

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



TESE DE DOUTORADO

**MUDANÇAS ESTRUTURAIS, CONDIÇÕES DE TRABALHO E RISCOS  
PSICOSSOCIAIS EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Geraldo Majela Garcia Primo

ORIENTADORA  
Livia de Oliveira Borges  
2018

GERALDO MAJELA GARCIA PRIMO

**MUDANÇAS ESTRUTURAIS, CONDIÇÕES DE TRABALHO E RISCOS  
PSICOSSOCIAIS EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em  
Psicologia pela Faculdade de Filosofia e Ciências  
Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais –  
Brasil  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Livia de Oliveira Borges

**Belo Horizonte**

**2018**

**Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que a fonte seja citada.**

Ficha catalográfica:

150  
P953m  
2018

Primo, Geraldo Majela Garcia.

Mudanças estruturais, condições de trabalho e risco psicossocial em um hospital público universitário [manuscrito] / Geraldo Majela Garcia Primo. - 2018.

184 f.: il.

Orientadora: Livia de Oliveira Borges.

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

Inclui bibliografia

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



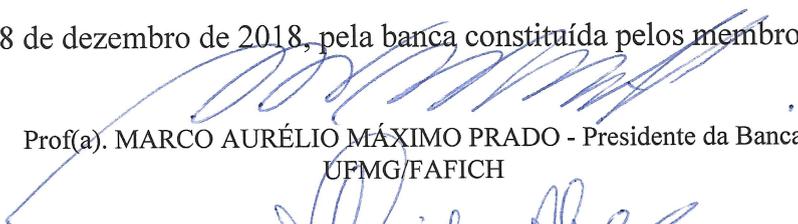
## FOLHA DE APROVAÇÃO

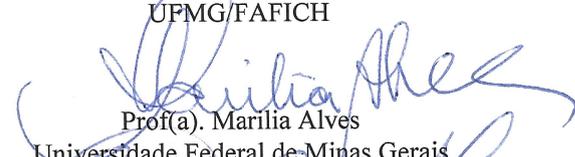
**Mudanças estruturais, condições de trabalho e riscos psicossociais em um hospital público universitário**

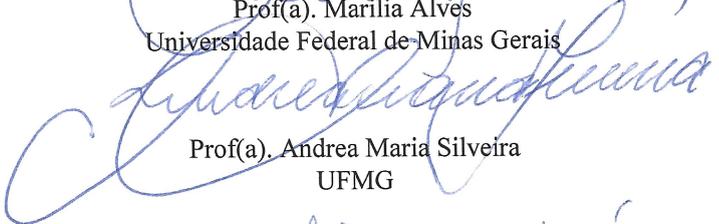
### GERALDO MAJELA GARCIA PRIMO

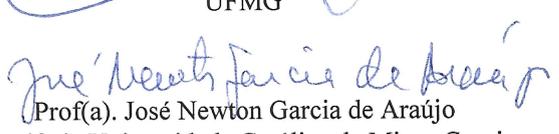
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

Aprovada em 18 de dezembro de 2018, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). MARCO AURÉLIO MÁXIMO PRADO - Presidente da Banca  
UFMG/FAFICH

  
Prof(a). Marília Alves  
Universidade Federal de Minas Gerais

  
Prof(a). Andrea Maria Silveira  
UFMG

  
Prof(a). José Newton Garcia de Araújo  
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

  
Prof(a). João Leite Ferreira Neto  
PUC-Minas

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2018.

*Ao meu pai, Maury, que um dia sonhou com um futuro  
melhor para sua família. Abriu mão daquilo que  
gostava, para vir para a cidade.  
Espero que, onde esteja, tenha orgulho de seu filho!*

## *Agradecimentos*

*Agradeço inicialmente à professora Livia, minha orientadora. Que tão bem me recebeu e conduziu. Soube ensinar, estimular e exigir nos momentos certos. Exemplo de competência e dedicação, meu sincero reconhecimento e agradecimento.*

*Aos colegas do Laboratório de Estudos em Trabalho, Sociabilidade e Saúde, onde tive a oportunidade de acompanhar de conviver com colegas, empenhados nos seus projetos e cooperativos proporcionaram um ambiente de aprendizado e crescimento coletivo. Especialmente às alunas de iniciação científica que me acompanharam nesse projeto: Hilcéia e Jéssica.*

*Ao Programa de Pós-Graduação, com seus professores e funcionários, comprometidos com o bom funcionamento do programa. O convívio com professores e colegas, com discussões profícuas, proporcionaram momentos de reflexões e aprendizados. Especialmente, agradeço aos professores Ingrid, Ariane, Vanessa, Maycoln e Cláudia Mayorga.*

*Ao Hospital das Clínicas, onde certamente passei a maior parte de minha vida. Onde aprendi a trabalhar e, sobretudo, respeitar a vida. Aos trabalhadores do Hospital, exemplos diários de cidadania e superação das adversidades.*

*Aos colegas da Divisão de Gestão de Pessoas, pelo convívio sempre alegre e proveitoso, e pela compreensão e apoio, nesses anos: Joyce, Rosane, Rita e Raphaella, Beth, Camila, e tantos outros...*

*Aos amigos e parceiros de sempre: Eliane, Guilherme e Renata.*

*Às minhas filhas, Marcela e Anelise, inspiração para sempre prosseguir.*

*Márcia, companheira em todos esses anos, sempre acreditou em mim e me impulsionou.*

*Meus irmãos, Eustáquio, Francisca, Maria das Graças, Helena, Luciana, Haroldo e Andréa. Nossa união me fortalece sempre.*

*Ao meu querido irmão, João Marcos, que subitamente nos deixou. Muitas saudades. Seu exemplo de trabalho e amor, estará sempre presente.*

*Minha mãe, Tracema. Mulher forte. Esteio da família, que demonstrou que o amor não se divide, mas se multiplica. Eternas saudades!*

*“Os homens fazem sua própria história, mas eles não a fazem de sua própria iniciativa, nem das condições escolhidas por eles mesmos, mas, sim, nas condições que eles encontram diretamente, e que lhes são dadas e transmitidas.”*

*Karl Marx*

*“Serras que se vão saindo para destapar outras serras. Tem todas as coisas. Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais, é só fazer outras maiores perguntas.”*

*Guimarães Rosa.*

## LISTA DE FIGURAS

Pag.

**Figura 1**

*Estrutura Geral do Questionário de Condições de Trabalho*

**64**

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> <i>Hospital das Clínicas da UFMG - Pessoal por vínculo - 2013 a 2017</i>	<b>71</b>
<b>Gráfico 2</b> <i>Fator 1: Exigências, Contradições e Condições Materiais de acordo ao tipo de cargo</i>	<b>81</b>
<b>Gráfico 3</b> <i>Fator 2: Comunicação, Desafio e Participação e tipos de cargo</i>	<b>84</b>
<b>Gráfico 4</b> <i>Fator 3: Suporte e Planejamento por tipo de cargo</i>	<b>87</b>
<b>Gráfico 5</b> <i>Distribuição da amostra para Fatores da Equação Equilíbrio Esforço-Recompensa</i>	<b>95</b>
<b>Gráfico 6</b> <i>Relação entre fatores secundários e Equilíbrio Esforço-Recompensa</i>	<b>98</b>
<b>Gráfico 7</b> <i>Relação entre Fator 1(Exigências, Contradições e Condições Materiais) e quartis dos fatores do Equilíbrio Esforço-Recompensa</i>	<b>99</b>
<b>Gráfico 8</b> <i>Relação entre Fator 2(Comunicação, Desafio e Participação) e quartis dos fatores do Equilíbrio Esforço-Recompensa</i>	<b>100</b>
<b>Gráfico 9</b> <i>Relação entre Fator 3(Suporte e Planejamento) e quartis dos fatores do Equilíbrio Esforço-Recompensa</i>	<b>101</b>

## LISTA DE TABELAS

	<b>Pagina</b>
<b>Tabela 1</b> <i>As grandes categorias das condições de trabalho</i>	<b>44</b>
<b>Tabela 2</b> <i>Quadro de pessoal estável – Hospital das Clínicas UFMG – dezembro de 2017</i>	<b>60</b>
<b>Tabela 3</b> <i>Distribuição da amostra de acordo com características do perfil sociodemográfico</i>	<b>61</b>
<b>Tabela 4</b> <i>Fatores do Questionário de Condições de Trabalho (QCT)</i>	<b>65</b>
<b>Tabela 5</b> <i>Análise fatorial do Questionário Equilíbrio Esforço-Recompensa (22 afirmativas)</i>	<b>67</b>
<b>Tabela 6</b> <i>Distribuição da amostra de acordo com os aspectos contratuais e jurídicos</i>	<b>75</b>
<b>Tabela 7</b> <i>Condições de trabalho: distribuição dos fatores primários e secundários</i>	<b>77</b>
<b>Tabela 8</b> <i>Fatores secundários de condições de trabalho e correlação com idade e tempo de hospital</i>	<b>78</b>
<b>Tabela 9</b> <i>Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais) por características sociodemográficas</i>	<b>79</b>
<b>Tabela 10</b> <i>Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais) por aspectos contratuais e jurídicos</i>	<b>80</b>
<b>Tabela 11</b> <i>Fator 2 (Comunicação, Desafio e Participação) por variáveis sociodemográficas</i>	<b>82</b>
<b>Tabela 12</b> <i>Fator 2 (Comunicação, Desafio e Participação) por aspectos contratuais e jurídicos</i>	<b>83</b>

<b>Tabela 13</b>	<b>85</b>
<i>Fator 3(Suporte e Planejamento) e variáveis sociodemográficas</i>	
<b>Tabela 14</b>	<b>86</b>
<i>Fator 3(Suporte e Planejamento) por aspectos contratuais e jurídicos</i>	
<b>Tabela 15</b>	<b>88</b>
<i>Fatores primários e condições sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>	
<b>Tabela 16</b>	<b>89</b>
<i>Medidas estatísticas para fatores do Equilíbrio Esforço-recompensa</i>	
<b>Tabela 17</b>	<b>90</b>
<i>Correlações dos Fatores de Equilíbrio Esforço-Recompensa com a idade e o tempo de Hospital</i>	
<b>Tabela 18</b>	<b>91</b>
<i>Equilíbrio Esforço-recompensa por variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>	
<b>Tabela 19</b>	<b>92</b>
<i>Fator Recompensa por variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>	
<b>Tabela 20</b>	<b>93</b>
<i>Fator Esforço Extrínseco por variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>	
<b>Tabela 21</b>	<b>94</b>
<i>Fator Esforço Intrínseco (Superdedicação) por variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>	
<b>Tabela 22</b>	<b>97</b>
<i>Análise de Regressão entre fatores secundários das condições de trabalho e Equilíbrio Esforço-Recompensa</i>	

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AFC	Análise fatorial confirmatória
AFE	Análise fatorial exploratória
AGU	Advocacia Geral da União
ANDES-NS	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
BM	Banco Mundial
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COPSOQ	<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i>
DP	Desvio Padrão
Ebserh	Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares
EEX	Fator Esforço Extrínseco
EM	Exposição de Motivos
EqER	Modelo do Equilíbrio Esforço-Recompensa
ERIQ	<i>Effort-Reward Imbalance Questionnaire</i>
EWCO	<i>European Working Conditions Observatory</i>
FASUBRA	Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativo em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
FIDEPS	Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde
FPSICO	Questionário de Fatores Psicossociais
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GM/MS	Gabinete Ministerial/ Ministério da Saúde
HC/UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HC-COOP	Cooperativa dos médicos do Hospital das Clinicas da UFMG
HU's	Hospitais Universitários
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INSHT	Instituto Nacional de Segurança e Higiene no Trabalho

INST	<i>Instituto Nacional de Seguridad en el Trabajo</i>
ISTAS	<i>Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud</i>
JSON	<i>JavaScript Object Notation</i>
JCQ	<i>Job Contents Questionnaire</i>
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado
PVE	Percentual de Explicação da Variância
QCT	Questionário de Condições de Trabalho
RCP	Fator Recompensa
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
SINASEFE	Sindicato Nacional dos Servidores Federais da Educação Básica, Profissional e Tecnológica
SPD	Fator Superdedicação
SPSS	<i>Statistical Package of Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAE`s	Servidores Técnico-administrativos em Educação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WOCCQ	<i>Working Conditions and Control Questionnaire</i>

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>19</b>
<b>Capítulo 1: Objetivos Gerais e Justificativa</b>	<b>22</b>
<b>Capítulo 2: Quadro Teórico e Contexto Institucional</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Organizações e Instituições</b>	<b>24</b>
<b>2.2 A administração pública no Brasil</b>	<b>27</b>
<b>2.3 As organizações hospitalares universitárias</b>	<b>29</b>
<b>2.4 Resposta do Estado: criação da Ebserh</b>	<b>32</b>
<b>2.5 Condições de trabalho</b>	<b>41</b>
<b>2.6 O gerencialismo como modelo dominante</b>	<b>46</b>
<b>2.7 Risco psicossocial e estresse no trabalho</b>	<b>49</b>
<b>Capítulo 3: Método</b>	<b>57</b>
<b>3.1 Primeira Etapa: A Instituição Hospital das Clínicas</b>	<b>58</b>
<b>3.2 Segunda Etapa: Aplicação de Questionários Estruturados</b>	<b>60</b>
<b>3.2.1 Participantes</b>	<b>60</b>
<b>3.2.2 Instrumentos</b>	<b>62</b>
<b>3.2.3 Procedimentos de campo</b>	<b>63</b>
<b>3.2.4 Análise dos questionários</b>	<b>63</b>
<b>Capítulo 4: Resultados</b>	<b>69</b>
<b>4.1 Hospital das Clínicas segundo documentos e entrevistas</b>	<b>69</b>
<b>4.2 Percepção das condições de trabalho e estresse</b>	<b>77</b>

<b>4.2.1 Condições de trabalho</b>	<b>76</b>
<b>4.2.2 Risco Psicossocial e Estresse</b>	<b>89</b>
<b>4.2.3 Relação entre as Condições de trabalho e estresse</b>	<b>96</b>

<b>Capítulo 5: Discussão</b>	<b>102</b>
------------------------------	------------

<b>Capítulo 6: Considerações Finais</b>	<b>108</b>
---	------------

<b>Capítulo 7: Referências</b>	<b>111</b>
--------------------------------	------------

## **APÊNDICES**

<b>Apêndice A:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (questionários)	<b>137</b>
--	------------

<b>Apêndice B:</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (entrevistas)	<b>140</b>
---	------------

<b>Apêndice C:</b> Roteiro de entrevistas	<b>143</b>
--	------------

<b>Apêndice D: Artigo em preparação</b> Questionário de Condições de Trabalho para Servidores Universitários: Validade Convergente e Discriminante	<b>146</b>
--	------------

<b>Apêndice E:</b> Questionário de avaliação das condições de trabalho e percepção do estresse.	<b>172</b>
--	------------

## **ANEXO**

Aprovação projeto de pesquisa Projeto: CAAE – 67413417.0.0000.5149	<b>183</b>
---	------------

## RESUMO

O objetivo desta tese foi explicitar e avaliar as repercussões psicossociais ocorridas em hospital universitário de grande porte, que passou por mudanças estruturais no seu modelo de gestão e estrutura jurídico-legal, bem como investigar as condições de trabalho e a percepção de estresse no trabalho dos seus profissionais. A metodologia usada foi a triangulação metodológica com análise documental, entrevistas e questionário estruturado. A reforma gerencial ocorrida no Estado Brasileiro, com ênfase na eficiência, redução de custos e vinculação de recursos à produção repercutiu nos hospitais universitários. A ausência de concursos resultou no comprometimento da receita com pagamento de pessoal. Para garantir a sobrevivência e manutenção do seu papel relevante perante a comunidade, o hospital estudado priorizou a assistência e aumento da produção, com prejuízo para os trabalhadores, submetidos a sobrecarga de trabalho, subdimensionamento e vínculos precários. Em 2012, como resposta para a crise que se agravava, o Governo Federal criou empresa pública de natureza privada (Ebserrh), e condicionou os hospitais universitários à adesão para garantir sua viabilidade financeira. Em 2013, o Hospital estudado aderiu à empresa, submetendo-se a processo de mudança estrutural, com repercussões psicossociais. A análise fatorial do Questionário de Condições de Trabalho confirmou três fatores de segunda ordem, que denominamos: Exigências, Contradições e Condições Materiais; Comunicação, Desafio e Participação; e Suporte e Planejamento. O escore dos fatores mostrou diferenças conforme variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos. O Questionário de percepção de estresse utilizado – Modelo do Equilíbrio Esforço-Recompensa – apresentou números que denotam situação de estresse no trabalho. A relação positiva entre os fatores permite-nos concluir que as condições inadequadas de trabalho percebidas pelos profissionais constituem fatores de risco psicossocial, sendo preditivos de estresse no trabalho e suas consequências de adoecimento, rotatividade e comprometimento do desempenho pessoal e organizacional.

Palavras-chave: Hospitais universitários; condições de trabalho; risco psicossocial.

## **ABSTRACT**

The main objective of this work was to identify and evaluate the psychosocial effects of structural changes management model and legal framework in a huge University Hospital's. Work conditions and workers stress perception were also evaluated. The methodology used was the triangulation method, with documental analysis, interviews and structured questionnaire. The Brazilian government management restructuration, with emphasis in efficiency, cost reduction and resources allocated for production affected University Hospitals. The lack of contests resulted in a revenue impairment due to outsourced workforce payments. To guarantee its viability and maintain its relevant hole in the society, the studied hospital prioritized assistance and productivity increase, impairing work conditions. Workers were submitted to work overload, under dimensioned job posts and precarious employment bonds. In 2012, as a crisis response, Brazilian Federal Government created a public company with private nature (Ebserh) and have made University Hospitals financial viability conditioned to Ebserh joining. In 2013, the studied hospital joined the company and passed through structural changes that led to psychosocial impacts. The factorial analysis of the Work Condition Questionnaire confirmed three second order factors, named: Demands, Contradictions and Material Conditions; Communication, Challenge and Participation; and Support and Planning. Factors score showed the difference among sociodemographic variables and contractual and legal aspects. The stress perception questionnaire used (Effort-Reward Balance Model) presented results that demonstrate work stress situation. The positive relation between factors allows the conclusion that inadequate work conditions perceived by the workforce represent psychosocial risk factors, being predictive factors of work stress and its consequences, sickness, turnover and engagement on personal and organizational development.

**Key Words:** University Hospitals, Work conditions, Psychosocial risk.

## RESUMEN

El objetivo de esta tesis fue explicitar y evaluar las repercusiones psicosociales ocurridas en un gran hospital universitario, después de cambios estructurales en su modelo de gestión y naturaleza jurídico-legal. También fueron investigadas las condiciones de trabajo y la percepción de stress en el trabajo por los profesionales. La metodología utilizada fue la triangulación metodológica con análisis documentaria, entrevistas y cuestionarios estructurados. La Reforma Gerencial del Estado, con énfasis en la eficiencia, la reducción de costos y vinculación de verbas para producción, repercutió en los hospitales universitarios. La ausencia de concursos resultó en el compromiso financiero con el pago de empleados. Para asegurar su supervivencia y manutención de su papel relevante en la comunidad, el hospital priorizó asistencia y crecimiento de producción, con daños para los trabajadores, sujetos a sobrecarga laboral, puestos de trabajo mal dimensionados y vínculos laborales precarios. En 2012, como respuesta a una crisis, el Gobierno Federal ha creado una compañía pública con naturaleza privada (Ebserh), y condicionó los hospitales universitarios a unirse a la empresa para garantizar su viabilidad financiera. En 2013, el Hospital estudiado se integró a la empresa, sometiendo-se a cambios estructurales con repercusiones psicosociales. El análisis factorial del Cuestionario de Condiciones Laborales comprobó tres factores de segunda orden, llamados: Exigencias, Contradicciones y Condiciones Materiales; Comunicación, Desafío y Participación; y Soporte y Planeamiento. La puntuación de los factores enseñó diferencias de acuerdo con variables sociodemográficas y aspectos contractuales o jurídicos. El cuestionario de percepción de stress utilizado – Plantilla del Equilibrio Esfuerzo-Recompensa – presentó números que indican situación de stress laboral. La relación positiva entre los factores permite concluir que las condiciones inadecuadas de trabajo percibidas por los profesionales constituyen factores de riesgo social, siendo señales predictivos de stress laboral y sus consecuencias de enfermedad, rotación de personal y compromiso con el desempeño personal y organizacional.

Palabras clave: Hospitales Universitarios, Condiciones laborales, Riesgo psicosocial.

