvidos. De acordo com Weber e Grisci (2010) “percebe-se que se trata de uma função permeada por uma complexidade que tem sido pouco explorada pelos estudos na área hospitalar”.

2 OBJETIVOS

Por objetivo geral propõem-se analisar as estratégias defensivas utilizadas por chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino. Para tanto, tem-se como objetivos específicos:

- Identificar os efeitos da organização do trabalho nas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino;
- Identificar as vivências de prazer e sofrimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino; e
- Identificar o risco de adoecimento provocado pelo trabalho nas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa de métodos mistos. Quanto aos fins, assume as características de uma pesquisa descritiva e quanto aos meios, um estudo de caso. Para a sua realização definiu-se como unidade de análise o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG).

Os sujeitos da pesquisa foram as chefias intermediárias pertencentes à Gerência de Atenção à Saúde (GAS) do HC-UFMG. Para a realização deste estudo foram considerados como critério de inclusão dos participantes: ocupar função de chefia intermediária da Gerência de Atenção à Saúde há no mínimo seis meses; pertencer ao vínculo Regime Jurídico Único (RJU) ou celetista (EBSERH); concordar em responder os instrumentos de coleta de dados utilizados na pesquisa; e não ser pesquisador do presente estudo. Foram elegíveis 31 profissionais, sendo que 23 deles participaram da pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1 - Demonstrativo de chefias que participaram da pesquisa

Função	Nº de Profissionais Elegíveis	Nº de Profissionais que responderam o questionário e o ITRA	%	Nº de profissionais que responderam as entrevistas
Chefe de Divisão	3	2	66,66	2
Chefe de Setor	4	4	100	2
Chefe de Unidade	24	17	70,83	7
Total	31	23	74,19	12

Fonte: Dados da pesquisa

3.1 Técnicas e instrumentos para coleta de dados

São apresentados a seguir as técnicas de coleta de dados e instrumentos utilizados para a coleta de dados: Questionário semiestruturado; Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA; e Entrevista semiestruturada.

3.1.1 Questionário semiestruturado

O Questionário semiestruturado, aborda informações quanto às variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, formação, pós-graduação em gestão, vínculo empregatício, função, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação na atual função e afastamento do trabalho por problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos seis meses e, quando ocorreu a última consulta na medicina do trabalho.

O questionário semiestruturado foi respondido por meio físico, após contato telefônico prévio entre a pesquisadora e o participante ou, via *e-mail*, mediante a formulário eletrônico elaborado no *Google Docs*. O questionário semiestruturado foi aplicado em participantes que atenderam os critérios de inclusão e foi respondido após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Questionário semiestruturado e ITRA. O período de aplicação do questionário foi entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

3.1.2 Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA

O Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) foi criado e validado por Ferreira e Mendes (2003), em pesquisa com 1.916 auditores da Federação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira. Foi adaptado e revalidado em 2004, publicado por Mendes e Col. em 2005 e, validado novamente em 2006, em uma pesquisa junto a 5.437 trabalhadores de empresas públicas federais do Distrito Federal (MENDES; FERREIRA, 2007).

O ITRA é composto por quatro escalas interdependentes para avaliar quatro dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento (MENDES; FERREIRA, 2007).

A primeira é a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), composta por três fatores:

1. Organização do trabalho: composto por 11 itens que investigam o modo como as tarefas são divididas e realizadas, bem como as normas, controle e ritmo de trabalho;

2. Condições de trabalho: composto por 10 itens que abordam a qualidade do ambiente físico, o posto de trabalho, bem como os equipamentos e os materiais disponíveis para que o trabalho seja executado; e

3. Relações socioprofissionais: composto por 10 itens que abordam a gestão do trabalho, a interação e a comunicação entre os profissionais.

Estes fatores são avaliados por uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de “Nunca” a “Sempre”.