## **Apresentação**

Em minha trajetória profissional no ambiente hospitalar – na assistência direta ao paciente, no planejamento de serviço, na consolidação do SUS no âmbito de um hospital público universitário, ou, na gestão de recursos humanos e na atenção à saúde do trabalhador – tive a oportunidade de acompanhar os processos de adoecimento no ambiente de trabalho e, ao mesmo tempo, de atuar como executor ou responsável pelas práticas de gestão de pessoas. Muitas vezes, as decisões tomadas, em nome da coerência e da responsabilidade administrativa iam ao encontro de interesses e necessidades dos trabalhadores. Um exemplo dessa contradição ocorria nas solicitações de remoção de saída do hospital para outra unidade da Universidade ou de transferências entre setores, porque tínhamos o depoimento do trabalhador que aquele ambiente estaria lhe adoecendo e não podíamos permitir a liberação do mesmo. Sempre tivemos uma fila de servidores interessados em sair do Hospital e ir para alguma unidade acadêmica da Universidade, e praticamente nenhum interessado em vir para o Hospital. Então, o que fazer, dentro da governabilidade e da responsabilidade pública? Como dar conta dessas situações de sofrimento e adoecimento no trabalho? Como compatibilizar o papel de gestor, profissional de saúde e trabalhador? Como atuar tornando o ambiente mais propício ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores? De que maneira contribuir para a melhoria da qualidade de vida, e na saúde física e psíquica dessas pessoas?

Na dissertação desenvolvida no mestrado em saúde pública (Primo, Pinheiro, & Sakurai, 2007, 2010), explorei o fenômeno do absenteísmo por motivo de doença, no âmbito do hospital. Sempre se falava em números altíssimos, mas até então não eram apurados. De fato, constatamos que , mais da metade (52%) dos trabalhadores tiveram pelo menos um afastamento no ano, com índice de absenteísmo de 5,2%. Números elevados, comparados com outras categorias e mesmo no segmento hospitalar. Demonstramos também que fatores de risco para absenteísmo foram: ser do sexo feminino, apresentar vínculo estatutário, escolaridade fundamental e média, trabalhar com jornada noturna, maior tempo de serviço, ocupar cargos de enfermagem e operacionais e estar lotado em setores de trabalho assistenciais e de apoio propedêutico. Os quadros nosológicos mais frequentes foram as doenças respiratórias (curta duração), do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (curta e longa duração) e os transtornos mentais e comportamentais (longa duração).

Minhas observações no exercício profissional e os resultados da minha dissertação apoiaram a hipótese de que as condições de trabalho influenciam no adoecimento e nas estatísticas de absenteísmo. Além disso, essas condições apresentar-se-iam diferentes nos diversos setores e categorias ocupacionais de trabalhadores do Hospital. A relação entre o adoecimento e o absenteísmo, também não se apresentou de maneira simples: as condições de trabalho em seus diversos aspectos, ocasionando os riscos ocupacionais, inclusive os psicossociais, levam ao processo de sofrimento físico e mental, com adoecimento e afastamento no trabalho. São fatores interdependentes e merecem a investigação, na perspectiva de melhor entendimento e possibilidades de intervenção.

Se não bastasse a complexidade das relações em uma instituição hospitalar, pública e universitária, com uma força de trabalho extensa e diversificada; a mesma passou nos últimos anos por transformações expressivas no seu modelo de gestão e das relações de trabalho. Essas mudanças seriam uma resposta oficial à crônica crise financeira, alegada má gestão dos hospitais universitários e fragilidade nas contratações de mão de obra, que perduraram por mais de 20 anos pela ausência de concurso público. O Governo Federal, através de medida provisória (2010) e posteriormente de projeto de lei (2011), criou uma empresa em nível nacional para administrar os hospitais universitários: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). A adesão a essa empresa, cercada por muita polêmica, resultou na realização de concurso e admissão de mais de 1.700 funcionários. Significou também o desligamento de outros tantos, contratados até então, em vínculo precário, mas que tinham permanecido e garantido o funcionamento do Hospital pelos anos anteriores.

Foi neste contexto, antes sintetizado, que me motivei a desenvolver pesquisa acerca das transformações históricas do Hospital Universitário, das condições de trabalho e do estresse ocupacional segundo o olhar dos trabalhadores. Desenvolvi, então, tal pesquisa no Programa de Pós-graduação em Psicologia, área de concentração em Psicologia Social e linha de pesquisa de Trabalho, Sociabilidade e Saúde, no nível de doutorado.

Organizei a tese de forma a apresentar os resultados da pesquisa realizada da seguinte forma, que passo a descrever. No primeiro capítulo, defini os objetivos gerais justificando realizar pesquisa guiada por eles. No segundo capítulo, discorri sobre o quadro teórico e institucional de desenvolvimento da tese, bem como situo os objetivos específicos. No terceiro, detalhei as opções metodológicas tendo em vista os objetivos anunciados. No quarto

capítulo, específico sobre os resultados. Primeiramente apresento pesquisa documental sobre a trajetória do Hospital, principalmente a partir do final dos anos 1970, quando ocorreram mudanças no mundo do trabalho, no modelo de gestão, com repercussões nos órgãos públicos e na forma de ensino e assistência. A crise financeira e institucional que se arrastou e agudizou no início desse século, resultou na criação da Ebserh, como já dissemos. O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) aderiu à Empresa no final de 2012. Realizei entrevistas com pessoas da comunidade hospitalar que acompanharam esse processo. O que de mais relevante encontrei, apresento no final dessa primeira etapa de análise institucional. Na segunda etapa, aplicamos questionários estruturados para avaliar as condições de trabalho e a percepção do estresse dos trabalhadores do Hospital. Apresento os resultados da adoção de tais estratégias metodológica na seção 4.2. Nosso intuito foi analisar os achados em todas as etapas da pesquisa, possíveis confluências entre a trajetória institucional, as condições de trabalho e avaliação do estresse, percebidas pelos trabalhadores. No capítulo 5, apresentei algumas considerações à guisa de conclusão e perspectivas do Hospital, diante de sua nova realidade. As considerações finais compuseram o sexto capítulo.

## **Capítulo 1**

### **Objetivos Gerais e Justificativa**

Os hospitais universitários (HU's) foram alvo nas últimas décadas, de questionamentos referentes ao seu modelo assistencial e de ensino. As mudanças na visão e na forma de financiamento da saúde, a partir da década de 1970, com o fortalecimento da necessidade de racionalizar os gastos e aumentar a competição por recursos, fragilizaram os HU's, tendo em vista serem considerados dispendiosos e não apresentarem uma relação clara entre custos e resultados (Médici, 2001; Solla & Chioro, 2008). A estrutura complexa, as dificuldades financeiras, a não realização de concursos para suprir a mão de obra necessária para reposição das saídas e da expansão dos serviços, levaram os hospitais à contratação de pessoal sob vínculo precário e/ou à deterioração das condições de trabalho (Koster & Machado, 2012; Rodriguez & Tristão, 2015)

O governo reagiu a essa crise institucional e financeira com a criação da Ebserh como já mencionado. Em respeito a autonomia universitária, o texto da lei deixou a cada universidade a decisão de aderir a Ebserh ou não. Além de controversa do ponto de vista constitucional, de preservação dos princípios gerais da instituição e da resposta efetiva aos problemas, a adesão do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) à empresa, significou mudanças estruturais (na organização e modelo de gestão) e contingenciais (p. ex., substituição em larga escala de mão de obra de vínculo precário por pessoal concursado em vínculo celetista, em contraposição ao Regime Jurídico Único, em vigor desde 1990). São mudanças significativas para os rumos da instituição. A complexidade delas permitiu levantar várias questões e/ou inquietações: Seriam a melhor solução do ponto de vista de gestão? Solucionarão o crônico problema de financiamento? Como ficou a relação das várias instâncias de decisão que envolve os hospitais universitários, a partir de sua inserção nos sistemas de ensino e assistência à saúde: gestor local, universidades, unidades acadêmicas, Sistema Único de Saúde? Até que ponto tais mudanças tem contribuído para a realização da missão e valores institucionais dos hospitais universitários? O que significaria a retomada do vínculo celetista para o setor público? Quais seriam as consequências dessas mudanças no cotidiano das pessoas, na subjetividade e nos resultados institucionais?

A mudança jurídica e organizacional é uma etapa de uma mudança mais profunda no modelo gerencial e na estrutura do Estado que vem ocorrendo e pretende efetuar mudanças significativas na cultura organizacional das organizações públicas em busca da eficiência, foco nos

resultados, além de outros valores. A cultura organizacional e suas dificuldades tanto de uma uniformidade de compreensão quanto de clareza nos processos de intervenção, bem como das dificuldade de se atuar para transformar valores já internalizados pelos indivíduos ao longo de um processo histórico não é simples, competindo indagar: a reforma gerencial e a agenda da saúde influenciaram na trajetória dos hospitais universitários nos últimos anos, e como, resultaram na proposta de solução para a crise crônica desses hospitais, apresentada pelo Governo brasileiro?

Planejamos então nossa pesquisa com os seguintes objetivos gerais:

**Objetivo 1.** Explicitar e avaliar as repercussões e as perspectivas psicossociais das mudanças no modelo de gestão, em um hospital universitário de grande porte e representativo desse segmento.

**Objetivo 2.** Explorar o relacionamento entre as condições de trabalho e o estresse percebido pelos trabalhadores que atuam no Hospital nesse contexto de mudanças.

Os dois objetivos são interdependentes de maneira que a consecução de um contextualizará a consecução do outro. Compreendo que a exploração acerca do relacionamento dos dois fenômenos – condições de trabalho e estresse – tenderá a expor aspectos que também refletem o contexto de mudança institucional.

## Capítulo 2

### Quadro Teórico e Contexto Institucional

#### 2.1 Organizações e Instituições

Para Etzioni (1964), as organizações são unidades sociais deliberadamente construídas que perseguem fins comuns e em que se pode observar a divisão do trabalho, uma distribuição do poder e ações planejadas para melhor realização dos objetivos específicos que se configuram a partir das características de seus participantes e pelas diversas pressões impostas pelo ambiente (Selznick, 1996). As organizações estão disseminadas nas sociedades contemporâneas e nossa vida é afetada pelos processos que configuram e determinam a qualidade dos seus resultados (Bastos, Loiola, Queiroz, & Silva, 2014).

Em termos conceituais, Bastos et al. (2014) selecionaram três abordagens para o estudo das organizações: cognitivista, culturalista e institucionalista. Na abordagem cognitivista, o conceito de organização diz respeito a um sistema complexo de comunicações e inter-relações existentes num grupamento humano (Simon & March, 1979). Cada membro tem um papel a exercer dentro dos pressupostos, objetivos e atitudes esperados pelos demais membros e que esperam também que ela cumpra seu papel. Quando indivíduos em uma mesma organização possuem teorias implícitas muito distintas, pode-se esperar a ausência de laços sociais (Bastos et al., 2014).

Na visão culturalista, a organização pode ser vista como uma teia de significados que são criados historicamente, pelos quais os homens se comunicam e desenvolvem seu conhecimento e atividades (Geertz, 1989). A cultura é um sistema proativo de construção da realidade, em que atuam, muitas vezes inconscientes, os diversos atores sociais e que se desenvolve na interação social (Morgan, 1996). A visão culturalista, portanto, concebe a organização como um sistema de representações culturais e imagens construídas sobre o real (Minayo, 1995), que permitem às pessoas dar um sentido à realidade e compreender seus comportamentos (Bastos et al., 2014).

A visão institucionalista entende a sociedade como uma rede de instituições, organizações, estabelecimentos, agentes e práticas (Baremblytt, 1998). As instituições são estruturas duráveis e resistentes a mudanças. Seus aspectos simbólicos (regulatórios, normativos e cultural-cognitivos) são os pilares dessa estrutura, guias de comportamento e fonte de resistência a mudanças (Scott, 2008).

Todas três abordagens anteriores tentam apreender o dinamismo das organizações, portanto, focalizam as mudanças. De acordo com Capella (2009), as mudanças nas organizações, ocorrem por dois tipos: 1) a transformacional, institucional ou macro mudança; e 2) a incremental, organizacional ou micro mudança. A primeira caracteriza-se pela ruptura de padrões, atingindo e redirecionando a organização como um todo, em função de grandes alterações em seu ambiente. A segunda ocorre quando há ajustes internos contínuos voltados para a eficiência e a utilização de recursos em um ambiente mais estável. Estes dois tipos de mudanças podem ser complementares ou ocorrer simultaneamente.

Os valores e crenças organizacionais são menos claros e mais difíceis de serem até mesmo observados. Assim, torna-se mais difícil a sua interpretação e o seu papel dentro das organizações. Entretanto, eles se constituem elemento fundamental na análise da cultura organizacional. Schein (2004) considerou serem os valores aqueles que determinam a “única forma adequada de comportar-se”. São os orientadores do comportamento dos indivíduos dentro das organizações (Rodrigues & Souza, 1987).

De acordo com o institucionalismo tradicional, os indivíduos estão sujeitos às normas e à estrutura, são dotados de uma racionalidade econômica e, portanto, capazes de tomar decisões conforme suas preferências (Powell & DiMaggi, 2012). Por sua vez, no neoinstitucionalismo, o aspecto normativo ainda tem um papel central, mas os sujeitos são capazes de mudar essa realidade e não sucumbem simplesmente ante a força da estrutura (Giddens, 1995). O neoinstitucionalismo aponta para a necessidade de se levar em conta, para compreender a ação dos indivíduos e suas manifestações coletivas, as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais. Essas mediações acontecem por meio das instituições (Théret, 2003).

De acordo com Perez (2008), em um primeiro momento, as instituições agiriam exteriormente, constringendo e/ou restringindo os indivíduos. Esse processo, ao longo do tempo, geraria uma interiorização/conhecimento das instituições como cursos possíveis de ação, moldando/estruturando, em um segundo momento, as preferências. Nesse caso é que se poderia falar que determinada instituição está, de fato, institucionalizada. Com isso, as interações políticas estão diretamente associadas ao modelo institucional no qual estas estão inseridas, tendo seus resultados influenciados por esse modelo.

Rodrigues (2006) afirmou que ambientes institucionalizados possuem maior capacidade de fornecer apoios para processos de mudanças culturais, pelo menos no nível dos dirigentes, e,

provavelmente ao longo do tempo, no nível dos demais trabalhadores. Certas instituições, por serem convencionais ou usuais, resistem aos questionamentos diretos e, como construções coletivas, não podem ser transformadas de um dia para o outro pela simples ação pontual ou mediante decreto. Em suma, as instituições resistem porque elas estruturam as próprias decisões concernentes a uma eventual reforma que o indivíduo possa adotar.

Na visão institucionalista, o conflito está muito mais presente nas organizações do que a cooperação. Os diversos atores, mesmo unificados sob a mesma missão organizacional, competem por recursos e recompensas, configurando ambientes de tensão que podem comprometer a própria sobrevivência organizacional (Bastos et al., 2014). Para sobreviver, as organizações precisam estar legitimadas, ou seja, suas ações devem ser percebidas como válidas e apropriadas dentro de algum sistema de normas, valores, crenças e definições socialmente construído. A legitimidade pode se dar na conformidade às regras (ênfase regulatória), de acordo com uma base moral mais profunda (concepção normativa), ou, de uma maneira mais profunda, em modelos às vezes pré-conscientes (modo cultural-cognitivo) (Scott, 2008).

Para Hatch (1993), a mudança cultural é possível, desde que se consiga inserir no contexto organizacional, novos elementos, os artefatos, e estes consigam transformar-se pelo processo de simbolização, ou passe a representar algum valor que em seguida vai habitar o inconsciente dos indivíduos, transformando-se em pressuposto básico. Weeks e Galunic (2003) consideraram que são as pressões ambientais que fornecem os elementos iniciais para o início de processos de mudança cultural nas organizações. Os fatores externos afetam a cultura organizacional, que vai sendo modificada a partir dos ciclos de vida da própria organização (Zheng, Qu, & Yang, 2009). Laraia (2001) entendeu que as mudanças não ocorrem de forma brusca nas culturas, ao contrário, elas são construídas sobre conhecimentos já acumulados. Outro aspecto apontado por Sahlins (1997) foi que as culturas não são sincrônicas ou uniformes. Elas possuem internamente paradoxos, contradições e ambiguidades que ao serem acionadas podem provocar mudanças nos signos em direções não previsíveis. Os eventos e significados que chegam em uma organização, são recebidos, reinterpretados e incorporados pelos seus membros, a partir dos valores e significados já existentes (Mascarenhas, 2007). Há sempre uma releitura que pode reconceituar em formas totalmente diferentes daquelas planejadas. Nas organizações sociais, o indivíduo não é um mero expectador, mas contribui na construção da realidade a partir de seus pressupostos, crenças, ideias e estruturas mentais (Borges & Yamamoto, 2014).

As instituições afetam a identidade, a imagem e as preferências dos indivíduos e dos grupos (Hall & Taylor, 2003). Quanto mais uma instituição contribui para resolver dilemas relativos à ação coletiva, ou quanto mais ela torna possível ganhos resultantes de trocas, mais ela será robusta e terá continuidade. Neste sentido, o processo de institucionalização que ocorre em uma organização ao longo do tempo, reflete sua história e envolve individual e grupalmente os sujeitos que a integram (Selznick, 1996).

## **2.2 A administração pública no Brasil**

A administração pública no Brasil, historicamente, é compreendida a partir de três modelos: patrimonialista, burocrático e gerencial. Os três modelos se sucederam, mas conviveram e ainda convivem, pois, as características de cada um não são abandonadas no momento que o outro se instala (Bresser-Pereira, 2007; Medeiros et al., 2010). O patrimonialismo desenvolveu-se principalmente a partir do império, vigorando até a República Velha (Filippim, Rosseto, & Rosseto, 2010). Teve como principais características: a lealdade pessoal ao mandatário, o favoritismo, o assistencialismo e o clientelismo (Zwick, Teixeira, Pereira, & Vilas Boas, 2012). O Estado burocrático foi introduzido no período de Getúlio Vargas. Destacava-se pela especialização do serviço, eficiência, legalismo, foco nos controles, disciplina e impessoalidade (Filippim et al., 2010). O Estado Gerencial foi introduzido oficialmente no Brasil em 1995, quando a Secretaria da Administração Federal foi transformada no extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), sob o comando do economista Luiz Carlos Bresser-Pereira, que lançou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRE) (Abrucio, 1997; Martins, Abrucio, & Loureiro, 2002; Paula, 2005). Na administração pública internacional, a origem do gerencialismo estaria relacionada à frustração do *Welfare State* nas décadas de 1970 e 1980 (Zwick et al., 2012). O governo deveria seguir o modelo das empresas, tentando fazer “mais com menos”, tratando o cidadão como cliente e buscando parcerias nos empreendimentos (Osborne & Gaebler, 1994).

O PDRE pressupunha intervenções nas dimensões institucional-legal, cultural e de gestão. A dimensão institucional-legal refere-se a leis e regulamentos que deveriam ser mudados. As dimensões cultural e gerencial referem-se ao funcionamento das organizações. A dimensão cultural preocupava-se com a necessidade de eliminar do Estado, a cultura patrimonialista, ainda presente

e os valores do Estado burocrático que seriam modificados para o Estado Gerencial. Esperava-se que:

No médio prazo, a expectativa de aprovação das emendas constitucionais e respectivas regulamentações, das autorizações legislativas para a implementação das organizações sociais, e o aprofundamento da implantação da nova cultura gerencial, centrada em resultados, na competição administrada e baseada na avaliação do desempenho, permitirão mudanças mais estruturais na direção pretendida. (PDRE, 1995, p. 57).

A tradição cultural nas organizações públicas era identificada como um entrave ao processo de mudança pretendido:

A transição para uma administração pública gerencial só será possível se, ao mesmo tempo que se aprovam as mudanças legais, vá mudando a cultura administrativa do país. Esta cultura, fortemente marcada pelo patrimonialismo recente, tem ainda um forte caráter burocrático, pois parte de uma desconfiança fundamental na possibilidade de cooperação. [...] Sem a mudança cultural da administração pública burocrática para a gerencial será impossível implementar as reformas institucionais-legais. (PDRE, 1995, p. 54)

Fadul (1999) também sinalizou para a importância da mudança cultural: "As políticas de reforma do Estado e de reforma do aparelho do Estado devem vir acompanhadas de uma renovação dos serviços públicos, na medida em que ambas visem impulsionar e facilitar todas as iniciativas que possam melhorar a eficiência dos serviços e introduzir na administração pública, uma cultura gerencial no sentido amplo do termo" (Fadul, 1999). De acordo com Barbosa (2014), a dificuldade de inserção dos novos valores está associada à falta de institucionalização destes valores na sociedade brasileira, e à falta de poder dos gestores de influenciarem os seus subordinados (Junquillo, 2004). Trosa (2001) destacou que o Estado muda, quando a sociedade muda.

O PDRE propôs mudanças nas relações de trabalho para o setor público. Previu a flexibilização da estabilidade, a permissão de regimes jurídicos diferenciados e a definição de tetos para a remuneração dos servidores ativos e inativos. Os serviços não exclusivos formariam o Terceiro Setor, no qual o Estado atuaria simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas. O modelo previu que as instituições desse setor não possuiriam o poder de Estado, embora este se fizesse presente. Seria aplicado em segmentos como educação e saúde. Foram apontados como possíveis exemplos, as universidades, os hospitais e centros de pesquisa,

dentre outros (Paula, 2005). A Administração Pública Gerencial visava adotar no serviço público um modelo de gestão próximo ao que se realizava na organizações privadas, por exemplo, a flexibilização da gestão, especialmente nas áreas de pessoal, suprimentos, orçamento e finanças; ênfase na qualidade dos processos e dos resultados; preocupação com a eficiência e a redução dos custos; busca de maior transparência nos procedimentos e de aumento do controle social sobre a formulação, execução e avaliação das políticas, programas e projetos (Lustosa, 2010).

No interior do Estado, esperava-se, “fortalecer a administração pública direta, ou o ‘núcleo estratégico do Estado’, e descentralizar a administração pública, através da implantação de ‘agências autônomas’ e de ‘organizações sociais’ controladas por contratos de gestão” (Bresser Pereira, 2007). A administração pública de cunho gerencial foi, então, introduzida partindo do topo do governo em direção às bases, o que trouxe muitos questionamentos a respeito de sua legitimidade. Muitas foram às críticas com a implementação dos ajustes pregados pelo PDRE, pois se acreditava que haveria uma desestruturação do Estado e, conseqüentemente, de suas políticas direcionadas ao campo social (Paula, 2010). Também sofreram resistências dos clientes dos serviços públicos e também da corporação de servidores, retardando as mudanças propostas ainda na década de 1970 (Abrucio, 1997).

Conforme Zwick et al., (2012), assistimos hoje a uma hibridização das propostas patrimonialista, burocrática, gerencial e social, sendo estas somadas às demais características existentes na realidade do país, de modo a se formar uma configuração de gestão tipicamente brasileira. A introdução e a aplicação dos princípios e das técnicas de administração por resultados no setor público, em conjugação com a singularidade brasileira, resultou naquilo que o autor chamou de “administração pública tupiniquim” (Zwick et al., 2012).

### **2.3 As organizações hospitalares universitárias**

Entre as instituições do Estado Moderno, encontra-se a Medicina, considerada uma prática científica no final do Século XIX e início do século XX. Dos vários modelos surgidos de gestão em saúde, da formação médica às práticas institucionais, o modelo biomédico, foi alçado como de aparente superioridade sobre os demais modelos de cura (Catão, 2011). Conforme Foucault (1963/2008), a clínica como prática médica e de ensino, vigorou a partir da segunda metade do Século XIX, entendendo a clínica como: “uma determinada maneira de dispor a verdade já

adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente. [...] é uma espécie de teatro nosológico de que o aluno desconhece, de início, o desfecho. [...] É a arte de demonstrar, mostrando." (Foucault, 1963/2008, p. 66-67).

No início do Século XX, o Relatório Flexner revolucionou o ensino de medicina nos Estados Unidos, com repercussão em diversos países da América Latina. O modelo preconizava que as faculdades de medicina deveriam ser integradas às universidades, e o ensino básico complementado com a prática clínica (Flexner, 1910). Surgiram então, os “hospitais das clínicas”, como palco para a formação dos profissionais de saúde. Nas décadas de 1930 e 1940, com forte financiamento da Fundação Rockefeller – com sede nos Estados Unidos – esse modelo se consolidou, em vários países da América, inclusive no Brasil (Almeida Filho, 2010; Marinho, 2001).

O sistema de ensino por cátedras, instituído nos primórdios dos hospitais de ensino e que prevaleceu até a Reforma Universitária de 1969, submetia a forma de organização dos hospitais ao poder da instituição de ensino, desde a ocupação dos espaços físicos, até a lógica de funcionamento dos diversos setores como ambulatórios e enfermarias. Segundo Clemente (1998), os privilégios dos catedráticos tinham precedência às normas de administração hospitalar. Aos pacientes (algunha apropriada à lógica da época) eram oferecidos serviços que não estavam disponíveis em nenhum outro lugar do sistema de saúde, o que os deixava "agradecidos" por aquela oportunidade e, conseqüentemente, sujeitos ao ritmo e ao modelo voltado para o ensino (Clemente, 1998).

No final da década de 1970, os hospitais universitários (HU's) passaram a oferecer seus serviços assistenciais para o comprador público do país, o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) (Lemos, 1997). De um lado, a crise financeira mundial, agravada no país com a inflação crescente que apertavam os orçamentos das universidades e diminuía os recursos para a educação e a saúde; de outro, a infraestrutura e recursos humanos diferenciados dos hospitais de ensino favoreceram esse direcionamento. Os HU's inauguravam assim uma outra lógica de financiamento. Em 1980, A portaria 143 do MPAS estabeleceu a minuta padrão para os convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social com os hospitais universitários e de ensino, apresentando uma tabela de pagamento diferenciada e prioridade na prestação de serviços especiais discriminados e tabelados pelo Ministério. Desse período até 1990 os hospitais que aderiram ao convênio apresentaram um bom fluxo de caixa, com oportunidade de investirem em infraestrutura e ampliação de serviços (Cunha, Santos, & Coelho, 1991; Luedy, Mendes, & Ribeiro, 2012).

Com a abertura democrática e a luta dos movimentos sociais aconteceu, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que legitimou a proposta de um novo Sistema Nacional de Saúde, validada por amplos setores da sociedade. A Constituição instaurada legalizou o Sistema Único de Saúde e contemplou parte da proposta colocada pelo Movimento Sanitário, entre elas, a universalização da clientela. A entrada, dos HU's no Sistema, foi providencial para o Governo, tendo em vista o aumento da demanda pelos serviços de saúde. No final dos anos 1980 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). Essa se aliou às associações de especialidades médicas que fizeram movimento junto ao Governo, o que acabou resultando em repasses crescentes de recursos aos hospitais por elas representados. O Ministério da Saúde normatizava e procurava garantir esse essencial prestador. A portaria conjunta MEC/Ministério da Saúde N° 01 de 1994 previa a dedicação ao SUS de no mínimo 70% dos leitos disponíveis no hospital, integração ao sistema de referência e contra-referência, e integração no planejamento local e estadual de saúde. A Portaria GM/MS N° 1127/99 estabeleceu as diretrizes do contrato de metas para os HU's, com metas de produção e de qualidade da assistência. Essa Portaria, com o rigor da fiscalização e congelamento do fator de incentivo (FIDEPS), até então praticado, aumentou o déficit dos HU's.

A priorização da assistência, para garantir o custeio, se propagou entre os HU's, motivando a revisão de seu conceito e sua missão e seus princípios, de hospital de ensino, para “hospital que presta assistência de excelência e com isso tem condições de prestar um bom ensino”, como diziam aqueles que defendiam essa posição. Eram quase 50 hospitais universitários federais no Brasil, sendo que em alguns estados, o hospital universitário era o único a prestar alguns serviços ao SUS. Em 2004, os HU's representavam 2% da rede hospitalar e 10,9% dos leitos do SUS no país. Apesar disso, esses hospitais produziram mais de 12% das internações; efetuaram 11,62% da produção ambulatorial; eram responsáveis por 25,6% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da rede pública; e 7,6% realizaram 386 mil procedimentos de alta complexidade. Em 2002, o MS repassou aos HU's mais de R\$ 2,5 bilhões (Chioro, 2004; Cecílio, 2010). Os gestores locais, além de regular, negociavam a produção e direcionavam a expansão de serviços (Carmo, Andrade, & Mota, 2007; Primo, Gomes, Brito, & Alves, 2008; Lobo, Silva, Lins, & Fiszman, 2009). No entanto, enquanto a assistência se apresentava para garantir sua viabilidade, o Ministério da Educação (MEC) se afastava dos seus compromissos de financiamento, alegando inclusive que a

assistência não seria seu papel (Chioro, 2004; Duarte & Botazzo, 2009; Sodré, Littike, Drago, & Perim, 2013).

#### **2.4 Resposta do Estado: criação da Ebserh**

Como já vimos, a reforma do Estado Brasileiro, em direção ao modelo gerencial começou oficialmente na década de 1990. No entanto, na área da saúde, desde a década de 1970, havia um movimento para implantação de novos conceitos nessa área (Costa, 1998). O Banco Mundial (BM) teve participação nesse movimento. As propostas tinham como eixo a lógica do mercado, do equilíbrio custo/benefício, a ampliação do setor privado e a descentralização da operacionalização dos serviços para a sociedade como medida de desresponsabilizar o Estado. O sistema público de saúde que o BM idealizou para os países em desenvolvimento, de acordo com sua conceituação, pregava o abandono do tratamento clínico, dos avanços científicos e tecnológicos alcançados na área médica, hospitalar e farmacológica, ao mesmo tempo em que propõe a criação de serviços de saúde pública que se limitam a assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, realizados por profissionais pouco qualificados, que segundo o Banco, dariam conta de resolver os “problemas de saúde mais gerais, de caráter familiar e comunitário” (Armada, Muntaner, & Navarro, 2001; Costa, 1998).

A partir de meados dos anos 1980, o BM assumiu a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, apoiando projetos que pudessem servir aos seus interesses instrumentais na missão de ajuste estrutural, apelando para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde (Costa, 1998). A nova pauta para as políticas públicas em saúde passou a implicar um conjunto de escolhas dentro da lógica de custo-efetividade, na perspectiva da racionalização da oferta (Costa, 1998). A consolidação do BM na orientação das políticas de saúde em nível internacional aconteceu com a publicação do relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: "Investindo em Saúde", cujo eixo das propostas se fundamentou na política liberal em consonância com o recomendado pelo Consenso de Washington. Mais de trinta anos depois, o BM continuava "assessorando" o Brasil, na gestão da saúde. No relatório de 2007, o Banco afirmou que realizou um “amplo” diagnóstico sobre o setor de saúde brasileiro e apresentou uma série de recomendações e críticas às práticas de gestão adotadas (Banco Mundial, 2007).

Na década de 1980, quando o neoliberalismo era hegemônico nos países centrais, o processo de redemocratização estava em curso no Brasil. A constituição de 1988, e na área da saúde, o movimento de reforma sanitária, prescrevia direitos sociais que estavam na contramão do mundo do trabalho naquele momento, haja vista que não havia no país a infraestrutura construída nos países desenvolvidos anteriormente. Resultado desse movimento, o Regime Jurídico Único (RJU), implantado em 1990, estabeleceu forma de ingresso no setor público via concurso e conferiu estabilidade aos servidores federais. Os funcionários celetistas, que atuavam no serviço público à época, foram alçados ao novo regime (Carvalho, 2010). Antes da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o concurso público era exigido somente para primeira investidura em cargo público, permitindo a ascensão funcional interna, por ato administrativo (Bacelar Filho, 2015).

No entanto, a política neoliberal governamental para as universidades públicas brasileiras, aprofundada pelos governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, caracterizara-se por desinvestimento no campo da pesquisa científica e transformação das universidades em prestadoras de serviço (Paula, 2005). Tão logo a lei do RJU (8112/1990) entrou em vigor, já se via no Governo a disposição para rever a situação dos servidores públicos. O PDRE apontava situações que seriam as mazelas da política de recursos humanos praticada pelo Regime Jurídico Único, em tempos de globalização:

[...] caráter protecionista e inibidor do espírito empreendedor. São exemplos imediatos deste quadro. A aplicação indiscriminada do instituto da estabilidade para o conjunto dos servidores públicos civis submetidos a regime de cargo público e de critérios rígidos de seleção e contratação de pessoal que impedem o recrutamento direto no mercado, em detrimento do estímulo à competência (Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, 1995, p. 27).

Iniciativas isoladas do Governo, tentavam mudar a situação do serviço público federal e dos hospitais universitários. A Emenda Constitucional Nº 19/1998, modificou o artm. 39 da Constituição Federal eliminando a obrigatoriedade do RJU e possibilitando a multiplicidade de vínculos na Administração Direta e Indireta, configurando a política de flexibilização nas três esferas de governo. Embora não tenha logrado êxito, na extinção do RJU, houve ao longo dos anos, no serviço público, a precarização das condições de trabalho, múltiplos vínculos, aumento no ritmo

e jornada de trabalho, diluição da responsabilidade dos gestores e aumento da competitividade interna entre os diversos atores, organizações e categorias, pressão psicológica por produção e eficiência (Nogueira, Piola, & Viana, 2010).

As consequências da precarização e redução do papel do Estado também aconteceram nos HU's (Duarte & Botazzo, 2009): regimes múltiplos de contratação, inclusive de níveis de governos, trabalhando sob mesmas condições, mas em regimes de horários e salários muito diferentes; inadequação quantitativa do quadro de pessoal, sendo o mais frequente a insuficiência de funcionários; baixa qualificação profissional e falta de pessoal de nível técnico com qualificação adequada. As consequências foram mais rotatividade de funcionários, alto absenteísmo; baixa motivação; ineficiência dos sistemas de avaliação de desempenho, treinamento e capacitação de pessoal sem foco definido e sem avaliação de impacto (Ribeiro, 2011).

Na década de 2000, esse conjunto de problemas para os trabalhadores da saúde e, mais especificamente dentro do setor público, levou o governo a elaborar uma política de desprecarização do trabalho. O Ministério da Saúde apresentou sua proposta, naquilo que denominou DesprecarizaSUS (Brasil, 2005, 2006). Algum tempo depois, apresentou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012). A noção de trabalho precário, segundo esses documentos, relaciona-se, essencialmente, à ausência dos direitos sociais dos trabalhadores (especialmente a forma de entrada no serviço público, via concurso) e a necessidade do diálogo como estratégia política fundamental (por exemplo: Mesa Nacional de Negociação Permanente e a criação do Comitê Nacional de Desprecarização).

Havia também a discussão de um novo modelo jurídico-administrativo para os hospitais universitários. Um projeto de lei, em 2005, propunha a desvinculação dos hospitais das universidades (Pilotto, 2008). Em 2007, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) propôs a criação da “Fundação Estatal de Direito Privado”; entidades que fariam a gestão da saúde, previdência, turismo, assistência social, etc.. A comunidade universitária rejeitou essa proposta. No entanto, o governo federal resolveu continuar o processo de desvinculação dos hospitais por meio de portarias, com pequenas medidas. A Portaria 04/2008 do Ministério da Educação, por exemplo, autorizava os hospitais universitários a criarem Unidades Pagadoras próprias para seus recursos humanos, sendo um primeiro passo para a ideia da desvinculação (Pilotto, 2008).

Com a persistência do déficit de financiamento dos HU's, acirraram-se as discussões sobre sua origem: problemas de gestão ou insuficiência de recursos? A forma de organização dos hospitais era considerada ineficiente, já que não se tinha mecanismos de controle que garantissem ao Estado, acompanhar o resultado das ações das instituições (Rodriguez & Tristão, 2015). Os dirigentes da ANDIFES (Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior), responsáveis pela gestão dos HU's, entendiam a necessidade de um novo modelo de gestão, mas sem o consenso sobre qual: empresa pública (o modelo do Rio Grande do Sul), autarquia, fundação estatal, organizações sociais (o modelo do estado de São Paulo), ou a oficialização das fundações de apoio através de mudanças na Lei das Fundações? De qualquer forma, os gestores eram unânimes em afirmar que o problema de financiamento era anterior e preponderante a qualquer modelo de gestão (Cislaghi, 2010).

A crise e os questionamentos dos hospitais de ensino, não eram exclusivos ao Brasil. A Organização Mundial da Saúde, em 1995, realizou seminário internacional, para avaliar o “estado da arte” dos HU's, em 22 países. Nesse seminário e nas discussões que se seguiram, o próprio modelo de ensino em saúde, embasado na existência dos HU's, passou a ser questionado, tendo em vista a alegada incompatibilidade entre os altos custos e a proposta de ambulatorização da assistência e do ensino e foco na prevenção (Médici, 2001). No entanto, os próprios críticos do modelo não acreditavam na extinção dos HU's, ou desse modelo de ensino, devido às pressões de médicos, professores universitários e funcionários dos hospitais; mesmo motivo que dificultaria sua inclusão em sistemas de referência e contrarreferência (Médici, 2001). Consideraram a possibilidade de se utilizar outros estabelecimentos de saúde de menor complexidade para a prática do ensino, ou mesmo reformular o conceito de ensino em saúde, sem vinculá-lo necessariamente à existência de HU's, ainda que pudessem ser contratados hospitais terciários (com estrutura de pesquisa) para o ensino de ações que envolvessem procedimentos de alta tecnologia:

Ainda que mantidos, em muitos casos, por verbas públicas, os hospitais universitários cresceram nos últimos setenta anos, em sua grande maioria, como instituições independentes, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas. Estes os utilizavam, seja como meios de experimentação de novas tecnologias médicas, seja como *loci* de recrutamento de novos médicos que iriam engrossar as fileiras das “guildas” de especialistas, aumentando o poder

social e econômico daqueles que se encontravam no topo da pirâmide de cada especialidade ou subespecialidade médica. (Médici, 2001, p. 149).

No final da década de 2000, a polêmica entre versões explicativas para a crise dos HU's continuava. O governo federal vinha sinalizando para a necessidade de mudança no modelo de gestão. Os dirigentes dos hospitais apresentavam, como justificativa para a crise, além do déficit no pagamento de procedimentos, congelados desde 1996, a falta de reposição de pessoal através de concursos, que levou os hospitais a utilizarem a maior parte de sua verba de custeio para pagamento de pessoal terceirizado (Cislaghi, 2010). Em 2009, uma comissão de juristas, constituída pela portaria nº 426, de 6 de dezembro de 2007, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), apresentou, após dois anos de trabalho, uma minuta de anteprojeto de Lei Orgânica com um novo modelo de ordenamento jurídico para a administração pública federal (Brasil, 2010). Nesse ordenamento, foram estabelecidas normas gerais para a administração pública direta e para a administração pública indireta (Brasil, 2010).

A ABRAHUE, por meio da ação da Frente Parlamentar da Saúde, pressionou o governo federal a discutir a crise dos Hospitais de Ensino. No âmbito do Poder Executivo, foi criada Comissão Interinstitucional para estudar a situação. Em resposta a este estudo, em 27 de janeiro de 2010, por meio do Decreto nº 7082, o governo federal criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), para “desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde” e normatizou que cada universidade apresentasse aos Ministérios da Educação e da Saúde, os planos de reestruturação de seu hospital universitário, contemplando cinco elementos: diagnóstico situacional da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos; especificidade da infraestrutura física e tecnológica; impacto financeiro para o desenvolvimento das ações; e cronograma para implantação do plano de reestruturação, vinculado ao desenvolvimento de atividades e metas (Luedy et al., 2012) .

Na mídia nacional, a situação dos HU's ganhava destaque e era recorrente nos noticiários. Chamadas como “Serviço hospitalar está à beira do colapso”, “Ministério da Saúde descobre Fraude de R\$ 100 milhões” e outras do gênero, reforçavam a crença de que a crise estava relacionada com o desempenho gerencial e forma de conduzir os hospitais (Rodriguez & Tristão, 2013).

Estudo do Tribunal de Contas da União constatou que os 21 HU's não possuíam auditoria interna própria, sendo que amostras de seus processos de compras são incluídos em trabalhos realizados em auditoria da universidade a que estão ligados. Também identificou ausência ou fragilidade das comissões de ética de dezenove hospitais. Os principais problemas encontrados foram a falta de pessoal, ausência de capacitação para funcionários que realizam contratações e descontrole de gastos. De acordo com o relatório, pelo menos 21 hospitais universitários espalhados pelo país apresentaram irregularidades e falhas nas suas principais atividades de controle interno, especialmente nas áreas de licitação e contratos (TCU, Acórdão 1610/2013). As auditorias foram iniciadas, após reportagem do Fantástico, da Rede Globo, sobre fraudes em concorrências realizadas para o Hospital Pediátrico da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Em resposta à crise, o governo sinalizou com a criação de uma empresa pública de natureza privada, para gerir os hospitais. A primeira tentativa de criação da Ebserh surgiu como Medida Provisória (MP nº 520/2010), encaminhada ao Congresso Nacional em 31 de dezembro de 2010. Porém, ela não foi aprovada na Câmara dos Deputados, por não ter sido votada a tempo. O Governo Federal instituiu, então, o Projeto Lei nº 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).