A segunda, é a Escala de Avaliação do Custo Humano no trabalho (EACHT), constituída por três fatores:

1. Custo físico: composto por 10 itens que avaliam o dispêndio fisiológico e biomecânico que é exigido do trabalhador pelo contexto de trabalho;

2. Custo cognitivo: composto por 10 itens que investigam o empenho intelectual para a aprendizagem, a resolução de problemas e tomada de decisões no trabalho; e

3. Custo afetivo: composto por 12 itens que abordam o empenho emocional que se refletem nas reações afetivas, sentimentos e estados de humor do profissional.

Estes fatores são avaliados por uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de “Nunca” a “Totalmente exigido”.

A terceira, é a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), composta por quatro fatores, sendo que dois avaliam prazer e dois avaliam sofrimento.

São fatores indicadores de prazer:

1. Realização profissional: composto por nove itens que versam sobre a vivência da gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho; e

2. Liberdade de Expressão: composto por oito itens que abordam a liberdade de pensamento, organização e expressão sobre o seu trabalho.

São fatores indicadores de sofrimento:

1. Esgotamento Profissional: composto por sete itens, que investigam a vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho; e

2. Falta de Reconhecimento: composto por oito itens, que abordam a vivência da injustiça, indignação e desvalorização relacionadas ao não reconhecimento do trabalho.

Estes fatores são avaliados por uma escala *Likert* de 7 pontos, variando de “Nenhuma vez” a “Seis ou mais vezes”.

A quarta, é a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) composta por três fatores:

1. Danos físicos: composto por 12 itens que abordam dores no corpo e distúrbios biológicos;
2. Danos psicológicos: composto por 10 itens que investigam os sentimentos negativos a si mesmo e a vida; e
3. Danos sociais: composto por sete itens, que tem como tema o isolamento e as dificuldades relacionais (familiares e sociais).

Estes fatores são avaliados por uma escala *Likert* de 7 pontos, variando de “Nenhuma vez” a “Seis vezes”.

O ITRA foi respondido por meio físico, após contato telefônico prévio entre a pesquisadora e o participante, via *e-mail* ou mediante a formulário eletrônico elaborado no *Google Docs*. O ITRA foi respondido após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Questionário semiestruturado e ITRA. O período da aplicação do ITRA foi entre os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

3.1.3 Entrevista semiestruturada

Para Gil (2008), a entrevista é uma forma de interação social, de diálogo assimétrico, uma das partes é a coleta dados e, a outra, é a fonte de informação. Consiste em uma das técnicas de coleta de dados mais utilizada no âmbito das Ciências Sociais, também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação. “Pode-se afirmar que parte importante do desenvolvimento das ciências sociais nas últimas décadas foi obtida graças à sua aplicação” (GIL, 2008, p.109). A entrevista semiestruturada foi elaborada utilizando as orientações do roteiro apresentado por Mendes (2007), que aborda os quatro eixos temáticos: organização do trabalho; prazer e sofrimento provenientes do trabalho; formas de enfrentamento do sofrimento no trabalho; e os possíveis impactos sobre a saúde.

Foi realizado o convite e o agendamento para a participação do estudo por meio de contato telefônico com os participantes. Não houve nenhuma recusa. O critério utilizado foi o de acessibilidade e voluntariado.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, de forma individual, com data e horário previamente agendados entre a pesquisadora e o participante, em local reservado nas dependências do HC-UFMG e preservando a manutenção do sigilo das declarações.

As respostas das entrevistas foram gravadas em áudio, posteriormente transcritas na íntegra. Após participarem da entrevista os chefes responderam o questionário

semiestruturado e o ITRA. Essa ordem foi seguida para evitar que os chefes fossem sugestionados pelas questões do ITRA ao participarem da entrevista. Todos os profissionais que participaram da entrevista responderam o questionário semiestruturado e o ITRA.