A situação construída de pessoal contratado em regime precário e as limitações impostas pelo RJU, foram justificativas para a criação da empresa. A Exposição de motivos interministerial que embasava a criação da empresa, argumentou:

A dupla finalidade pública – de assistência direta à população e de apoio ao ensino e à pesquisa das universidades – os diferenciam dos demais hospitais públicos e concede maior complexidade à sua gestão, que exige um nível de agilidade, flexibilidade e dinamismo incompatíveis com as limitações impostas pelo regime jurídico de direito público próprio da administração direta e das autarquias, especialmente no que se refere à contratação e à gestão da força de trabalho. A atual força de trabalho dos hospitais universitários é composta por 70.373 (setenta mil, trezentos e setenta e três) profissionais, dos quais 26.556 (vinte e seis mil, quinhentos e cinquenta e seis) são recrutados por intermédio das fundações de apoio das universidades, sob diversos formatos legais: pelo regime celetista (CLT), por contratos de prestação de serviços (terceirização) e outros formatos que caracterizam

vínculos precários sob a forma de terceirização irregular. (Exposição de Motivos Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, §4, p. 1, 2011)

A situação de insegurança jurídica das universidades, motivadas pelos hospitais, também foram justificativas, para criação da empresa. Conforme a Exposição de Motivos:

[...] a medida ora apresentada visa possibilitar o resgate da autonomia das universidades federais que tem sido prejudicada pela insegurança jurídica a que têm sido submetidas, e pela ausência das condições administrativas adequadas de funcionamento de suas atividades de pesquisa e de extensão, especialmente as relacionadas com a prestação de serviços públicos de saúde diretos aos cidadãos. (EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, §13, p. 1, 2011)

A lei específica de criação da Ebserh, apontou:

[...] A Ebserh terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária (Lei nº 12.550/2011 de 15 de dezembro de 2011, §3º).

Pela Lei, o capital social da empresa ficou integralmente sob a propriedade da União e as atividades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial integralmente no âmbito do SUS. Por parte do Governo, a criação da Ebserh, em seu projeto de lei, foi justificada na medida em que:

[...] propõe nova modelagem jurídico-institucional para as atividades e os serviços públicos de assistência médico-hospitalar e ambulatorial executados pelos hospitais das universidades públicas federais, com o objetivo de viabilizar um modelo de gestão mais ágil, eficiente e compatível com as competências executivas desses hospitais, além de oferecer solução jurídico-administrativa sustentável que solucione as crescentes dificuldades operacionais e os inúmeros questionamentos do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal a respeito do atual funcionamento dessas instituições. (EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, §2, p. 1, 2011).

A Exposição de Motivos, já citada, aludiu também para a economia de escala, uma vez, que a adesão maciça dos hospitais federais, criaria uma empresa de grandes proporções: “... a gestão integrada de várias unidades hospitalares permitirá obter ganhos de escala e especialização nos processos de compras; em processos finalísticos, na aquisição e disseminação de tecnologias e na gestão de pessoas.” (EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, §1, p. 1, 2011.).

Finalmente, o relatório argumenta que as universidades teriam a liberdade de aderir ou não à Empresa: “... Conforme Art. 6º do Projeto de Lei, a decisão de contratar ou não, os serviços da empresa pública são também da universidade, que poderá fazê-lo se, e quando julgar mais conveniente.” (EM Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, item 14, p. 1, 2011). O artigo citado, reportou-se à autonomia universitária, o que é constitucional conforme o Artigo 45 da Lei 8080/1990 referente à criação do SUS (Brasil, 1990).

Essa garantia de autonomia foi o que mais causou desconfiança na comunidade universitária. O fato de ter uma estrutura de comando bem delimitada e centralizada em Brasília gerou inquietação, uma vez que “não se pode servir a dois senhores ao mesmo tempo” (Bazzan, 2012). Outro fator que causou questionamento foi a forma de financiamento, não seguindo necessariamente os parâmetros da universidade, conforme as metas de ensino e de assistência definidas internamente (Câmara dos Deputados, 2011). Essa suposta autonomia, na prática não se efetivava, haja vista que, por ocasião da discussão, não se vislumbrava para o momento, alternativas para os hospitais e suas respectivas universidades. Ou adeririam à empresa, ou ficariam à deriva, do ponto de vista financeiro, jurídico e administrativo.

A criação da Ebserh incrementou os debates acerca dos HU's, sua crise, seus motivos e seu destino institucional. As entidades de classe atuantes nos hospitais receberam tal criação com resistências. O Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-NS) publicou, em outubro de 2012, uma matéria intitulada “Especial Ebserh”, em que apontava que dezesseis universidades já manifestavam interesse em assinar contrato com a Ebserh, para sanar os problemas de subfinanciamento dos HU's. Diante disso, várias ações de mobilização ocorreram, aglutinando entidades como a própria ANDES, 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). O Sindicato dos Servidores das Instituições de Ensino Superior, em nota no seu site, apresentou os seguintes motivos para serem

contrários à Ebserh: fim da autonomia universitária; ausência de controle social do SUS; objetivo de lucro da nova empresa; dificuldade em haver representação nacional dos servidores e possibilidade serem criadas novas modalidades privadas de gestão do SUS.

Em nota técnica publicada em janeiro de 2011, quando a criação da Ebserh era ainda apenas uma medida provisória, a Coordenação Geral da FASUBRA emitiu alguns pareceres e/ou preocupações acerca da implantação de uma empresa pública de natureza privada, atuando nas Universidades, com pessoal próprio em vínculo celetista e sem autorização legal para fazer a gestão de pessoal e dos recursos dos HU's. Ademais, a Ebserh não previu, em seu regimento, a participação dos servidores, nem das universidades ou qualquer outro controle social, o que seria um desrespeito ao artigo 173, §1º, I da Constituição (FASUBRA, 2011). Outro questionamento é que seria uma “terceirização pública”, uma vez que se tem uma empresa interposta, ou seja, é a relação em que o trabalho é realizado para uma empresa, mas contratado de maneira imediata por outra (FASUBRA, 2011). Finalmente, “como compatibilizar a delegação da gestão de um Hospital Universitário com a autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial da Universidade, prevista no artigo 207 da Constituição?” (FASUBRA, 2011, p. 11). Eram perguntas elaboradas ante a iminência da implantação da nova empresa.

A Procuradoria Geral da República, em 31 de dezembro de 2012, impetrou Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), nº 4895, contra a Lei de criação da Ebserh. Além disso, o Procurador da República afirmou que a criação da Ebserh fere a autonomia universitária, observada no artigo 207 da Constituição Federal. Apesar das reações contrárias, a Ebserh teve ampla adesão. Até 2017, 40 hospitais universitários já haviam firmado contrato com a empresa.

Toda essa exposição contextualiza o primeiro objetivo de pesquisa já anunciado – Explicitar e avaliar as repercussões e as perspectivas psicossociais dessa mudança em um hospital universitário de grande porte e representativo desse segmento. Ratifica também a adoção do desenvolvimento das ações de pesquisa para a consecução desse objetivo em uma perspectiva socio-histórica, considerando as práticas de gestão, as crises institucionais e seus desdobramentos, o processo de mudança pelo qual passaram os servidores, e seus impactos na subjetividade, na cultura organizacional e no desempenho hospitalar.

## 2.5 Condições de trabalho

As mudanças no mundo do trabalho se incrementaram a partir dos anos 1970. Nesse período, a economia internacional, entrou em crise, motivada entre outros, pela queda da produtividade, redução dos lucros e crescente resistência social ao trabalho passivo, parcelado e monótono (Ramos, 1992). Fatores intervenientes, como a crise do petróleo, em 1973, agravaram a situação. A partir de então, o que era considerado como direito e fator de modernidade, passou a ser considerado como rigidez da economia, que dificultava a retomada do crescimento. Surge então a ideia da flexibilidade na empresa, que se aplicava também ao trabalhador. As relações de trabalho seriam mais flexíveis e consideradas relações comerciais na lógica do capital (Ramos, 1992).

A flexibilização da organização do trabalho, com estruturas menos rígidas, teve como contrapartida a revisão dos direitos e conquistas trabalhistas que ocorreram no chamado período virtuoso do capitalismo, ou sociedade de bem-estar como o período ficou mais conhecido. Surgiram novas formas de organização do trabalho: novas tecnologias na produção, a revolução dos meios de comunicação e novos estilos de gestão, baseados em maior participação do trabalhador operacional (Borges & Yamamoto, 2014). A flexibilidade promoveu maior “liberdade” na definição da jornada de trabalho, aumento da rotatividade, globalização da economia, diluição da separação casa/trabalho e compartilhamento dos riscos e prejuízos do capital em tempos de crise, fortalecimento do papel do capital com o declínio concomitante da influência do movimento dos trabalhadores; incorporação das mulheres no mercado do trabalho, o enfraquecimento sindical e a individualização das relações de trabalho, muitas vezes transformadas em relações comerciais (Blanch, 2008; Castells, 2000; Ramos, 1992).

A flexibilização tornou-se um fator-chave não só das relações de trabalho, mas também e sobretudo, as premissas culturais subjacentes ao padrão da vida e do trabalho pós-moderno (Blanch, 2008). Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural (Antunes, 2001; Antunes & Praun, 2015; Castel, 2003).

As vantagens sugeridas pelo mundo corporativo, de acordo com Bendassolli (2011) são apenas de ordem figurativa, estando o sujeito atrelado às relações contraditórias das organizações

(Enriquez, 1997). De um lado, exigem dos profissionais um diferencial competitivo que garanta a eficácia e eficiência nas instituições pelas quais trabalham (Bendassolli & Malvezzi, 2013; Pina & Stotz, 2011); de outro, tais transformações e imposições técnico-gerenciais pressionam pela assimilação, sob pena de marginalização e/ou exclusão, podendo gerar um ciclo de degradação psíquica (Antunes, 2007; Gondim, Souza, & Peixoto, 2013; Metzger, 2011).

A intensificação do trabalho pode ser percebida no dia a dia da atividade laboral, diante da forte sensação de que o tempo foi comprimido; na densificação da jornada de trabalho, no desdobramento para executar sozinho o que antes era compartilhado. Além disso, ficou visível por meio dos bancos de dias e horas que ajustam a jornada às demandas flexíveis do mercado, assim como através da instituição de uma parcela variável do salário subordinada ao cumprimento de metas de produção e “qualidade”, entre outras formas de manifestação (Praun, 2014). Nesse contexto de desemprego estrutural, torna-se previsível a redução do poder de barganha do trabalhador, diminuindo sua capacidade de manter direitos anteriormente conquistados (Borges & Yamamoto, 2014). Criou-se uma enorme área de desregulamentação econômica e trabalhista que aprofundou a desigualdade entre sociedades e pessoas, produzindo um aumento na deterioração social (Moreno-Jiménez, 2011, Wilkinson & Pickett, 2009).

O risco passou do capital para o trabalho, com redução da qualidade de produtos e serviços e a deterioração do ambiente de trabalho, aumento da taxa de acidentes, vulnerabilidade psicológica e social de pessoas e famílias em trabalho precário (Bauman, 2007; Beck, 2002; Blanch, 2008). De acordo com autores como Antunes (1995), Aquino (2008) e Díaz-Salazar (2003) o que ocorre afinal é a precarização das condições de trabalho, marcada pela violação dos direitos do trabalhador, aumento no ritmo e jornada de trabalho, pressão psicológica em função do desemprego e vínculos precários.

A precariedade no trabalho, é definida por Antunes (2014) como atividade com fins econômicos exercida em condições que colocam aqueles que a realizam em uma situação de risco, vulnerabilidade ou degradação. Pode ser identificada, a partir do estatuto social do emprego ou ocupação, pelas condições objetivas particulares (local e ambiente de trabalho, meios e instrumentos de trabalho, organização do trabalho, etc.), e também pelas condições subjetivas que mobilizam a consciência e supõem a experiência daqueles que o realizam (Antunes, 2013; Vargas, 2016; Druck; Franco, 2007, 2011). Retomo aqui, o conceito de trabalho precário, no seu sentido mais amplo. Essa compreensão abrange tanto as determinações estruturais implicadas no mundo

do trabalho como as experiências vividas dos trabalhadores. De acordo com Paugam e Martin (2009), o que caracteriza, a precariedade não é apenas a desestabilização dos vínculos de emprego e a insegurança material dela decorrente, mas a ruptura de uma identidade e uma relação com o trabalho e com a empresa e o reconhecimento pela função que se desempenha.

Alguns estudos apresentaram iniciativas de desprecarização do trabalho no setor público (Koster & Machado, 2012; Jorge et al., 2007; March, 2011; Nogueira, Baraldi, & Rodrigues, 2005). Costa e Tambellini (2009) ao analisarem as cooperativas de trabalho que prestavam serviço numa unidade pública federal de saúde, constataram que o ingresso de trabalhadores nesse setor, em face de um contexto que restringia a inserção de trabalhadores via concurso, efetivou-se por meio de formas precárias de contratação. Silva, Souza e Teixeira (2017) constataram que os servidores de uma organização pública de ciência e tecnologia, submetida a processo de desprecarização, via concurso para repor mão-de-obra, entendiam que o principal desafio seria superar a deterioração das relações humanas no trabalho geradas no âmbito do contexto neoliberal de gestão pública.

Nesse ambiente de contínua mudança, a discussão acerca das condições de trabalho sempre esteve presente. No entanto, como sublinharam Ramos, Peiró e Ripoll (2002), na Psicologia durante o século XX não houve um investimento claro no seu desenvolvimento conceitual. Mas houve, mesmo assim, quem desenvolvesse tipologias das condições de trabalho. Muchinsky (1994), sensível ao contexto do mundo do trabalho, incluiu em sua categorização de condições de trabalho, fenômenos como: estressores físicos, aspectos ergométricos, biomecânico e fisiológico, a fadiga física e mental, trabalho em turnos, alcoolismo, abuso de drogas e outros. No entanto, por mais útil que tenha sido, a seu tempo, confundia as condições de trabalho e suas consequências. No avanço dessa conceituação, para Ramos et al. (2002), as condições de trabalho consistem no conjunto dos aspectos circunstanciais em que se produzem as atividades de trabalho, considerando os fatores do entorno físico, as circunstâncias temporais e as condições em que os trabalhadores desempenham sua atividade. A tipologia de Ramos et al., (2002) considerou seis amplas categorias: condições de emprego, condições ambientais (físicas, geográficas e arquitetônicas), condições de segurança, características das tarefas, processo de trabalho e condições sociais e organizacionais. Blanch, Sahagún e Cervantes (2010), nessa linha de ampliação do conceito, consideraram as condições de trabalho como o “conjunto de circunstâncias e características ecológicas, materiais, técnicas, econômicas, sociais, políticas, jurídicas e organizacionais, sob as quais se desenvolvem a atividade e as relações laborais.” (p. 175).

A diversidade de critérios de classificação dessas condições, contrasta, com o consenso em torno de algumas dimensões (Blanch et al., 2010; Borman, Ilgen e Klimoski, 2003; Castillo e Prieto, 1990; Martín, F., & Pérez, 1990). É patente, por exemplo, um crescente reconhecimento de relevância dos efeitos pessoais, organizacionais, econômicos e sociais. Porém, o viés patologista ainda caracteriza parcialmente esse enfoque (Blanch et al., 2010; Salanova & Schaufeli, 2009).

Conhecer as condições sob as quais o trabalho é realizado torna-se fundamental para compreender os impactos do contexto de trabalho na saúde física e psíquica. Ramos et al. (2002), Blanch (2003), Garrido (2006), Peiró e Prieto (2002) e Prieto (1994) destacaram a necessidade de sistematizar os conteúdos que compõem as condições de trabalho, bem como a de incorporar o enfoque político. Atribuem a esse fenômeno um conjunto de aspectos que abrange o entorno físico, o conteúdo das atividades, as características do ambiente de trabalho e as condições sociais em que se desenvolve (Costa, Borges, & Barros, 2015)

Alguns (por exemplo, Álvaro & Garrido, 2003; Blanch, 2003; Ramos et al., 2002) entenderam que o conceito de condições de trabalho, assumido por órgãos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça os direitos dos trabalhadores. Dentre as principais dimensões das condições de trabalho, Blanch (2014) destacou a "carga de trabalho" que definiu como o "conjunto de demandas do cargo na forma de demandas quantitativas (volume de tarefas, pressão de tempo etc.) e qualitativas (complexidade, inovação, criatividade, etc.); esforço físico e cognitivo (atenção, concentração, decisão, etc.), emocional (empatia, gestão de impressões, etc.), organizacional (responsabilidades em relação a direção, colegas e clientes, calendário), cronograma e contratual (segurança no trabalho/emprego, incentivos à produtividade, pressão sobre a competitividade, avaliação de resultados, etc.).

Na Espanha, desde 1987, o *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* (INSHT) começou a aplicar as "Pesquisas Nacionais de Condições de Trabalho" e desde o terceiro *survey*, em 1997, incluiu elementos de análise psicossocial relacionados com o conteúdo do estatuto do cargo, cronograma de trabalho e participação no trabalho (Martín, & Pérez, 1997). Essas categorias de análise foram mantidas, com variações, nas sucessivas edições. De acordo com a *European Industrial Relations Dictionary*, elaborado e atualizado anualmente por Eurofound (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*), as condições de trabalho, além dos aspectos tradicionais, abrange temas, como a organização do trabalho; a

formação do trabalhador, suas qualificações e empregabilidade; saúde, segurança e bem-estar; além da busca do equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (Eurofound, 2016).

Borges et al., (2013) desdobrando as categorias em várias subcategorias e baseando-se no questionário do *European Working Conditions Observatory* (EWCO), desenvolveram o Questionário de Condições de Trabalho (QCT), em português, e o testaram empiricamente. Exploraram, então, uma taxonomia (tabela 1) com duas amostras: uma de operários da construção de edificação, e outra de trabalhadores de saúde e docentes de um centro universitário privado. Os elementos das condições de trabalho foram agrupados em quatro grandes categorias: condições contratuais e jurídicas, condições físicas e materiais, processos e características das atividades, e condições do ambiente sociogerencial (Tabela 1):

Tabela 1  
*As grandes categorias das condições de trabalho*

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

Fonte: Costa, Borges, & Barros (2015, p. 230-31)

Guiar-se por essa tipologia, provavelmente ajudará identificar a percepção do trabalhador sobre as condições de trabalho conforme descrevi anteriormente sobre o HC/UFGM e conforme o que a literatura (p. ex., Antunes, 1995; Aquino, 2005; Blanch et al., 2010; Borges et al., 2015; Castells, 2000, Kalleberg, 2009) tem indicado acerca do mundo do trabalho em seu todo. Por isso, vinculando ao segundo objetivo geral da pesquisa — explorar o relacionamento entre as condições de trabalho e o estresse segundo os trabalhadores que atuam em tal hospital, no contexto de sua

adesão e implementação da Ebserh — estabeleci como primeiro objetivo específico, atrelado ao segundo objetivo geral:

**Objetivo específico 2A.** Identificar as condições de trabalho existentes no Hospital, conforme a percepção dos trabalhadores, considerando as condições contratuais e jurídicas, condições físicas e materiais, processos e características das atividades e as condições do ambiente sociogerencial.

## 2.6 O gerencialismo como modelo dominante

Apesar das resistências às reformas, o gerencialismo tornou-se um sistema de pensamento dominante no contexto social e do trabalho, tendo como elementos estruturantes, o individualismo e a superação de si mesmo e do outro, numa busca infindável por sucesso e desempenhos cada vez melhores, associados a resultados de alta performance (Giddens, 1995, 2005). De acordo com Gaulejac (2007), a ideologia gerencialista estaria presente no contexto da sociedade contemporânea impulsionada, por fatores econômicos e sociais. O autor entendeu que as teorias organizacionais baseadas no neoliberalismo se apresentaram como um modelo ideológico, uma vez que são criados e fundamentados em crenças e valores de um determinado grupo social.

Gaulejac (2007) afirmou que a ideologia gerencialista imputa ao homem adaptar-se ao tempo da empresa e não o inverso. O trabalhador é subordinado às diretrizes empresariais independente de suas dificuldades, submetendo-se sempre ao tempo do trabalho e às necessidades da produção. De acordo com o autor, o mundo de hoje vive um padrão de sociedade que chamou de “Sociedade de Gestão”, na qual as respostas aos problemas em qualquer esfera da vida se submetem a uma eficaz forma de geri-los. Esse modelo de sociedade estaria impregnado pela ideia de que os problemas – até mesmo da vida cotidiana – podem ser resolvidos desenvolvendo-se uma melhor gestão, que se consolida a partir da adoção de técnicas, postulados e diretrizes advindas dos estudos organizacionais (Gaulejac, 2007). A ideologia gerencialista estabelece uma cultura quantofrênica, na qual os instrumentos de medida – embora nem sempre traduzam a realidade – passam a ser os norteadores do contexto organizacional, pautados por indicadores e metas de qualidade e desempenho. Gaulejac (2007) entendeu que há uma relação ambígua entre as teorias de gestão e a ideologia gerencialista, na qual as primeiras se apresentam como uma análise descritiva das organizações e a segunda corresponde ao meio pelo qual se assegura o modelo

empresarial. Enquanto a primeira realiza proposições de “como” deve ser a “melhor” organização, através de técnicas e modelos de gestão, a segunda ampara a primeira dentro do contexto organizacional de aparente coerência e de difícil questionamento.

Nas organizações modernas, os mecanismos de gestão passaram ser a fórmula mágica para resolver os problemas, tanto do setor privado quanto do público (Rodriguez & Tristão, 2015). A ideologia gerencial, no entendimento de Soboll e Horst (2013), seria capaz de justificar todas as práticas organizacionais, através de um discurso que envolve a todos na busca de resultados superiores, subsidiando a produtividade das organizações. Autores como Chanlat (2002), Gaulejac (2007) e Wood e Paula (2010) identificaram a presença do vocabulário gerencialista não só no cotidiano dos ambientes de trabalho e no dia a dia das pessoas e em diferentes tipos de instituições, inclusive do setor público. Palavras como empreendedorismo, gestão, vontade, *manager*, flexibilidade, entre outras, costumam ser usadas de forma naturalizada, ignorando sua determinação social e contribuindo para o entendimento de que os indivíduos são os únicos responsáveis pelo seu desempenho.

O avanço da ideologia gerencialista promove uma “psicologização” dos problemas organizacionais, nas quais os trabalhadores são praticamente forçados a se colocarem como inconvenientes e debilitados, além de responsáveis pela situação em que se encontram, o que contribui para a crescente culpabilização individual e para a fragilização dos coletivos de trabalho. Tal condição promove o crescimento das queixas que se referem ao sofrimento psíquico, à hiperatividade, ao esgotamento profissional e ao aumento de suicídios no local de trabalho (Enriquez, 1997; Gaulejac, 2007).

Para atingir seus objetivos, a empresa pratica seu modelo de gestão (Chanlat, 1995). Este abrange o estabelecimento das condições de trabalho (incluindo os aspectos de organização e conteúdo do trabalho), as relações hierárquicas, o tipo de estrutura organizacional, o sistema de avaliação e controle dos resultados, as políticas de pessoal, os objetivos, os valores e a filosofia que o inspiram. Os modelos de gestão constituem-se a partir de elementos do nível micro e macro organizacional (Ribeiro, 2011). São influenciados por fatores internos das organizações, como a cultura, as tradições ou as características das práticas dos gestores, e também por fatores externos, como ciclos econômicos, movimentos sociais, políticas governamentais, papel do Estado e entidades sindicais (Ribeiro, 2011). Para Crozatti (1998), há forte relação entre o modelo de gestão

adotado por uma organização e sua visão, suas crenças e seus valores, ou seja, sua própria cultura organizacional.

No entanto, o desempenho organizacional depende basicamente das pessoas, havendo a necessidade dos gestores se voltarem para a compreensão da complexidade humana (Bendassolli & Malvezzi, 2013). A gestão de pessoas deve buscar o equilíbrio entre a objetividade, voltada para o cumprimento de metas, e a subjetividade. Equilíbrio esse, de duvidosa possibilidade, se o pressuposto assumido é o de antagonismo entre capital e trabalho. Incluir a subjetividade na gestão de pessoal, de qualquer forma, significa conhecer e respeitar o caráter multidimensional e o papel ativo de cada um na construção de sua relação com o trabalho (Gondim et al., 2013). O gestor deve estar atento às relações pessoais, à cultura organizacional e aos comportamentos que influenciam e são influenciados no desempenho individual e organizacional. O desafio do gestor moderno pode ser resumido: conciliar a subjetividade com a competitividade, o princípio da eficiência e a lógica da produtividade com o espírito de cooperação e a satisfação no trabalho (Davel & Vergara, 2001).

O novo modelo capitalista afetou também o setor público. Em busca da sustentabilidade, instituições que tradicionalmente eram percebidos como espaços de reflexão, ética, compromisso e responsabilidade com a educação (Mejía, Garrido, & Peralta, 2009) são progressivamente forçadas a abrir suas portas à lei da oferta e da demanda, à privatização, à concorrência com empresas lucrativas e à comercialização de bens (Blanch, 2008). Esse novo esquema incluiu, não só a institucionalização do cenário de trabalho, mas sua naturalização (Mejía et al., 2009). Diante desse panorama, muitos profissionais aparentam não ter problemas de adaptação. Mas outro grupo, também considerável, admite sentir-se preso em um conflito entre duas culturas – uma de serviço público e uma de empresa privada –, tendo dificuldade em entender seu trabalho e sua vida profissional.

Assistimos a práticas híbridas de conformação e resistência, coexistindo e combinando-se frequentemente nos mesmos ambientes e para as mesmas pessoas, às vezes na forma de discurso público conformista e às vezes na transcrição oculta de resistência (Blanch & Stecher, 2009; Giulio et al., 2015; Tsutsumi & Kawakami, 2004). Espera-se do profissional, uma combinação de eficiência e responsabilidade (valor típico do serviço público). Essas tensões ideológicas e morais têm consequências contraditórias: no aspecto positivo, maior racionalização e eficiência econômica e melhorias nos recursos materiais e técnicos do trabalho, e no lado negativo, mais tarefas, sobrecarga, menos tempo disponível e conflitos ideológicos e de atividades (Giulio et al., 2015).

## 2.7 Risco psicossocial e estresse no trabalho

De acordo com Blanch (2003), a antiga cultura de trabalho fordista-keynesiana tinha, entre outras, duas características principais: no nível cognitivo, constituía uma estrutura de certeza e uma base de previsibilidade e, em um nível emocional, representava um ambiente de segurança. As alterações no mundo do trabalho, as novas formas de organização, as alterações socioeconômicas (como globalização, terceirização, feminização e envelhecimento) e a alteração dos espaços, do conteúdo e da natureza do trabalho tiveram um impacto psicológico nos trabalhadores, com revisões no significado do trabalho, na motivação e na ética profissional, em que se contrapõem o contrato social com a comunidade e o contrato formal com o mercado (Borges, Falcão, Alves-Filho, & Costa, 2015; Costa & Barbosa, 2017; Costa, Borges, & Barros, 2015; Costa & Santos, 2013; Giulio, Vasconcellos, Günther, Ribeiro, & Assunção, 2015; Jiménez & León, 2010).

Admitindo o trabalho como estruturante da identidade e como parte da vida cotidiana, podemos entender as repercussões das novas relações de trabalho no indivíduo (Borges et al., 2013). A nova ordem implica em reconfiguração de velhos significados, dando lugar a novas lógicas de “profissionalismo” (Antunes, 2014; Bachman, 2013; Blanch, 2003; 2006, 2011; Burger, Crous & Roodt, 2013; Sennett, 2006; Tsutsumi & Kawakami, 2004). Com a reestruturação, a desregulamentação e a remercadorização das relações, ocorridas a partir dos anos 1980, os laços societários proporcionados pelo trabalho se enfraqueceram (Alves, 2011, Garrido, 2006, Toni, 2003). As transformações e imposições técnico-gerenciais pressionam os trabalhadores que devem assumir as novas tecnologias impostas, além da redução de pessoal e a precarização das condições de trabalho (Gorz, 1993; Pires, 2000).

Sob pena de marginalização e mesmo exclusão, os trabalhadores entram nesse ritmo de transformação e de pressão, muitas vezes, escondendo mal-estar ou acidentes, seja pelo medo de perder o emprego ou parecer fraco junto aos colegas e chefia (Pina & Stotz, 2011). Muitos naturalizaram os fatores de risco organizacionais (sobrecarga de trabalho "é típica do meu trabalho"), individualizaram (“sinto-me incapaz de gerir bem o meu horário de trabalho”) e entenderam como sua própria incompetência (“eu sou muito velho para trabalhar com esse tipo de demanda”) (Giulio et al., 2015). No entanto, esses recuos não aconteceram de forma pacífica, mas com resistências e conflitos (Alves, 2011; Brant & Minayo-Gomes, 2009; Milsoczky, Flores, &

Böhm, 2008; Paiva & Andrade, 2013). Este estado pode gerar um ciclo de degradação do estado psíquico (Metzer, 2011).

A experiência psicologicamente insatisfatória, própria da nova ordem, de “excesso de trabalho” ou “falta de tempo” para completar tudo ou para fazê-lo adequadamente, sob a ameaça de desemprego ou de se mostrar incapaz, ineficiente ou incompetente frente às exigências do trabalho e da sociedade, constitui o chamado risco psicossocial (Bawden & Robinson, 2008; Costa & Santos, 2013; EUROFOUND, 2016; Guimarães, 2013; Hart, 2004, Moreno-Jiménez, 2011; Tarafdar, Gupta, & Turel, 2013; Vasconcelos & Guimarães, 2009). Para Gollac e Bodier (2011), riscos psicossociais são riscos para a saúde criados pelo trabalho por meio de mecanismos sociais e psíquicos, como as condições de trabalho, fatores organizacionais e relacionais, manifestando-se na saúde mental, social e física. De acordo com os mesmos autores, os fatores psicossociais de risco no trabalho podem ser agrupados em seis categorias: intensidade do trabalho e tempo de trabalho; exigências emocionais; falta/insuficiência de autonomia; má qualidade das relações sociais no trabalho e conflitos de valores e insegurança na situação de trabalho (Gollac & Bodier, 2011).

Os riscos psicossociais, englobam, portanto, todos os efeitos deletérios da organização do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, resultantes da exposição aguda ou crônica aos fatores de risco psicossociais (Daza & Bilbao, 1997; Karasek, 2000; Moreno-Jiménez, 2011; OIT, 1986, 2004; Zanelli, 2015). Por sua vez, o conceito de percepção de risco será compreendido como o processo de assimilação, interpretação e julgamento que cada indivíduo desenvolve (a partir de sua história de vida, valores, relações sociais, etc.) diante de eventos potencialmente ameaçadores (Giulio et al., 2015; Tabanelli et al., 2008).

A complexidade da origem dos fatores psicossociais e as particularidades dos contextos nos quais se manifestam, dificultam sua especificação, diagnóstico, prevenção e intervenção (Borges et al., 2013; Kortum, Leka, & Cox, 2010; OIT, 2010). Some-se a utilização dos conceitos de risco e fatores de risco como equivalentes (Guzmán, 2011), aumentando-se a chance de ações que apenas tangenciem os problemas decorrentes da organização contemporânea do trabalho (Moreno-Jiménez, 2011). Há, ainda, uma confusão com outros termos como qualidade de vida no trabalho e clima organizacional (Rodrigues, 2018). Segundo Coelho (2009), deve-se fazer a distinção entre “fator de risco”, “risco” e “dano”. O fator de risco psicossocial corresponde a uma situação psicossocial estimulante do trabalho e que frequentemente provoca tensão, bem como outras

repercussões desagradáveis na vida do sujeito. O risco psicossocial corresponde à probabilidade de se atingir o potencial dano ou exposição a esse dano, sendo que é dependente das características individuais e das estratégias de enfrentamento individuais e da organização. O dano psicossocial é entendido como o dano provocado por um fator de risco psicossocial com consequências para a saúde física ou psicológica do trabalhador.

De acordo com Cox, Griffiths e Rial-González (2000) a atuação destes fatores se dá por duas vias, uma direta pela exposição física a fatores com ruído, luminosidade, radiações e outros agentes causadores de dano físico, ou por via indireta pela experiência de estresse vivida pela exposição aos fatores de natureza psicossocial em sentido estrito. Moreno-Jiménez (2011) alertou que a atenção exclusiva aos riscos psicossociais pode levar à perda da capacidade de analisar a saúde ocupacional como um todo. Assim como a verdadeira prevenção se inicia na atenção aos incidentes de trabalho que não produzem agravos maiores, a prevenção psicossocial requer a atenção constante aos fatores de risco psicossocial. Atentar apenas aos riscos psicossociais significa direcionar a atenção apenas para os acidentes graves ou fatais, negligenciando sua gênese e complexidade (Leka & Jain, 2010).

O risco psicossocial é reconhecido como um grande desafio para saúde dos trabalhadores e para o melhor desempenho das organizações (Houdmont, Kerr, & Addley, 2012; Landsbergis, Grzywacz, & LaMontagne, 2014; OIT, 2010). Instituições como a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1986) têm reivindicado por décadas a atenção específica para os fatores psicossociais no trabalho; ou seja, certas condições relacionadas com o ambiente, a organização e o conteúdo do trabalho, bem como as exigências da realização da tarefa, que incluem um potencial risco psicossocial para a segurança, a saúde (física, mental ou social) e o bem-estar dos trabalhadores (Blanch et al., 2010). Uma das primeiras referências oficiais ao tema aparece no trabalho "Fatores psicossociais no trabalho: reconhecimento e controle" em um documento publicado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1984). As primeiras listas de riscos psicossociais são extensas e incluem aspectos, como: sobrecarga no trabalho, a falta de controle, o conflito de autoridade, a desigualdade no salário, a falta de segurança no trabalho, os problemas das relações de trabalho e o trabalho por turnos (OIT, 1986).

A Enciclopédia de Saúde e Segurança do Trabalho, publicada pela Organização Internacional do Trabalho, em sua versão atual, associa o conceito de fatores psicossociais do trabalho e de organização do trabalho:

[...] os fatores psicossociais e de organização são condições que conduzem ao estresse e que compreendem aspectos do posto de trabalho e do ambiente de trabalho, como o clima ou cultura da organização, as funções laborais, as relações interpessoais no trabalho e o desenho e o conteúdo das tarefas (...). O conceito de fatores psicossociais estende-se também ao ambiente existente fora da organização (por exemplo exigências domésticas) e a aspectos do indivíduo (por exemplo, personalidade e atitudes) que podem influir no aparecimento de estresse no trabalho. As expressões organização do trabalho e fatores organizacionais utilizam-se muitas vezes de maneira intercambiável com a de fatores psicossociais para fazer referência às condições de trabalho que podem conduzir ao estresse (Sauter et al., 2003, p. 34.2).

Os instrumentos atualmente disponíveis para investigação empírica dos aspectos psicossociais das condições de trabalho podem ser agrupados em três categorias principais (Blanch et al., 2010): a) aqueles que fornecem informações generalistas sobre as condições de trabalho, com ênfase na dimensão objetiva dos mesmos, mas progressivamente abertos aos aspectos subjetivos, como o Questionário para o Quinto *survey* Europeu sobre Condições de Trabalho (Eurofound, 2010); b) as ferramentas usadas em estudos de caso sobre conjuntos de fatores psicossociais, que geralmente adotam o formato de questionários de autorrelato, como o COPSOQ e o ISTAS21 (Nogareda & Almodóvar, 2005); c) instrumentos que avaliam um "fator psicossocial" específico ou certo "efeito psicológico" do mesmo. Esses, avaliam as condições de trabalho, conforme uma leitura da realidade, como: as escalas de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996) ou de engajamento de Schaufeli, Bakker e Salanova (2006); ainda, aqueles que avaliam fenômenos como estresse, depressão, ansiedade, satisfação, bem-estar psicológico ou saúde mental, em geral por meio de testes psicológicos padronizados e não necessariamente concebidos para serem aplicados em contextos laborais.

As teorias do estresse também são usadas para explicar os mecanismos dos riscos psicossociais (Costa & Santos, 2013), embora estresse e risco psicossocial não devam ser considerados sinônimos (Villalobos, 2004). Os riscos psicossociais experimentados como estressantes são sumarizados por Leka e Jain (2010) em 10 diferentes características do trabalho: conteúdo do trabalho, sobrecarga e ritmo de trabalho, horário de trabalho (longas horas e ritmo de trabalho), (des)controle sobre o trabalho, ambiente de trabalho e recursos tecnológicos disponíveis, cultura organizacional e estrutura funcional, relações interpessoais no trabalho (relação com

superiores, subordinados e colegas), violência e assédio no trabalho, papel no trabalho (conflitos e ambiguidades), desenvolvimento de carreira e interface trabalho-casa.

No entendimento que o estresse não é doença, mas uma situação que pode causar danos à saúde (Vasconcelos & Guimarães, 2009), os modelos de apuração do estresse, procuram avaliar o processo de trabalho em seus aspectos relacionais e como essas relações afetam a saúde e bem-estar do indivíduo (Hobfoll, 1989; Lazarus & Folkman, 1986).

Atualmente, os questionários *Job Contents Questionnaire* (JCQ), desenvolvido por Karasek (Karasek, 1979) e o *Effort-Reward Imbalance Questionnaire* (ERIQ) desenvolvido por Siegrist (1996) têm sido os mais comumente usados para avaliação do estresse ocupacional (Karasek, Brisson, Kawakami, Houtman, & Bongers, 1998; Siegrist et al., 2004).

No JCQ – traduzido no Brasil como Modelo Demanda e Controle (Araújo, Graça, & Araújo, 2003), o estresse é concebido como a experiência das situações em que as demandas suplantam o controle, e não como uma categoria nosológica independente, como no caso dos transtornos de estresse agudo, que é o resultado da vivência de situações extremas (Bell, Johnston, Allan, Pollard, & Johnston, 2017). Assim, o questionário se propõe a medir as consequências da exposição dos trabalhadores às situações estressoras, mas sem a identificação dos fatores geradores (Ganster & Rosen, 2013). Por um lado, existe uma demanda, entendida como as exigências físicas, cognitivas e emocionais de um determinado contexto e, por outro, o controle, representado pelo grau de decisão que os sujeitos podem exercer na situação (Araújo et al., 2003). Nesse modelo, os fatores de risco psicossociais estão relacionados à interação dinâmica entre os indivíduos e seu trabalho, compreendendo o desempenho profissional, o controle e autonomia em relação às funções, tarefas e atividades realizadas; a forma de organização dos esquemas de produção; a jornada e intensidade do trabalho; as características organizacionais e o ambiente interno e externo (Ahumada & Martínez, 2011; Portuné, 2012).

A relação entre as dimensões, demanda e controle, implica em quatro possibilidades: trabalhos com baixa exigência (baixa demanda e alto controle); trabalho ativo (alta demanda e alto controle); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle); e trabalhos com alta exigência (alta demanda e baixo controle). No modelo, o controle exerce função moderadora da experiência de estresse, uma vez que nas atividades de alta demanda com alto controle, o estresse é vivenciado de forma mais salutar que em situações de alta demanda e baixo controle (Karasek, 1985; Karasek et al., 1998). A interação entre estas condições, nos estudos em diversos ambientes laborais, é

identificada como determinante, seja na experiência de estresse (Luchman & González-Morales, 2013), seja nas reações fisiológicas, como ritmo cardíaco e produção de alfa-amilase salivar (O'Donnell et al., 2015).

A partir deste modelo foram desenvolvidos instrumentos de avaliação com foco nas dimensões demanda e controle, como o *Job Content Questionnaire* – JCQ (Karasek, 1985; Karasek et al. 1998), e versões que buscam alcançar diversidades de situações laborais mais contemporâneas, incluindo o conflito trabalho-família, a exposição à violência e fatores relativos ao entorno social das organizações. Nesta linha estão o *Working Conditions and Control Questionnaire* – WOCCQ (Hansez & Kayser, 1999) e a Escala de Avaliação de Estressores Psicossociais no Contexto Laboral (Ferreira et al., 2015). O pressuposto é que o descompasso entre as demandas externas e a capacidade de controle, configuram-se como fatores de risco psicossociais (Kortum, Leka & Cox, 2011; OIT, 2010). No entanto, apesar de sua difusão, o JCQ tem limitações relativas a contextos muito específicos e por não considerar variáveis presentes no trabalho, como a liderança e exigências emocionais (Lorente & Yeves, 2016). Além disso, existem limitações no próprio instrumento em relação à mensuração dos construtos a que se propõe avaliar (Bell et al., 2017).