3.2 Análise dos dados

Tendo como pergunta de pesquisa “quais as estratégias defensivas empregadas pelas chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino”, os dados foram coletados entre as chefias intermediárias da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Para tal, foram aplicados e analisados os três instrumentos de coleta de dados conforme demonstrado a seguir.

3.2.1 Análise do questionário semiestruturado e ITRA

Entre os meses de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, 23 chefias intermediárias responderam o questionário semiestruturado e o ITRA, seis chefes responderam via *on-line* e, 17 chefes, responderam por meio físico. Esses números correspondem a 74,19% da população elegível, 31 chefias.

O primeiro instrumento, questionário semiestruturado composto por 11 questões, traz dados do perfil dos respondentes, tais como: sexo, idade, tempo de trabalho na instituição e tempo de chefia, entre outros.

Os dados dos questionários físicos foram digitados em uma planilha *Excel (Microsoft Office)* e agrupados aos dos formulários respondidos de forma *on-line*. Finalizada a etapa de digitação e organização, os dados foram exportados para o *software* estatístico SPSS (IBM), versão 24, para as análises estatísticas.

O segundo instrumento, Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), por se tratar de escala validada, a análise foi feita de acordo com a metodologia descrita em Mendes e Ferreira (2007) demonstrada na seção a seguir.

3.2.2 Análise das entrevistas

Para a análise e a interpretação dos dados das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011), que procura analisar e compreender os conteúdos apresentados nos discursos. A técnica divide-se em três fases de análise: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Segundo Bardin (2011, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”

As respostas das entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra utilizando a técnica de Análise dos Núcleos de Sentido (ANS) proposta por Mendes (2007), inspirada e adaptada da análise de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (2011).

3.3 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido a análise e parecer das seguintes áreas: Câmara Departamental da Escola de Enfermagem da UFMG; Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG; Gerência de Atenção à Saúde do HC-UFMG; Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Todos os participantes foram esclarecidos a respeito dos objetivos, riscos, benefícios e prováveis desconfortos causados pela participação na pesquisa. A participação foi voluntária e os convidados foram orientados que poderiam recusar ou desistir a qualquer momento de participar do estudo sem nenhum prejuízo aos mesmos. Foi garantido ao participante o anonimato e sigilo absoluto, a preservação dos dados e sua confidencialidade. Nenhum dado será divulgado que permita identificar o participante.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Questionário semiestruturado

O questionário semiestruturado foi respondido por 23 chefias intermediárias pertencentes à GAS. Entre os profissionais que participaram da pesquisa, predominaram: os profissionais do sexo feminino (78,3%); com 46,7 anos de idade em média; casado(a) ou em união estável (65,2%); com grau de escolarização em nível de especialização (43,5%); pós-

graduação na área de gestão (73,9%); vínculo empregatício na EBSERH (52,2%); que trabalham na instituição, em média, há 16,6 anos; e exercem cargo de chefia, há 7,1 anos, além de não terem tido nenhum afastamento do trabalho por problema de saúde relacionado ao trabalho nos últimos seis meses (87,0%).

Sobre a última consulta na medicina do trabalho; 56,5% (13 profissionais) afirmaram que consultaram com o médico do trabalho há menos de um ano, sendo que desses, sete, apontaram o exame periódico como o motivo para a consulta; dois apontaram o motivo com controle ou consulta de rotina; dois apontaram outros motivos (infecção e procedimento cirúrgico); dois, não identificaram o motivo. Entre os que se afastaram há entre um e três anos, os motivos citados foram amigdalite, licença maternidade e conjuntivite. Os trabalhadores que se afastaram há mais de três anos, afirmaram não se lembrarem do motivo do afastamento

O tempo máximo de trabalho na instituição foi de 40 anos e, o mínimo, de um ano. Em relação ao tempo que o profissional ocupa cargo de chefia na instituição, o máximo observado foi de 37 anos e, o mínimo, de um ano. O estudo do *boxplot* realizado na pesquisa apontou dois valores extremos no tempo de chefia, isso porque, dos 23 respondentes da pesquisa, 21 ocupam cargos de chefia entre um e 11 anos e, apenas dois, ocupam cargo de chefias por mais de 30 anos.