Siegrist (1996) desenvolveu seu questionário a partir do Modelo Esforço-Recompensa, *Effort-Reward Imbalance Questionnaire* (ERIQ) combinando elementos selecionados do Modelo de Demanda e Controle (Karasek, 1979; Johnson & Hall, 1988) e do Modelo de Ajuste Pessoa-Ambiente (French et al., 1982). O modelo tenta explicar os níveis de estresse relacionados ao trabalho avaliando o ajuste (ou desajuste) entre a percepção do indivíduo de suas habilidades e as exigências que o trabalho lhe proporciona (van der Doef & Maes, 1999).

Siegrist (1996) levantou a hipótese de que os modelos, nos quais se inspirou, deixaram de levar em conta o contexto social do ambiente de trabalho e a importância dos papéis sociais no senso de autoestima e autoeficácia dos indivíduos. Segundo o autor, o comportamento no trabalho é baseado na compreensão individual das regras de reciprocidade social (ou seja, respondendo a uma ação positiva com outra ação positiva). Em outras palavras, os indivíduos gastam uma certa quantidade de esforço no trabalho para receber um certo número de recompensas sociais. O esforço de trabalho pode assumir uma forma extrínseca – quando os indivíduos respondem a demandas externas de trabalho – ou uma forma intrínseca – quando os indivíduos são motivados internamente de acordo com características pessoais relativas à necessidade de controle para atender às demandas

do trabalho. Em uma concepção ampla, recompensas são retornos de natureza financeira, não financeira (estima ou controle de estado social) e psicológica (Tornikoski, 2011), oferecidos aos funcionários em troca de seu trabalho, tempo, talento, esforço e resultados (Bratton & Gold, 2003). O controle do estado social consiste na percepção de uma pessoa de sua capacidade de exercer controle sobre as condições de trabalho de maneira que reflitam o status social (por exemplo, segurança no emprego e consistência de responsabilidades). Assim, apesar de empregos de alta tensão e condições de trabalho desfavoráveis, Siegrist conjecturou que as pessoas muitas vezes se sentem incapazes de deixar o seu emprego ou mudar suas percepções de seu ambiente de trabalho porque a sua autoestima e autoeficácia foram enraizadas em suas expectativas não satisfeitas de reciprocidade social. As motivações intrínsecas dos indivíduos (fator psicológico) resultam em tentativas contínuas e aumentadas de controlar seu ambiente a fim de aliviar o que eles experimentaram como um desequilíbrio social que produz recompensas inadequadas.

O Modelo do Equilíbrio Esforço-Recompensa (EqER) acrescenta dois aspectos à compreensão do estresse psicossocial no trabalho. Em primeiro lugar, sublinha a importância do intercâmbio recíproco para manter uma boa saúde, uma vez que os estados de alto custo e baixo ganho aumentam o risco de doença. Além disso, separa os componentes extrínsecos dos componentes intrínsecos da interação complexa do ambiente de trabalho. Especificamente, o componente extrínseco (relação esforço-recompensa) foi complementado pela introdução de um estilo pessoal de lidar com as demandas do trabalho (esforço intrínseco, excesso de compromisso ou superdedicação) (Siegrist et al., 2004). De acordo com Joksimovic, Starke, Knesebeck e Siegrist (2002), a combinação do componente extrínseco com o componente intrínseco de demanda (superdedicação ao trabalho) pode melhorar o poder preditivo do método (Hwang & Ha, 2017).

O modelo postula que a falta de reciprocidade entre altos “custos” (p. ex., gastar muito esforço no trabalho) e baixos “benefícios” (em termos de gratificações monetárias, oportunidades de carreira, estima, respeito e segurança no emprego) produz sofrimento emocional que afeta o psiquismo (Siegrist, 2016). Portanto, as recompensas têm sido equacionadas com quaisquer retornos que o funcionário valoriza ou deseja e que o empregador é capaz ou está disposto a oferecer em troca de sua contribuição à organização (Steil, Penha, & Bonilla, 2016).

A associação entre o desequilíbrio entre esforço e recompensa e risco de transtornos depressivos é admitida por Rugulies, Birgit e Madsen (2017): a) a experiência recorrente do referido desequilíbrio pode levar a sentimentos de humilhação e deterioração da autoestima, que

são considerados processos psicológicos importantes no desenvolvimento de transtornos depressivos (Brown, Harris, 1978; Harris, 2001; Sowislo & Orth, 2013); b) a obrigação de permanecer em uma situação de desequilíbrio, por exemplo, por falta de alternativas de escolha no mercado de trabalho, pode evocar sentimentos de aprisionamento e desamparo, dois fenômenos psicológicos considerados como passíveis de levar a transtornos depressivos (Harris, 2001; Kendler, et al. 2003); c) o desequilíbrio esforço-recompensa pode levar à desregulação do eixo de estresse hipotalâmico-hipofisário-adrenal (Chandola, Heraclides, & Kumari, 2010), que é uma das várias vias biológicas consideradas na etiologia dos transtornos depressivos (Gold, 2014; Pariante & Lightman, 2008; Pittenger & Duman, 2008).

Comparando estes dois modelos mais utilizados, Hwang e Ha (2017) entenderam que o JCQ avalia os aspectos estruturais do ambiente de trabalho psicossocial, enquanto o EqER inclui características estruturais e pessoais. O JCQ mede se a sobrecarga de trabalho que está associada ao desequilíbrio entre demanda e autonomia, enquanto o EqER enfatiza a falta de reciprocidade entre esforço e recompensa. Ainda, os componentes do EqER estão ligados a condições macroeconômicas mais distantes do mercado de trabalho, enquanto o foco principal do JCQ está nas características do local de trabalho. Finalmente, os dois questionários de estresse têm diferentes orientações teóricas (controle versus recompensa) e têm diferentes implicações para o estresse no trabalho e no desfecho (Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, Starke, Chandola, Godin, Marmot, 2004).

Além das diferenças mencionadas sobre o modelo teóricos e questionários, constatamos que o Questionário de Condições de Trabalho (QCT), aplicado nesta pesquisa, contempla os principais aspectos pesquisados no questionário de avaliação de Modelo e Controle (*Job Contents Questionnaire*). Decidimos, então, aplicar concomitante ao primeiro, apenas o Questionário de Avaliação do Equilíbrio Esforço-Recompensa (EqER). Tal decisão se norteia pelos seguintes objetivos específicos:

**Objetivo específico 2B.** Identificar a percepção de estresse no trabalho, conforme a avaliação do Equilíbrio Esforço-Recompensa.

**Objetivo específico 2C.** Identificar os fatores de risco psicossocial por meio da exploração da associação entre a percepção das condições de trabalho e o nível de estresse (Equilíbrio Esforço-Recompensa) dos participantes.

## Capítulo 3

### Método

Como anunciei nas seções anteriores, planejei a presente pesquisa para atingir os seguintes objetivos gerais:

- **Objetivos gerais**

**Objetivo 1.** Explicitar e avaliar as repercussões e as perspectivas psicossociais das mudanças estruturais ocorridos em um hospital universitário de grande porte e representativo desse segmento.

**Objetivo 2.** Explorar o relacionamento entre as condições de trabalho e o estresse segundo os trabalhadores que atuam nesse hospital após sua adesão a Ebserh.

Tendo em vista a consecução do segundo objetivo geral, planejei a pesquisa orientada pelos objetivos específicos como também anunciado anteriormente:

- **Objetivos específicos**

**Objetivo específico 2A.** Identificar as condições de trabalho existentes no Hospital, conforme a percepção dos trabalhadores, considerando as condições contratuais e jurídicas, condições físicas e materiais, processos e características das atividades e as condições do ambiente sociogerencial.

**Objetivo específico 2B.** Identificar o nível de estresse dos participantes da amostra, conforme o Modelo do Equilíbrio Esforço-Recompensa.

**Objetivo específico 2C.** Identificar os fatores de risco psicossocial por meio da exploração da associação entre a percepção das condições de trabalho e o nível de estresse (Equilíbrio Esforço-Recompensa) dos participantes.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sendo atribuído o registro: Número do Projeto CAAE – 67413417.0.0000.5149 (anexo).

Planejei sua execução em duas etapas como passarei a descrever.

### 3.1 Primeira Etapa: A Instituição Hospital das Clínicas

Desenvolvi a primeira etapa de pesquisa aplicando duas técnicas: a pesquisa documental e entrevistas. A primeira visou descrever a trajetória da instituição estudada. Conforme Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) “a pesquisa documental possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural, [pois] permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social.” (p. 2). O resgate da trajetória de uma organização não é feito de maneira neutra, e não consiste em uma mera ilustração cronológica dos acontecimentos anteriores, mas sim uma tentativa de sistematização e elucidação de papéis de diversos grupos e a correlação de forças e interesses convergentes e contraditórios que ocorrem ao longo de sua jornada (Costa & Saraiva, 2011). Os documentos da própria organização (portarias e resoluções, encartes e boletins, relatos de seminários e de outros documentos) estavam disponíveis no acervo da Direção Central, e diziam respeito à criação do Hospital, propostas de solução para crise financeira e alternativas de gestão e de novo modelo assistencial. Os documentos relativos à proposta de criação da nova empresa (legislação pertinentes e discussões que se seguiram) foram coletados nas próprias entidades, imprensa escrita, mídia eletrônica (rádio, televisão, internet e outros) e nos diversos fóruns de discussão e debate da proposta do governo e seus desdobramentos.

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2017, após a adesão e implementação da nova empresa no âmbito do hospital estudado. A escolha dos entrevistados considerou:

- 1) o nível de participação no processo de adesão à empresa, gestores, ex-gestores e trabalhadores ativos;
- 2) os dois principais vínculos institucionais (estatutários e celetistas);
- 3) a ocupação de funções estratégicas entre profissionais da nova empresa;
- 4) uma profissional ligada à sede da empresa, que acompanhou todo o processo de concepção e criação da mesma.

Ao todo, 16 pessoas foram entrevistadas, sendo oito gestores, quatro ex-gestores e quatro trabalhadores sem caracterização própria nas duas categorias anteriores. As entrevistas semiestruturadas (Apêndice C) procuraram identificar a percepção dos participantes relativa à missão do hospital, à crise dos HU's, à proposta de criação da nova empresa, à sua repercussão, à implantação e às primeiras impressões acerca da nova realidade hospitalar, a partir do advento da

Ebserh. Preservamos sempre espaço aberto para manifestações espontâneas. As entrevistas foram transcritas e analisadas em seu conteúdo. As falas mais representativas foram apresentadas no texto, resguardando-se a identificação dos entrevistados. Todos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

### **3.2 Segunda Etapa: Aplicação de Questionários Estruturados**

Nesta etapa da pesquisa, aplicamos o questionário nos trabalhadores do hospital. O questionário foi composto de três partes: a) aspectos sociodemográficos e condições contratuais e jurídicas; b) Questionário de Condições de Trabalho (QCT) e c) Questionário de avaliação do estresse ocupacional conforme Modelo do Equilíbrio Esforço-Recompensa (EqER). A primeira e segunda parte do Questionário também foi aplicado na mesma época, em outras unidades da UFMG (servidores técnico-administrativos e professores), como parte da pesquisa de Qualidade de Vida no Trabalho, conduzida pelo Laboratório de Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

#### **3.2.1 Participantes**

A

Tabela 2 apresenta a composição do quadro de pessoal estável presente no Hospital, no final do ano de 2017. O pessoal Ebserh já é mais numeroso, com 55% dos profissionais. O sexo feminino é majoritário (72,3% do total), sendo que a categoria de enfermagem é a mais numerosa. Em relação à área de atuação, é maior a quantidade de profissionais na área ambulatorial (31,5%). Em relação ao tempo de Hospital, há uma diferença entre o pessoal Ebserh (média de 2,4 anos) em relação ao pessoal UFMG (média de 9,5 anos). A média de idade do pessoal UFMG é de 44 anos e da Ebserh é de 39 anos.

Esse contingente de pessoal foi o alvo específico de minha pesquisa. Além desses, também encaminhei o Questionário para funcionários terceirizados de apoio administrativo, considerando a inserção desses profissionais no mesmo ambiente que os funcionários do quadro estável e normalmente submetidos à mesma chefia imediata. Muitos trabalharam no Hospital, pela FUNDEP e foram demitidos, na medida em que os concursados Ebserh, iam sendo admitidos, e retornaram por essa empresa terceirizada. Também foram convidados a responder o questionário, professores ocupantes de cargos de chefia no âmbito do hospital. Entendemos que esses profissionais

compartilham o convívio com vários aspectos das condições de trabalho, excluindo apenas a dimensão contratual e jurídica.

Tabela 2

*Quadro de pessoal estável – Hospital das Clínicas UFMG – dezembro de 2017*

	<i>EBSERH</i>	<i>%</i>	<i>UFMG</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%</i>
Masculino	491	16,2%	346	11,4%	837	27,7%
Feminino	1156	38,2%	1031	34,1%	2187	72,3%
Total	1647	54,5%	1377	45,5%	3024	100,0%
<i>Categoria</i>						
Administrativo	183	6,1%	206	6,8%	389	12,9%
Assistencial	166	5,5%	227	7,5%	393	13,0%
Enfermagem	745	24,6%	743	24,6%	1488	49,2%
Médica	553	18,3%	201	6,6%	754	24,9%
Total	1647	54,5%	1377	45,5%	3024	100,0%
<i>Área de Atuação</i>						
Administrativa	229	7,6%	340	11,2%	569	18,8%
Ambulatorial	523	17,3%	431	14,3%	954	31,5%
Assistencial	425	14,1%	388	12,8%	813	26,9%
Internação	470	15,5%	218	7,2%	688	22,8%
Total	1647	54,5%	1377	45,5%	3024	100,0%
<i>Tempo de Hospital</i>						
Masculino	2,36	DP [0,82]	17,96	DP [9,27]	9,09	DP [5,04]
Feminino	2,36	DP [0,68]	17,62	DP [8,28]	9,65	DP [4,48]
Total	2,36		17,71		9,50	
<i>Idade</i>						
Masculino	41,9	DP [10,25]	49,2	DP [9,06]	45,2	DP [9,65]
Feminino	39,0	DP [8,68]	49,1	DP [17,9]	43,8	DP [13,29]
Total	39,8		49,1		44,2	

*Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas – Hospital das Clínicas da UFMG.*

Considerando todo o público que recebeu a segunda parte do questionário (pessoal do Hospital e também do restante da Universidade (professores e Técnicos Administrativos em Educação), tivemos a devolução de 1091 questionários respondidos. Com a retirada dos não elegíveis tivemos 1060 questionários válidos, que foram submetidos à análise fatorial, como explicarei mais adiante.

Em relação ao público do Hospital das Clínicas, que respondeu as três partes do questionário, tivemos 480 respostas. Considerando-se os não elegíveis, restaram 477 questionários

válidos, que foram então submetidos à análise fatorial e demais análises estatísticas, como detalhado adiante.

Os questionários não elegíveis foram aqueles respondidos na fase de teste e também aqueles que responderam mais de 50% das perguntas com a resposta “não se aplica”. A justificativa para tal critério é que, esses sujeitos, não estariam suficientemente inseridos no contexto de trabalho que queríamos apurar, portanto não seriam representativos do conjunto dos trabalhadores alvos do estudo.

A Tabela 3 apresenta o perfil sociodemográfico da amostra final do Hospital das Clínicas que respondeu ao questionário. A média de idade foi de 40,36 anos (DP=10,08; mediana de 39 anos), lembrando que no universo da população alvo a média de idade é 44,2 anos (Tabela 2). O tempo médio de trabalho no hospital foi de 9,8 anos (DP=10,23 e mediana de 3,17 anos), sendo que, na população alvo é de 9,5 anos (Tabela 2). A assimetria da idade e tempo de casa, considerando-se o vínculo, é compatível com a discrepância na população estudada. Para o pessoal UFMG no HC, a média dos participantes é de 19,4 anos (DP=9,6 e mediana de 21,4 anos) e para o pessoal Ebserh, a média é de 4,2 anos (DP de 9,6 e mediana de 2,4 anos). O percentual de 77% do sexo feminino reflete o encontrado na população estudada (73%).

Tabela 3

*Distribuição da amostra de acordo com características do perfil sociodemográfico.*

Variáveis		Média	N	DP	Mediana	p
Sexo	Masculino	2,73	112	0,65	2,65	0,787
	Feminino	2,73	365	0,65	2,65	
Filhos	Nenhum	2,74	212	0,62	2,7	0,063
	Um	2,86	116	0,68	2,78	
	Dois ou mais	2,67	149	0,66	2,6	
Estado civil	Casado	2,78	156	0,65	2,7	0,797
	Solteiro	2,73	231	0,62	2,7	
	Mora com companheiro	2,69	39	0,75	2,5	
	Divorciado	2,73	46	0,73	2,6	
	Viúvo	2,28	2	0,04	2,275	
	Outro	3,03	3	0,42	2,9	
Companheiro	Com companheiro	2,76	195	0,67	2,7	0,624
	Sem companheiro	2,73	279	0,64	2,7	

### 3.2.2 Instrumentos

O conjunto de questionários estruturados aplicado, conforme o protocolo de pesquisa, se compôs de três instrumentos: avaliação do perfil sociodemográfico, Questionário das Condições de Trabalho (QCT) e Questionário do Modelo do Equilíbrio Esforço Recompensa (EqER). (Apêndice E). Para avaliar o perfil sociodemográfico, a ficha utilizada abrangeu itens sobre os seguintes aspectos: idade, tempo de trabalho na Universidade, no cargo e no trabalho, sexo, estado civil, número de dependentes e nível de instrução. Essas categorizações foram utilizadas para a descrição da amostra.

O QCT foi elaborado por um grupo composto por funcionários da UFMG e estudantes de pós-graduação (alguns professores de instituição de ensino superior particulares) e de graduação do curso de Psicologia da UFMG, membros da equipe do Laboratório de Trabalho, Sociabilidade e Saúde, sob a coordenação da orientadora dessa tese. Partimos da versão anterior publicada por Borges et al. (2013). A partir dessa versão, fundamentados por análise documental sobre qualidade de vida nas universidades e com base na minha própria inserção na UFMG, desenvolvemos uma revisão minuciosa, item a item, do QCT.

A versão final do QCT contou com 28 itens sobre as condições contratuais e jurídicas, 47 sobre as condições físicas e materiais, 74 sobre processo e características da atividade e 79 acerca das condições do ambiente sociogerencial. A avaliação das condições contratuais e jurídicas (primeira parte) aborda aspectos como: tipo de cargo, atividade exercida na instituição, vínculo trabalhista, exercício de chefia, horas reais trabalhadas por semana, número de dias trabalhados por semana, turno de trabalho, tempo de deslocamento até o trabalho, dias de férias consecutivas em geral usufruídas, recebimento de adicional de insalubridade, sindicalização, faixa de renda, exercício de outras atividades profissionais fora do trabalho e tempo para essa atividade (se for o caso). As demais partes do QCT usam escala com as seguintes alternativas: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Algumas vezes), 4 (Muitas vezes), 5 (Todo o tempo) e 6 (Não se aplica). Focalizam três dimensões das condições de trabalho, a saber: 1) condições físicas e materiais; 2) características e processos da atividade; 3) Aspectos do ambiente sociogerencial.

Para avaliação do estresse laboral, utilizamos o EqER, desenvolvido por Siegrist (1996). Neste caso, foi aplicado somente entre os trabalhadores do Hospital das Clínicas – público alvo de nosso estudo. Esse questionário teve suas evidências de validade examinadas no Brasil por Alves, Chor, Faerstein, Lopes e Werneck (2004). É composto por 23 perguntas, medindo os fatores: 1)

recompensa; 2) componente extrínseco do esforço (Condições objetivas de trabalho); e 3) componente intrínseco do esforço (comprometimento excessivo ou superdedicação ao trabalho). Consiste de afirmações, nas quais o entrevistado escolhe as opções em uma escala *likert*, graduadas em: concordo totalmente, concordo mais que discordo, não concordo e nem discordo, discordo mais que concordo e discordo totalmente (fator 1 e 2) e nas opções: concordo fortemente, concordo em parte, discordo em parte e discordo fortemente (fator 3). O EqER pode ser lido no apêndice E.

### **3.2.3 Procedimentos de campo**

Para aplicação dos questionários no Hospital das Clínicas, contratamos profissional que elaborou programa específico, usando o JSON, atentando para a segurança dos dados, o sigilo e o anonimato dos participantes. Encaminhamos o questionário, por e-mail, a partir de cadastro fornecido pela Divisão de Gestão de Pessoas do Hospital. A versão *online* continha a apresentação da pesquisa e previa: o prévio preenchimento do TCLE; impedir que o participante seguisse adiante deixando itens em branco e a interrupção do preenchimento com possibilidade de continuar posteriormente. Após o envio do e-mail, convidando para participação, uma equipe de alunos da iniciação científica, integrantes do Laboratório de Trabalho, Sociabilidade e Saúde, percorreu o Hospital, divulgando a pesquisa e fornecendo o questionário em meio físico para aqueles que preferissem, juntamente com o TCLE e recolhendo posteriormente.

As respostas foram lançadas em plataforma online, migradas para planilha Excel e depois de organizadas, exportadas para o pacote estatístico SPSS. Aqueles aplicados no formato tradicional demandaram digitação manual diretamente no banco de dados do SPSS. Após montado o banco de dados do SPSS, passamos então a proceder as análises estatísticas.

### **3.2.4 Análise dos questionários**

Desenvolvemos, então, análises para avaliar a validade e consistência do QCT (análises fatoriais exploratórias e confirmatória, bem como estimativa de alfa de Cronbach). Essa etapa, como já mencionado, foi coordenada pela Professora Lívia de Oliveira Borges. Todo esse processo e seus resultados estão relatados no Apêndice F (Artigo em preparação). De tais resultados, importa relatar aqui que as análises não confirmaram as dimensões originais (a saber: condições físicas e

materiais; processos e características da atividade; e aspectos do ambiente sociogerencial). Encontrando, então, a estrutura resumida na Figura 1. O detalhamento sobre as diferenças da estrutura fatorial encontrada e aquela que serviu de ponto de partida está contemplado no referido Apêndice.

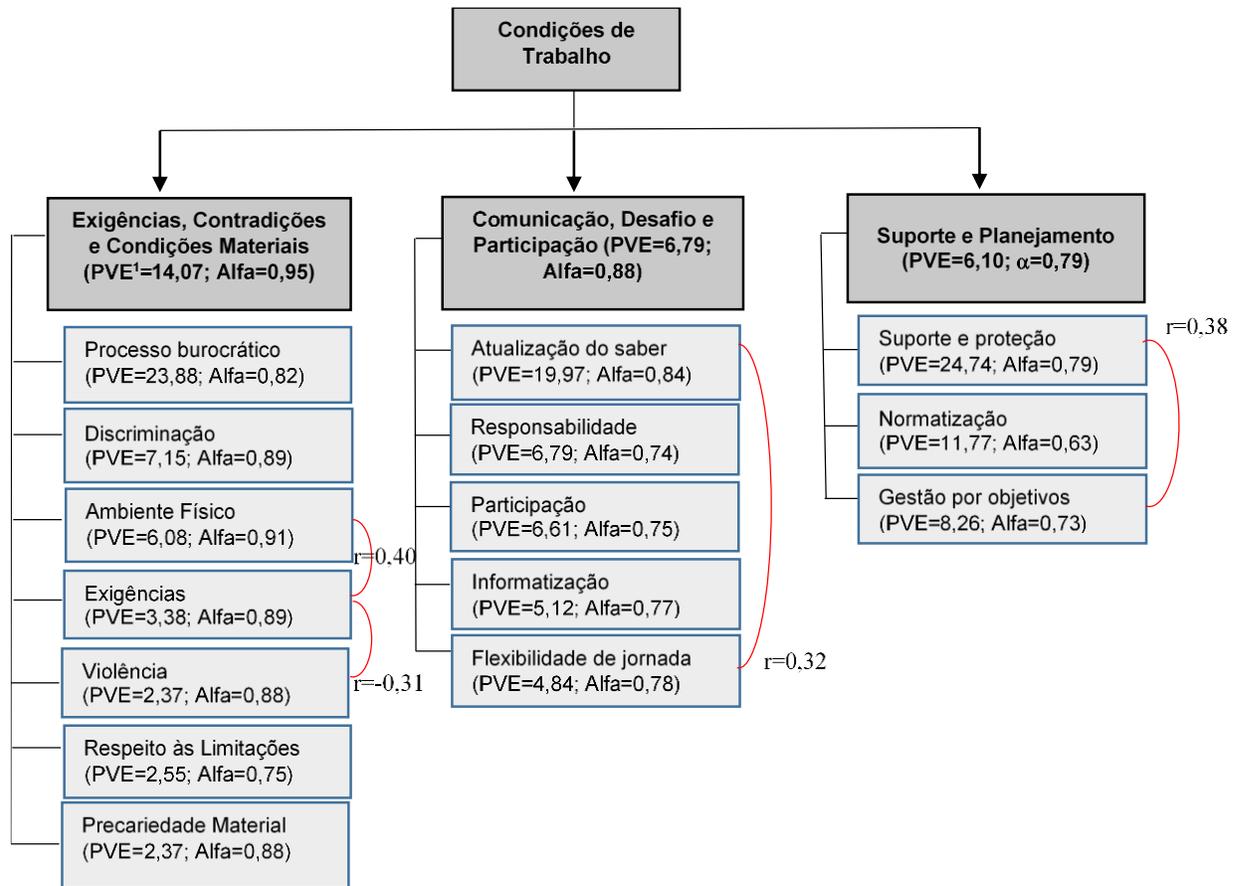


Figura 1

*Estrutura Geral do Questionário de Condições de Trabalho*

Fonte: Borges et al. (2018, em preparação)

Tabela 4 resume as estruturas fatoriais, com os principais aspectos dos fatores primários que compõem os três fatores secundários discriminados, a saber: Exigências, Contradições e Condições Materiais; Comunicação, Desafio e Participação; e Suporte e Planejamento. Essa estrutura fatorial embasou as análises desenvolvidas na atual pesquisa como veremos no capítulo referentes aos resultados.

Tabela 4

*Fatores do Questionário de Condições de Trabalho (QCT)*

---

**Fator 1: Exigências, Contradições e Condições Materiais**

---

**Processo Burocrático** ( $\alpha=0,82$ ): Percepção do caráter burocrático dos processos de trabalho, mas também a falta de material necessário.

**Discriminação** ( $\alpha=0,89$ ): Percepção no ambiente de trabalho de exclusão e/ou diminuição de oportunidades por características pessoais, religião, nacionalidade e regiões, deficiências físicas, idade e posicionamento político, bem como observação de insinuações pelas razões pelas razões anteriores e pelo setor de trabalho e vínculo empregatício.

**Ambiente Físico** ( $\alpha=0,91$ ): Percepção de exposição a aspectos do ambiente físico e material referentes a exposição a riscos e incômodo do ambiente natural e das instalações utilizadas. como: a presença de vapores, fumaça e poeira; temperatura e iluminação.

**Exigências** ( $\alpha=0,89$ ): Percepção de ritmo acelerado, rigidez dos prazos, sobrecarga, incompatibilidade entre demandas de trabalho e número de servidores, cumprimento de metas de produção e exigências desproporcionais.

**Violência** ( $\alpha=0,88$ ): Percepção de assédios morais, intimidações, agressões verbais, elogios inadequados, ameaças e outras formas de violência interpessoal.

**Respeito às limitações** ( $\alpha=0,75$ ): Percepção de respeito pelos tratamentos de saúde, pelos afastamentos, necessidades de pausa e limitações em geral.

**Precariedade Material** ( $\alpha=0,88$ ): Percepção de carência de equipamentos, materiais, softwares, etc..

---

**Fator 2: Comunicação, Desafio e Participação**

---

**Atualização do saber** ( $\alpha=0,84$ ): Percepção de que as atividades dos servidores implicam a necessidade de atualização contínua de seus saberes e competências, formações complementares, domínio do saber fazer e iniciativas de formação e informação que ultrapassam os limites organizacionais incluindo, por vezes, a necessidade de trabalhar em casa.

**Responsabilidade** ( $\alpha=0,74$ ): Percepção quanto à necessidade de guarda de documentos, equipamentos, informações e possíveis sanções referentes.

**Participação** ( $\alpha=0,75$ ): Percepção quanto às oportunidades de participação na tomada de decisões e à qualidade das decisões ponderadas coletivamente.

**Informatização** ( $\alpha=0,77$ ): Percepção quanto ao uso de recursos de informática e de mídias nas comunicações.

**Flexibilidade da Jornada** ( $\alpha=0,78$ ): Percepção da autonomia em estabelecer horário, planejar as atividades, de mobilidade, porém com limitações de custeio.

---

**Fator 3: Suporte e Planejamento**

---

**Suporte e Proteção** ( $\alpha=0,79$ ): Percepção das ações de orientação e treinamento para evitar riscos de adoecimento e de acidentes no trabalho.

**Normatização** ( $\alpha=0,63$ ): Percepção das ações de disponibilização de normas e padronizações que norteiam e limitam a realização de tarefas

**Gestão por Objetivos** ( $\alpha=0,73$ ): Percepção de quanto a realização das atividades se norteiam pelos objetivos estabelecidos, pelo planejamento realizado pelo clima de diálogo e administração de conflito nas relações interpessoais e entre setores.

---

Fonte: Adaptada de Borges et al. (2018, em preparação)

No terceiro módulo do protocolo de coleta de dados, para avaliação do estresse laboral, utilizamos o questionário relativo ao Modelo do Equilíbrio Esforço Recompensa (EqER) de Siegrist (1996), com 23 perguntas. Nesse caso, aplicados somente entre os trabalhadores do Hospital das Clínicas.

Realizei inicialmente Análise Fatorial Exploratória, com os 23 itens do Questionário. Coerente com o modelo teórico, solicitei três fatores. Após a análise da matriz inicial, a afirmativa 13: “minha garantia no emprego é pequena” foi retirada, pois apresentou uma comunalidade de 0,16 e nenhuma correlação com outra variável maior que 0,2, ou seja, não contribui para carregar nenhum dos fatores de maneira significativa. Independente da análise estatística, podemos inferir que a segurança no emprego, não é um aspecto relevante, que preocupe a comunidade hospitalar. O resultado dessa nova rodada de fatoração, sem a pergunta 13, encontra-se na Tabela 5. Foram confirmados os três fatores, correspondentes ao modelo teórico. O Fator 1(Recompensa [RCP]), cuja afirmativa típica, ou seja, que apresentou a maior carga foi: “considerando todos os meus esforços e realizações, eu recebo o respeito e o prestígio que mereço no trabalho” (carga 0,826). Quanto ao Fator 2, que representa as condições objetivas de trabalho, denominei como: Esforço Extrínseco (EEX), e foi discriminado pelas afirmativas 1 a 6 do modelo, além da afirmativa: “Eu fico facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço”, que, no modelo original é apontado como item do terceiro fator, mas na nossa amostra alinhou-se à condição objetiva de sobrecarga de trabalho. A afirmativa típica para o segundo fator foi “Eu me sinto constantemente pressionado para fazer muito trabalho em pouco tempo” (carga de 0,707). Por sua vez, o Fator 3, caracterizado como do Esforço Intrínseco no Trabalho ou Superdedicação (SPD), teve a afirmativa: “O trabalho raramente me deixa. Ele ainda está na minha cabeça quando eu vou para a cama”, como a mais representativa, com carga fatorial de 0,892.

A estatística de confiabilidade do questionário alcançou o valor Alfa de Cronbach de 0,67. A resolução do Conselho Federal de Psicologia de número 02/2003, no seu anexo 1, classifica os fatores dos instrumentos psicológicos para seu uso prático segundo a consistência, como: suficientes quando contam com coeficiente alfa de Cronbach a partir de 0,60; bons, a partir de 0,70; e excelentes, a partir de 0,80. Por sua vez, Nunnally (1978), considera que um instrumento ou teste alcança fiabilidade apropriada quando o  $\alpha$  é pelo menos 0,70. Ainda assim, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um  $\alpha$  de 0,60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos sejam interpretados com precaução (DeVellis, 2012).

Tabela 5

*Análise fatorial do Questionário Equilíbrio Esforço-Recompensa (22 afirmativas)*

<i>Matriz de padrão<sup>a</sup></i>	Fator		
	1	2	3
PP15 Considerando todos os meus esforços e realizações, eu recebo o respeito e o prestígio que mereço no trabalho	-0,826		
PP16 Considerando todos os meus esforços e realizações, minhas perspectivas de trabalho são adequadas	-0,753		
PP07 Eu tenho o respeito que mereço dos meus superiores	-0,742		
PP09 Eu recebo apoio adequado em situações difíceis	-0,696		
PP08 Eu recebo o respeito que mereço dos meus colegas	-0,633		
PP10 Eu sou tratado injustamente no trabalho	-0,593		
PP14 Minha posição atual no trabalho reflete adequadamente meu nível educacional e meu treinamento	-0,551		
PP17 Considerando todos os meus esforços e realizações, meu salário/renda é adequado	-0,385		
PP12 Aconteceu ou está para acontecer uma mudança indesejável na minha situação de trabalho	-0,385		
PP11 Minhas perspectivas de promoção no trabalho são poucas			
PP01 Eu me sinto constantemente pressionado para fazer muito trabalho em pouco tempo		0,707	
PP06 Nos últimos anos, meu trabalho tem se tornado cada vez mais exigente		0,669	
PP03 Eu tenho muitas responsabilidades no meu trabalho		0,537	
PP02 Constantemente interrompem e atrapalham meu trabalho		0,499	
EI01 Eu fico facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço		0,454	
PP05 Meu trabalho exige esforço físico		0,402	
PP04 Eu sou pressionado com frequência a trabalhar além do horário		0,352	-0,333
EI05 O trabalho raramente me deixa. Ele ainda está na minha cabeça quando eu vou para a cama			-0,892
EI02 Eu começo a pensar nos problemas de trabalho logo que acordo de manhã			-0,742
EI03 Quando chego em casa, eu consigo relaxar e desligar-me do trabalho com facilidade			-0,641
EI06 Se eu adiar alguma coisa que deveria ter feito, terei dificuldades para dormir à noite			-0,630
EI04 As pessoas próximas de mim dizem que eu me sacrifico demais pelo meu trabalho			-0,493

Método de Extração: Fatoração pelo Eixo Principal.

Método de Rotação: Oblimin com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 11 iterações.

Identificados os fatores, podemos calcular os escores para cada indivíduo. O mesmo foi calculado, considerando-se cada variável da pergunta multiplicado pelo escore relativo a essa pergunta, apontado na análise fatorial. As variáveis criadas, correspondentes aos fatores, foram:

Esforço extrínseco – EEX

Esforço intrínseco ou superdedicação – SPD

Recompensa – RCP

O cálculo do fator de equilíbrio (variável: EqER) com seu respectivo escore para cada indivíduo, foi criado a partir da equação abaixo (Siegrist, Li, & Montano, 2014):

$$\{EqER = (EEX + SPD) * 0,792818 / RCP\}$$

O fator de ajuste (constante  $K = 0,792818$ ), é introduzido para que, na condição “ideal” de equilíbrio entre a percepção de esforço (intrínseco e extrínseco) e o da recompensa, o resultado da equação seja igual a 1.

## **Capítulo 4**

### **Resultados**

Neste capítulo apresento os resultados da pesquisa realizada em duas etapas como descrito no capítulo do Método. Os resultados da primeira etapa, estão aqui apresentados, conforme artigo publicado em conjunto com a orientadora desta tese na Revista Laborativa (Primo & Borges, 2018). Por conseguinte, a seção 4.1 corresponde aos resultados publicados no referido artigo. Na seção 4.2 apresento, então, os resultados das análises de dados desenvolvidas tendo em vista a consecução dos demais objetivos gerais e específicos da segunda etapa de pesquisa como identificada no capítulo anterior.

#### **4.1 Hospital das Clínicas segundo documentos e entrevistas**

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi criado em 1928, agrupando clínicas que se aglutinavam em torno da Faculdade de Medicina (Costa, Mota, & Figueiredo, 2008). Funcionou até meados da década de 1970, vinculado ao currículo do curso de Medicina da UFMG, sendo a assistência, um subproduto. A partir desse período, iniciou um ciclo de mudanças: passou a ter sua própria estrutura diretiva, seu conselho administrativo e o primeiro regulamento. Mudou sua designação de Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UFMG para Hospital das Clínicas da UFMG (Hospital das Clínicas da UFMG, 1976).

Em 1986, com a assinatura do Convênio Ministério da Educação/Ministério da Previdência e Assistência Social (Ministério da Previdência Social, 1980) comprometeu-se com atendimento também à população previdenciária. Nova forma de custeio, baseado na venda de serviços à União, se iniciava. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a universalização da clientela, ou seja, eliminou-se essa distinção entre população previdenciária e não previdenciária. O Hospital aumentou a produção assistencial, e reforçou sua integração ao Sistema Único de Saúde e a vinculação ao gestor local (Hospital das Clínicas da UFMG, 1996, 1999, 2000, 2004).

A partir da década de 1990, com a crise financeira se avolumando, o Hospital iniciou discussões para rever o seu modelo assistencial e administrativo (Hospital das Clínicas da, 1992a, 1992b, 1998). No início dos anos 2000, referendado pelo 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 documento institucional resume seus princípios gerais:

A gestão baseada nos resultados e na racionalização dos recursos; a descentralização das decisões e responsabilidades em cada unidade e de acordo com os recursos existentes; gestão autônoma da UF, submetida, contudo, às diretrizes da diretoria do hospital e imediata implementação de medidas que reduzissem os custos (Hospital das Clínicas da UFMG, 1998, p. 2).

Quando da criação da Ebserh, as pressões sobre a direção do Hospital se acirraram. Em 2 de dezembro de 2013, o Parecer de Força Executória, expedido pela Advocacia Geral da União (AGU), proibiu a contratação de terceiros ou por cooperativas para atividades assistenciais ou a elas atreladas. A Justiça do Trabalho determinava que, em última instância, à UFMG: “...se abstenha de contratar mão-de-obra de terceiros, [...] [ou] por intermédio de cooperativas de trabalho, para qualquer atividade, seja ela finalística ou meio...”, além de multa de mil reais por contratação irregular. Em ação do dia 12 de novembro de 2013, o Ministério Público do Trabalho atribuiu à UFMG: “[...] o descumprimento acintoso das decisões judiciais [e que] requer o Ministério Público Federal para que instaure procedimento legal para que apure IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA e CRIME DE DESOBEDIÊNCIA previsto no artigo 330 do Código Penal Brasileiro.” Tal ação implicava em detenção e multa.

Considerando todos estes fatos, o Conselho Diretor do Hospital, 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 (Ebserh)” em REGIME DE URGÊNCIA, tendo em vista que, a não deliberação da proposta de contratualização implicaria no FECHAMENTO GRADATIVO DO HC/UFMG (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, 2013). Finalmente, 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 Ebserh (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2013) — [destaques dos documentos originais].

A Ebserh realizou concurso público, no ano de 2014, para substituir parte de pessoal do Hospital, contratado até então em vínculo precário (Gráfico 1). Cerca de 1700 funcionários

aprovados no concurso foram admitidos com vínculo direto à Ebserh, e outros tantos, contratados através de cooperativa ou fundação, foram demitidos. O pessoal UFMG (servidores técnico-administrativos), nesse período, teve os desligamentos rotineiros (aposentadorias e exonerações).