4.2 Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)

A Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT), foi avaliada como moderada, crítico em seus três fatores: Organização do trabalho, Relações socioprofissionais e Condições de trabalho.

A Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), foi avaliada como moderada, crítico nos fatores: Custo afetivo e Custo cognitivo”. Ela teve avaliação positiva, satisfatório para o fator Custo físico.

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), foi avaliada como positiva, satisfatória nos fatores Liberdade de expressão, Realização profissional e Falta de reconhecimento”. Teve avaliação moderada crítico, para o fator Esgotamento profissional.

A Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), foi avaliada como moderada crítica, para o fator Danos físicos” e, positiva, suportável para Danos sociais e Danos psicológicos” (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultados do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) das chefias intermediárias pertencentes à Gerência de Atenção a Saúde (GAS) /HC, Belo Horizonte-MG, Brasil.

Escola	Fatores	Média	Desvio-padrão	Alfa de Cronbach	Nível
EACT	Organização do Trabalho	3,68	0,51	0,79	Avaliação mais moderada, crítico
	Relações Socioprofissionais	2,87	0,71	0,89	Avaliação mais moderada, crítico
	Condições de Trabalho	2,67	0,95	0,94	Avaliação mais moderada, crítico
ECHT	Custo Afetivo	3,12	0,66	0,86	Avaliação mais moderada, crítico
	Custo Cognitivo	4,33	0,66	0,91	Avaliação mais moderada, crítico
	Custo Físico	2,20	0,63	0,78	Avaliação mais positiva, satisfatório
EIPST	Liberdade de Expressão	4,42	1,49	0,93	Avaliação mais positiva, satisfatório
	Realização Profissional	4,17	1,51	0,95	Avaliação mais positiva, satisfatório
	Esgotamento Profissional Falta de Reconhecimento	3,24 1,77	2,03 1,80	0,96 0,95	Avaliação moderada, crítico Avaliação menos negativa, satisfatório
EADRT	Danos Físicos	2,12	1,61	0,93	Avaliação moderada, crítico
	Danos Sociais	1,83	1,81	0,95	Avaliação mais positiva, suportável
	Danos Psicológicos	1,62	1,76	0,96	Avaliação mais positiva, suportável

Fonte: Dados da pesquisa

4.3 Descrição e análise das entrevistas

Na análise qualitativa, segundo Bardin (2011), a etapa de categorização conduz a classificação de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero. Nesta pesquisa, esta etapa apresentou quatro categoriais temáticas descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Grupos categóricos temáticos

Categorias	Conceitos
O sofrimento construído <i>por</i> e <i>em</i> um modus de trabalho	Os profissionais relatam o quanto as formas de trabalho interferem no andamento de coisas simples e complexas no trabalho, dificultando os processos e causando sofrimento. Relações do prescrito com o real.
O sofrimento externado nos corpos	Sinais informados pelos participantes em seus corpos sejam em forma biológica (infecções etc.) ou mental (depressão, frustração, tristeza etc.).
A busca pela integridade da saúde física e emocional	As estratégias utilizadas pelos profissionais para manterem a sua própria saúde (mental e física).
O prazer e o valor <i>do</i> e <i>no</i> trabalho	Quando os chefes se sentem úteis e valorizados por terem conseguido superar os desafios no trabalho; por serem valorizados financeiramente; por conseguirem apoio ou elogios dos pares.

Fonte: Dados da pesquisa

Categoria 1: o sofrimento construído *por* e *em* um modus de trabalho

Os resultados da Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) do ITRA vêm ao encontro aos relatos das entrevistas, em que os profissionais enfatizam a sobrecarga, o ritmo de trabalho intenso e sob pressão de tempo. Deixaram transparecer em seus relatos a forte cobrança por resultados, o medo da incompetência e do não reconhecimento. Por intermédio de seus depoimentos os profissionais evidenciaram a falta de retorno dos superiores a respeito do trabalho desempenhado, não há *feedback* satisfatório, o que causa insegurança e insatisfação. Habitualmente, o *feedback* só é dado durante a avaliação de desempenho que acontece anualmente. Há fragilidade na comunicação e integração entre os profissionais. Foi evidenciado o clima de competição entre os trabalhadores em relação a realização de algumas atividades, em que relataram a valorização de alguns profissionais e a não valorização de outros em relação as atividades desenvolvidas.

A falta de recursos humanos suficientes para a realização das atividades, a realização de tarefas operacionais em detrimento das atividades estratégicas e a descontinuidade das tarefas também estiveram presentes nos depoimentos. A mudança recente no organograma surgiu nos relatos em que os profissionais apontam a falta de diretrizes para os novos postos de trabalho. Houve o relato da rigidez das normas decorrentes de órgãos fiscalizadores (inerentes a atividade fim).

Primeiro, assim, uma pressão enorme no dia a dia. Eu me sinto, às vezes, sendo cobrada ou requerendo de mim algo sobre-humano. Às vezes, eu fico pensando assim, "puxa, será que eu sou uma máquina?" Eu tenho essa sensação de que você tem que se superar o tempo inteiro e, isso, é demandado, uns dos outros, né? Essa sobrecarga, esse dinamismo, essa necessidade de fazer coisas. Chefe_07

Conforme Dejours (2013, p. 11) “O trabalho real é sempre muito mais rico e diversificado do que aquilo que os organizadores/mentores do trabalho prescrito conseguem prever.”

As exigências que o trabalhador enfrenta no seu cotidiano, o torna mais suscetível a manifestar diversas formas de conflitos psíquicos associados à banalização da injustiça social e ao individualismo contemporâneo. Este sujeito sofre com a dissociação entre atividade e gestão da atividade, que é sustentada pela organização do trabalho, ao definir as tarefas e a preparação do trabalho, separando a função organizadora da atividade de trabalho.

Categoria 2: o sofrimento externado nos corpos

Nesta categoria ficam evidenciados os sinais informados pelos participantes em seus corpos, sejam em forma biológica (infecções etc.) ou mental (depressão, frustração, tristeza etc.).

Essa categoria evidenciou os principais danos físicos relacionados a organização do trabalho para estes entrevistados. Há sinais de adoecimento em função da carga excessiva de trabalho, jornadas longas, cobrança por resultados, falta de infraestrutura adequada para a realização das tarefas. Eles relataram dores de cabeça, insônia, fadiga, estresse, ansiedade e aumento de ocorrência de infecções entre outros danos físicos e psicossociais ocasionados pela organização do trabalho.

No começo, logo que eu assumi a chefia, isso era mais angustiante. Você querer fazer um monte de coisa e ver que não é assim, não dá pra ser desse jeito, tem que ser desse outro jeito, demanda esse tempo, o prazo é esse, era muito mais angustiante [...]. Chefe_05

As vivências de sofrimento podem se expressar pelos males causados no corpo, na mente e nas relações socioprofissionais; portanto, as suas causas advêm do contexto de trabalho. O sofrimento pode constituir um indicador de saúde, pois, para além de ser uma vivência de afetos dolorosos, é um mobilizador para as mudanças das situações que fazem sofrer, quando é ressignificado pelo uso eficaz de estratégias de mediação oportunizadas por determinado contexto de trabalho (DEJOURS, MENDES, 2007).

Os depoimentos corroboram com o resultado da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) do ITRA. Para o Fator Danos físicos as maiores médias foram observadas nos itens “Alteração de sono”, “Dores nas costas” e “Dor de cabeça”.

Os relatos vêm ao encontro aos resultados do Fator Danos sociais (EADRT), em que as maiores médias foram observadas nos itens “Impaciência com as pessoas em geral”, “Vontade de ficar sozinho” e “Conflitos nas relações familiares”. Quanto ao fator Danos psicológicos, as maiores médias foram “Irritação com tudo”, “Solidão”, “Tristeza” e “Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas”.

Categoria 3: a busca pela integridade da saúde física e emocional

Esta categoria traz as estratégias defensivas utilizadas pelos profissionais para manterem a sua própria saúde (mental e física).

Foram relatadas estratégias coletivas como conversa e motivação da equipe, o apoio em equipe, oração em equipe, *feedback* e planejamento.

Eu acho que é aquilo que eu te falei, aqui dentro a gente se apoia. Então, quando alguém não tá bem, né? Quando a gente tá numa situação assim... A gente desabafa entre nós, né? É o grupo que me... eles se apoiam muito na gente, com as dificuldades que eles têm lá. Eles vêm pra cá. Eles choram é aqui. Eles reclamam é aqui. É a gente que ajuda eles a resolverem os conflitos mais intensos, orienta e dá colo, dá palavra de ânimo e, eles, também. Às vezes, dão pra gente quando acontece alguma coisa [...]. Chefe_10

Por estratégias individuais, foram evidenciadas: a prática de atividade física; o convívio familiar; estudar; redimensionar a relevância dos problemas; conhecimento da instituição; e sentimento de pertencimento.

Eu pratico esporte. Estou praticando muito esporte. Faço academia duas vezes por semana e tento correr três vezes por semana. (Enfrentamento com relação a perda de sono por conta do trabalho). Chefe_03

Outras defesas que apareceram nos relatos foram o individualismo e a servidão voluntária, que podem produzir subjetividades narcisistas e levar os gestores a agirem por meio da opressão e o domínio. Os resultados demonstram um aspecto individualista, as chefias intermediárias parecem não formar um coletivo.

Dejours (1992) afirma que nenhum trabalhador como nenhum outro homem está salvo de uma explosão de angústia, alguns trabalhadores precisam de remédios para dormir e para se aguentarem durante a jornada de trabalho, hipnóticos e ansiolíticos são largamente consumidos, pouco a pouco a vida do trabalhador é atravessada pela ansiedade causada pelo trabalho que submete a vida psíquica dos trabalhadores a duras provas.

Categoria 4: O prazer e o valor *do e no* trabalho

Quando os chefes se sentem úteis e valorizados por terem conseguido superar os desafios no trabalho, por serem valorizados financeiramente, por conseguirem apoio ou elogios dos pares.

[...] eu considero o meu trabalho importante e eu me sinto valorizada mais pelos meus pares. Meus outros colegas, que são chefes de unidades, é que eu vejo dar um apoio. Eu vejo valorização de pessoas até inesperadas, de outros setores que chegam e falam: “Ah, bacana! Você tá aqui, legal e tal”. [...] eu acho que o salário é legal. Acho que é uma valorização financeira. Chefe_02

Os discursos demonstraram que o sentimento de valorização dos profissionais está ligado ao reconhecimento pelos pares, pela chefia e pelo salário. O reconhecimento fortalece a identidade, a sanidade e o bem-estar no trabalho. Sobre a dinâmica do reconhecimento, Mendes (2007 p. 44) afirma se tratar do “processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida efetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo”.

O resultado da Escala de Indicadores de Prazer - Sofrimento no Trabalho (EIPST) do ITRA, em seu fator de prazer Realização profissional, evidenciou a maior média no item “Orgulho pelo que faço”, este é um fator de avaliação do prazer e de, forma geral, teve uma avaliação positiva pelos respondentes. O fator de prazer Liberdade de expressão, foi avaliado como positivo, satisfatório pelos respondentes e considerando os itens que o compõem, a melhor avaliação foi para “Liberdade com a chefia para negociar o que precisa”

Os resultados da EIPST são confirmados pelas declarações dos profissionais: dos 12 chefes que responderam as entrevistas cinco afirmaram que seu trabalho é importante; seis se sentem reconhecidos pelos seus chefes e/ou pares; e dois relataram não se sentirem reconhecidos.

O fator de sofrimento Esgotamento profissional foi classificado como moderado crítico. Os itens com avaliação mais negativa foram “esgotamento emocional”, “estresse” e “sobrecarga”, corroborando com os relatos das entrevistas.

O fator de sofrimento Falta de reconhecimento foi considerado satisfatório, vindo ao encontro dos achados das entrevistas.

Os fatores da EIPST apontaram para a coexistência de vivências de prazer e de sofrimento no ambiente de trabalho, as quais devem ser administradas pelos indivíduos para evitar o adoecimento mental. Se o trabalhador é visto como agente transformador de sua realidade no ambiente organizacional, ele precisa de um canal de comunicação na organização, que seja aberto, possibilitando um espaço de discussão e de negociação das

exigências dos trabalhadores frente às atividades prescritas e as pressões e imposições do trabalho, que são geradoras de instabilidade psicológica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa contribui ao demonstrar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, as estratégias utilizadas para mediar esse sofrimento, a dinâmica do reconhecimento e o risco de adoecimento das chefias intermediárias de um hospital público federal de ensino, visto que pesquisas com essa população são escassas. Do ponto de vista organizacional, os dados coletados apresentam subsídios para a implementação de um modelo de gestão focado na saúde mental dos sujeitos e do coletivo de trabalho. Para a sociedade, a contribuição está na identificação e apresentação para os gestores de informações que permitam melhorar a forma de organização do trabalho das chefias intermediárias, o que contribui diretamente para o melhor atendimento à população.

As estratégias defensivas foram melhor evidenciadas nas entrevistas com os participantes, pois, na análise quantitativa, o “desenvolvimento de macetes” não foi evidenciado como fator crítico. Foram relatadas estratégias coletivas como conversa e motivação da equipe; o apoio em equipe, oração em equipe, *feedback* e planejamento. Como estratégias individuais foram evidenciadas: a prática de atividade física, o convívio familiar, estudar, redimensionar a relevância dos problemas, conhecimento da instituição e sentimento de pertencimento. Outras defesas que apareceram nos relatos foram o individualismo e a servidão voluntária, que podem produzir subjetividades narcisistas e levar os gestores a agirem por meio da opressão e o domínio. Os resultados demonstram um aspecto individualista, as chefias intermediárias parecem não formar um coletivo.

Quanto aos efeitos da organização do trabalho foi evidenciado sobrecarga de trabalho, cobrança por resultados, falta de *feedback*, deficiência de recursos humanos, disputas profissionais no local de trabalho, comunicação insatisfatória, falta integração no ambiente de trabalho. Destaca-se a sobrecarga de trabalho e a necessidade da ampliação do número de profissionais. O ritmo de trabalho é excessivo e os profissionais estão no limite de suas capacidades. A competição, mesmo que velada, existe entre as chefias e não foi evidenciada uma mobilização na categoria. Nesse sentido, fica evidente que a atual forma de organização do trabalho tem gerado a incidência de vivências de sofrimento.

Outro fator que pode originar sofrimento aos trabalhadores sob análise está no fato de a chefia ter de conviver com a necessidade de dedicar-se às tarefas internas ao seu setor de

trabalho, normalmente, de grande responsabilidade e, de realizar as atividades operacionais pela falta de profissionais. Com isso, não consegue realizar as atividades estratégicas, de alinhamento de desempenho e de tomada de decisões. Considerando ainda que tal fato não exime a chefia de responder pelas incapacidades da exatidão de seus planejamentos.

No que se refere as vivências de prazer no trabalho das chefias, foi evidenciado que o sentimento de valorização dos profissionais está ligado ao reconhecimento pelos pares, pela chefia e pelo salário. O fato de os profissionais terem liberdade para desenvolver suas tarefas e liberdade com a chefia para negociar o que precisa, demonstra uma flexibilidade na organização do trabalho para a realização das tarefas.

Quanto as vivências de sofrimento, foram evidenciadas o esgotamento emocional, o estresse, a sobrecarga e a constante necessidade de rearranjos nas formas de trabalho para conseguirem realizar as tarefas.

Observou-se o risco de adoecimento dos profissionais. A dor associada a pressão, a cobranças, a carga horária excessiva. Perda de sono, dores no corpo, enxaqueca e estresse foram os que apareceram com maior frequência. O aumento da frequência de infecções, gastrite, mau humor, cansaço, irritabilidade, impaciência, tristeza, uso de ansiolíticos e antidepressivo. Os participantes ainda não estão adoecidos, mas já apresentam manifestações que sugerem, em breve, danos à saúde física e mental, de acordo com a literatura utilizada.

O HC-UFMG oferece atendimento psicológico para os profissionais. O profissional interessado no atendimento, entra em contato pessoalmente ou por telefone para realizar o agendamento. Há também o Projeto de Extensão Atenção à Saúde do Trabalhador: Cuidando de quem cuida com as Práticas Integrativas e Complementares. O projeto oferece o uso das Práticas Integrativas e Complementares aos profissionais do HC-UFMG, incentivando novas possibilidades de cuidado em saúde e buscando reduzir o sofrimento emocional, psíquico e espiritual daqueles que atuam na área administrativa e assistencial. O projeto oferece Reiki, Auriculoterapia, *Tui na*, *Calatonia*, *Tai chi chuan* e Aromaterapia.

Diante do exposto, pode-se pensar em formas de organização do trabalho que minimizem o sofrimento desses profissionais e proporcione maiores vivências de prazer, uma vez que esses profissionais são o elo entre a direção as diversas categorias de trabalhadores e usuários. São eles que desenvolvem estratégias para a melhoria da assistência, o que implica diretamente na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Espera-se que os resultados aqui apresentados possam servir de base para ressignificações no ambiente de trabalho para a saúde do trabalhador.

Como apontamentos que a pesquisa favoreceu, recomenda-se:

- . Promover e Incentivar ações para a melhoria da comunicação efetiva entre as equipes;
- . Adquirir um sistema de informações que possibilite a realização das atividades de forma mais ágil e fidedigna;
- . Divulgar amplamente e incentivar os profissionais a participarem do projeto Atenção à Saúde do Trabalhador: Cuidando de quem cuida com as Práticas Integrativas e Complementares;
- . Divulgar amplamente o atendimento psicológico oferecido pelo SOST.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019

CALDAS, B. N. **O papel do dirigente hospitalar: a percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior**. 2008. 141f. Dissertação (Mestrado em administração) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2244/61060100585.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

DEJOURS, C. **A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade**. In: MENDES, A. C.; CRUZ, S. C.; FACAS, E. P. (Org.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007.

_____. A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/243253326/SUBLIMACAO-ENTRE-SOFRIMENTO-E-PRAZER-NO-TRABALHO-pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

_____.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: _____. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-142.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar já fico de mau humor: atividade de atendimento público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 93-104, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2001000100010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 jan. 2020

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, A. M. **Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NATIVIDADE, P. C. S. **Contribuições das práticas integrativas e complementares em saúde para a qualidade de vida dos trabalhadores**. 2020. 154 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

_____.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre trabalho e risco de adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: _____. **Psicodinâmica do trabalho: teoria métodos e pesquisa**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 111-126.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 204-211, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 abr. 2019.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 53-70, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2019.

SELIGMANN-SILVA, E. Introdução: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 13-19.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias Intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 53-70, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2019.