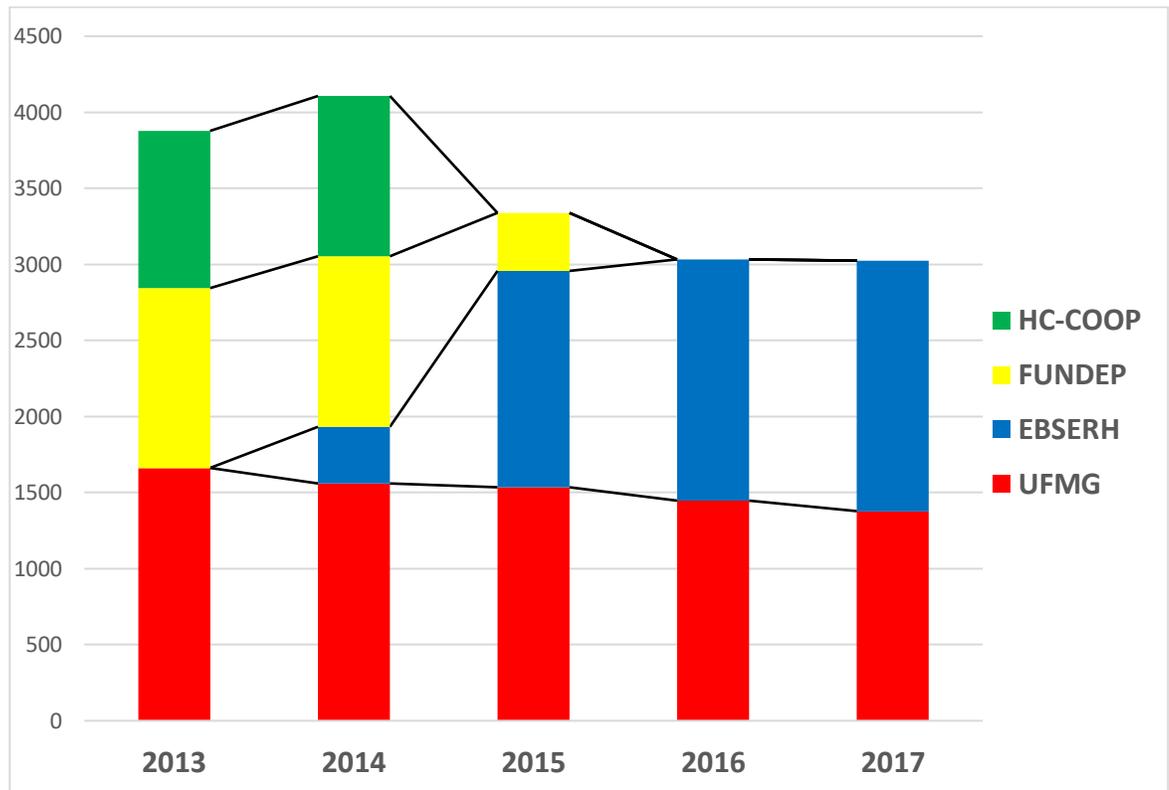


Gráfico 1

*Hospital das Clínicas da UFMG - Pessoal por vínculo - 2013 a 2017*

Fonte: Divisão de Gestão de Pessoas HC/UFMG

Os gestores do Hospital receberam a adesão à Ebserh com alívio e boas expectativas, apesar das dificuldades iniciais de sua implantação. No entanto, ficou a impressão de que a solução final foi, na verdade, “planejada *a priori*”. Havia um sentimento de que o MEC não compartilhava com a problemática dos hospitais sob sua gestão:

O MEC, eu acho que ele só foi saber o quê que era um hospital [...] depois daquele acórdão do TCU de 2009. [...] porque durante todos os anos anteriores a isso, todo ano o hospital passava por uma crise. O hospital[...] aí, ia correr o pires, arrumava um pouquinho de dinheiro aqui, um pouquinho de dinheiro ali [...] passava mais um ano! [...] e o MEC era o que menos participava desse salvamento [...]. A gente sempre mandava ofício para o reitor, ofício para o MEC, informando da situação, solicitando o concurso, que fizesse concurso

para o hospital e tal, mas, a gente acabava não conseguindo, então, assim, essa luta diária era [...] durante anos! (Entrevistado 7: gestor)

Essa atitude dos órgãos superiores está compatível com a política de autonomia e pressão por resultados, que o Estado vem adotando, a partir do PDRE (Harvey, 2013). O Estado passa a ter um papel essencialmente financiador e regulador, conforme preconizava o Banco Mundial (Banco Mundial, 1997, Rezende, 2008). Ao mesmo tempo que o Estado confere autonomia aos HU'S, com a criação da empresa, centraliza sua gestão em nível nacional (Alves et al., 2015). Porém, a prática de anos, lidando com problemas complexos confere aos gestores locais, habilidades e procedimentos que se mostraram eficazes. Surge o impasse, entre a legalidade e as necessidades ou compromissos institucionais:

Quando a EBSEH chegou, ela chegou quadrada, era uma solução nacional, muito preocupada com os desvios legais. Então, andando, assim, no trilho mais do que um hospital suporta, porque a gente precisa de muita flexibilidade e aí, foi, assim, de uma estrutura totalmente maleável e moldável às nossas necessidades, para uma estrutura completamente rígida que tinha que dar conta de trinta e nove hospitais universitários do Amazonas até o Rio Grande [do Sul] (Entrevistado 7: Gestor).

A criação de novas empresas no âmbito do Estado tem obtido sucesso limitado em função de priorizar o ajuste fiscal e redução de custos, ao invés da melhoria do desempenho e dos serviços prestados à comunidade (Andreazzi, 2013; Rezende, 2008). O nível central apresenta dificuldades de assimilar as necessidades e compromissos locais. Um exemplo é a continuidade do programa de transplantes, uma vez que o Hospital das Clínicas da UFMG é o maior transplantador público do Estado e dos maiores do país:

O transplante é bem emblemático, porque a nossa migração para o transplante [...] nasceu do interesse de lideranças acadêmicas [...], então, nós contratamos os melhores perfusionistas, nós contratamos os anestesistas [...], nós contratamos os cirurgiões e com total liberdade, [...] e com uma remuneração altamente diferenciada, [...] aí, quando você tem o tranco, como eu disse, de uma CLT, sem nenhum acordo coletivo que flexibilizasse, completamente engessada [...] (Entrevistado 9: Gestor).

O gerencialismo tornou-se um sistema de pensamento dominante no contexto social e do trabalho, tendo como elementos estruturantes o individualismo e a superação de si mesmo e do outro, numa busca por sucesso e resultados de alta performance (Giddens, 1999; 2005; Gaulejac, 2007):

[...] então, eu cobro demais das pessoas que trabalham aqui comigo e isso vira uma pressão muito grande, eu recebo uma pressão, eu transmito essa pressão e isso influencia nas condições de trabalho. As pessoas aqui trabalham muito no limite! Eu acabo disseminando isso, a gente ter horário para chegar e não ter horário para sair [...]. Então, eu acho que isso perde em resultado! Perde na qualidade de vida no trabalho, no resultado, na estrutura, a gente se sente muito cansado (Entrevistado 1: Gestor).

As mudanças estruturais, o choque entre o antigo e o novo, muitas vezes assustam. Os profissionais procuram assimilá-las e atribuem significados, conforme a vivência, (des)entendimentos do processo e teorias construídas explicita ou implicitamente (Weick, 1973):

O que aconteceu, com a entrada da EBSEH, é que eu fiquei assim, muito [...] não sei se é magoada ou sentida. É que [...] não se avaliou o perfil, ou mesmo [...] como que vai ser o impacto? Não teve uma preocupação [...] da entrada dessas pessoas com as pessoas que estavam lá, então, o que a gente percebeu, não fui só eu [...], é como se a gente estivesse sendo substituído por pessoas de melhor qualificação. Isso foi muito nítido para a gente: nós estamos entrando porque o hospital precisa de acreditação, e nós vamos resolver os problemas que vocês não resolveram (Entrevistado 2: trabalhador estatutário).

Nos HU's, 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. Como resultado, encontramos processos de trabalho vulneráveis, funcionários sobrecarregados, estresse, absenteísmo, rotatividade e deterioração da qualidade de vida no trabalho, condições estas, evidenciadas também em outros hospitais universitários (Alves Filho & Costa, 2013; Costa, Borges, & Barros, 2015; Primo et al., 2010). O depoimento de uma trabalhadora sinaliza a consciência da mudança cultural que gradualmente se instala e, simultaneamente, a resistência por manutenção dos valores coletivista e de identidade pelos fins do Hospital (Ferreira et al, 2011; Araújo, 2012):

[...] é uma luta que a gente vem fazendo aqui dentro do hospital, porque a gente não quer falar assim, ah, fulana é Ebserh, fulana é UFMG, a gente quer ser todo mundo UFMG, que eu falo, assim, vamos ser todos pelo hospital, sabe? Médico, enfermeiro, fisioterapeuta, todo mundo ser um só lutando pelo Hospital das Clínicas, sabe? (Entrevistada 3: trabalhadora).

A atitude de não fechar as portas ou reduzir serviços, apesar das adversidades, coloca o Hospital no rol das organizações com práticas que desafiam o modelo vigente; ao que chamamos organizações contra hegemônicas ou de resistência (Bretas & Carrieri, 2017; Ferreira et al., 2011; Misoczky, Flores, & Böhm, 2008; Sullivan, Spicer, & Böhm, 2011). A percepção ou intuição, de que o Hospital só conseguiria sua viabilidade e legitimidade a partir de sua relevância para a sociedade, fez com que os gestores resistissem às pressões. Tal atitude pode ser interpretada como um ato de cidadania organizacional (Andrade et al, 2017; Podsakoff et al., 2000). A fala de um gestor ilustra os princípios que nortearam os dirigentes nos últimos anos:

[...], mas, uma coisa que a gente aprende, também, eu acabei trazendo para aqui, [...] eu andei tão perto do abismo tanto tempo que eu acho isso mais normal, do ponto de vista prático, mas, assim, medo bastante, mas, por outro lado, uma certa confiança da relevância do hospital. [...] a gente não fecha nada. Só fecha quando tem que fechar. Não fecha! Não fecha para pressionar, não fecha porque está faltando gente, não fecha porque está faltando dinheiro, não fecha, não fecha! [...] porque, se você fechou, nunca mais você abre[...]. O hospital [...] está na beira do abismo e se a gente conter o hospital, a gente perde a relevância e as pessoas arrumam um jeito de resolver o problema de outra maneira, a Secretaria Municipal de Saúde, o Estado ou a população, se deixa de ser útil e aí ninguém vai mais querer ajudar (Entrevistado 9: Gestor).

## 4.2 Percepção das condições de trabalho e estresse

Esta seção, apresenta então o resultado das análises do questionário estruturado aplicado, conforme descrito no método. Na Tabela 6 apresento o perfil da amostra, conforme aspectos contratuais e jurídicos.

Tabela 6

*Distribuição da amostra de acordo com os aspectos contratuais e jurídicos*

aspectos contratuais e jurídicos		N	%
Tipo de cargo	Apoio	21	4.51
	Médio Administrativo	88	18.88
	Médio Assistencial	26	5.58
	Médio Enfermagem	106	22.75
	Superior Administrativo	32	6.87
	Superior Assistencial	55	11.8
	Superior Enfermagem	73	15.67
	Superior Médico	65	13.95
Atividade	Administrativa	166	34.8
	Assistencial	102	21.38
	Enfermagem	140	29.35
	Médica	58	12.16
	Docência e outros	11	2.31
Vinculo	UFMG	153	32.08
	EBSERH	254	53.25
	Outros	70	14.68
Exerce ou exerceu cargo de chefia?	Não	224	46.96
	Sim	253	53.04
Dias da semana trabalhados	4 ou menos	135	28.3
	5 dias	260	54.51
	6 ou mais	82	17.19
Noites trabalhadas no mês	Nenhuma	332	69.6
	1 a 30	145	30.4
Tempo de deslocamento casa/trabalho	0 a 40 minutos	189	39.62
	41 a 90 minutos	141	29.56
	100 minutos ou mais	147	30.82
Férias 30 dias	Não	388	81.34
	Sim	89	18.66
Considera o percentual de seu adicional de Insalubridade...	Justo	172	38.22
	Injusto	278	61.78
É sindicalizado?	Sim	209	43.82
	Não	268	56.18
Renda mensal	Até R\$3.000,00	90	18.87
	Entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00	139	29.14
	Entre R\$5.001,00 e R\$8.000,00	145	30.4
	Acima de R\$8.000,00	103	21.59
Exerce outra(s) atividade(s) remunerada(s)?	Sim	127	26.62
	Não	350	73.38

#### ***4.2.1 Condições de trabalho***

Estimei os escores nos fatores de condições de trabalho para a amostra do presente estudo (n=477), por meio da média dos pontos atribuídos pelo participante a cada item que compõe cada fator. Na tabela 7 apresento os fatores primários, conforme a afirmativa ou afirmativas mais representativas para a composição de cada um dos fatores. Também apresentamos o escore médio desses fatores e sua resultante no fator secundário resultante da composição dos fatores primários. Valores mais altos significam que os participantes consideram esses fatores relevantes e que impactam negativamente nas suas condições de trabalho.

Tabela 7

*Afirmativas típicas dos fatores primários e composição dos fatores secundários*

<b>Fatores</b>	<b>Afirmativas</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mediana</b>
Fator Secundário 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais)		2,73	0,65	2,30
Precariedade material	- AG5 – Em seu trabalho, você está exposto a: 5.2) dificuldades de aquisição/solicitação do material necessário para a realização de suas tarefas	3,46	0,93	3,00
	- ... 5.4) dificuldades para consertos e ajustes nas instalações utilizadas			
Exigências	- PC2 – O seu trabalho implica... 3) prazos incompatíveis com a realização da tarefa.	3,14	0,98	2,50
	- PC2 ...5) Incompatibilidades entre demanda(s) e número de pessoas no setor de trabalho			
Respeito às limitações	- AG4 – Você ... 4.15) é respeitado na necessidade de afastamento por problemas de saúde.	2,91	1,04	1,50
	- ... 4.13) é respeitado nas suas necessidades de tratamento de saúde.			
Violência	- AG6 – No último ano, você observou no seu ambiente de trabalho ... 6.10) Assédio moral	2,48	0,95	2,00
	- AG5 – Em seu trabalho, você está exposto ... 5.6) conflitos com superiores/chefia			
Ambiente físico	- FM – Quanto você está exposto às condições de trabalho abaixo ... 11) Inalação de vapores	2,36	0,90	2,36
	- ... 19) Riscos de acidentes físicos			
	- ... 28) Transportar ou deslocar cargas pesadas			
Fator Secundário 2 (Comunicação, Desafio e Participação)		2,06	0,65	2,11
Atualização do saber	- PC8 – Suas atividades e funções exigem ... 6) manter-se atualizados (p. ex., participar de congressos, realizar leituras e/ou estudar)	3,29	0,93	3,33
	- PC6 – Na execução de suas atividades de trabalho, você ... 3) é desafiado intelectualmente no seu trabalho.			
	- AG2 – Desde que está nesta organização/instituição, você realizou/participou de ... 5) eventos e/ou congressos.			
Participação	- AG4 – Você ... 5) observa que os conflitos são bem administrados.	2,90	0,91	3,00
	- AG4 – Você ... 4) participa do planejamento de mudanças na organização do trabalho e/ou nas suas condições de trabalho.			
	- AG4 – Você ... 6) observa que a qualidade das decisões melhora e se incorpora melhor, quando são discutidas no colegiado e outras instâncias.			
Fator Secundário 3 (Suporte e Planejamento)		3,25	0,50	3,22
Normatização	- PC7 – O que você faz é definido ... 3) em manuais, regimentos, normas e/ou protocolos.	4,10	0,72	4,33
	- PC4 – O seu trabalho lhe exige ... 2) cumprir procedimentos operacionais padronizados.			
	- PC7 – O que você faz é definido ... 2) por seu chefe/superior sozinho ou por instância colegiada superior a você.			
Suporte e proteção	- *AG4 – Você ...11&12) é orientado sobre os riscos de acidentes e adoecimento no trabalho.	3,13	0,93	3,00
	- AG2 – Desde que está na organização/instituição, você realizou/participou de...3) treinamento de atualização/reciclagem.			
Objetivos	- PC10 – Quanto à concepção do seu trabalho, você pode afirmar ... 3) Todos estão seguros da relevância dos objetivos de cada atividade.	2,53	0,99	3,00
	- ... 8) Todos têm clareza dos objetivos do que fazem.			

Na Tabela 8 apresento a correlação entre a idade e o tempo de hospital para cada um dos fatores secundários. Considerando as correlações significativas, a idade apresenta uma correlação negativa para o Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais), ou seja, diminui o escore na medida que a idade avança. Em relação ao tempo de hospital, o Fator 2 (Comunicação, Desafio e Participação) apresenta correlação positiva, ou seja, é maior na medida que aumenta os anos de hospital. Ao passo que, para o Fator 3 (Suporte e Planejamento), a correlação é negativa, ou seja, a percepção do seu impacto é maior para os que têm menor tempo de Hospital.

Tabela 8

*Fatores secundários de condições de trabalho e correlação com idade e tempo de hospital*

Fator	Idade		Tempo de HC	
	Correlação*	p	Correlação*	p
Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais)	-0,07	0,11	0,02	0,67
Fator 2 (Comunicação, Desafio e Participação)	0,07	0,16	0,09**	0,04
Fator 3 (Suporte e Planejamento)	-0,17***	0,00	-0,13***	0,01

\* Coeficiente de correlação de Spearman

\*\* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral). / \*\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Nas Tabela 9 e 10 apresento a variância dos escores para o Fator secundário 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais) por aspectos sociodemográficos e por aspectos contratuais e jurídicos, respectivamente. Encontrei diferenças significativas na distribuição do escores no referido fator apenas em relação a alguns aspectos contratuais e jurídicos. O escore é maior entre aqueles que consideram seu adicional de insalubridade injusto, aqueles que trabalham 6 ou 7 dias na semana e nos trabalhadores da noite (pelo menos uma noite/mês).

Tabela 9

*Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais) por características sociodemográficas*

Características sociodemográficas		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Sexo	Masculino	2,73	112	0,65	2,65	X <sup>2</sup> = 0,209
	Feminino	2,73	112	0,65	2,65	p= 0,646
Filhos	Nenhum	2,74	212	0,62	2,7	X <sup>2</sup> = 4,97
	Um	2,86	116	0,68	2,78	p= 0,08
	Dois ou mais	2,67	149	0,66	2,6	
Estado civil	Casado	2,78	156	0,65	2,70	X <sup>2</sup> = 4,01
	Solteiro	2,73	231	0,62	2,70	p= 0,55
	Mora com companheiro	2,69	39	0,75	2,50	
	Divorciado	2,73	46	0,73	2,60	
	Viúvo	2,28	2	0,04	2,28	
	Outro	3,03	3	0,42	2,90	
Companheiro	Com companheiro	2,76	195	0,67	2,70	X <sup>2</sup> = 0,11
	Sem companheiro	2,73	279	0,64	2,70	p= 0,74

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

Tabela 10

*Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais) por aspectos contratuais e jurídicos*

aspectos contratuais e jurídicos		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Deslocamento	0 a 40 minutos	2,67	189	0,65	2,65	X <sup>2</sup> = 4,57
	41 a 90 minutos	2,75	141	0,63	2,75	p= 0,11
	100 minutos ou mais	2,83	147	0,67	2,7	
Descansa nas férias	Não	2,78	284	0,64	2,75	X <sup>2</sup> = 3,10
	Sim	2,69	193	0,67	2,65	p= 0,08
Insalubridade	Justo	2,51	172	0,57	2,5	X <sup>2</sup> = 36,57
	Injusto	2,90	278	0,65	2,85	p= 0,00
Renda	Até R\$3.000,00	2,79	90	0,73	2,8	X <sup>2</sup> = 1,77
	Entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00	2,77	139	0,65	2,7	p= 0,62
	Entre R\$5.001,00 e R\$8.000,00	2,68	145	0,63	2,65	
	Acima de R\$8.000,00	2,76	103	0,63	2,6	
Tipo de cargo	Apoio	2,49	21	0,81	2,5	X <sup>2</sup> =2,27
	Médio Administrativo	2,62	88	0,62	2,58	p= 0,03
	Médio Assistencial	2,73	26	0,71	2,58	
	Médio Enfermagem	2,91	106	0,67	2,88	
	Superior Administrativo	2,63	32	0,54	2,6	
	Superior Assistencial	2,72	55	0,59	2,8	
	Superior Enfermagem	2,83	73	0,68	2,75	
	Superior Médico	2,70	65	0,61	2,6	
Atividade	Administrativa	2,64	166	0,66	2,63	X <sup>2</sup> = 3,27
	Assistencial	2,74	102	0,62	2,7	p= 0,02
	Enfermagem	2,88	140	0,68	2,78	
	Médica	2,72	58	0,61	2,65	
Vinculo	UFMG	2,79	153	0,7	2,7	X <sup>2</sup> = 0,03
	EBSERH	2,74	254	0,63	2,7	P= 0,87
	Outros	2,65	70	0,6	2,6	
Chefia	Não	2,75	224	0,62	2,7	X <sup>2</sup> = 0,20
	Sim	2,74	253	0,68	2,7	p= 0,65
Dias semana	4 ou menos	2,75	135	0,64	2,65	X <sup>2</sup> = 8,50
	5 dias	2,66	260	0,65	2,63	p= 0,00
	6 ou mais	3,00	82	0,6	3	
Noite	Nenhuma	2,70	332	0,64	2,65	X <sup>2</sup> = 5,16
	1 a 30	2,85	145	0,67	2,7	p= 0,02

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

No Gráfico 2 apresento os escores do fator 1, de acordo com a atividade exercida. Observei nele que os técnicos de enfermagem apresentam menor dispersão e maior média que os profissionais de nível médio administrativo. Os demais cargos oscilam seus escores dentro do intervalo de confiança, não apresentando diferenças significativas.

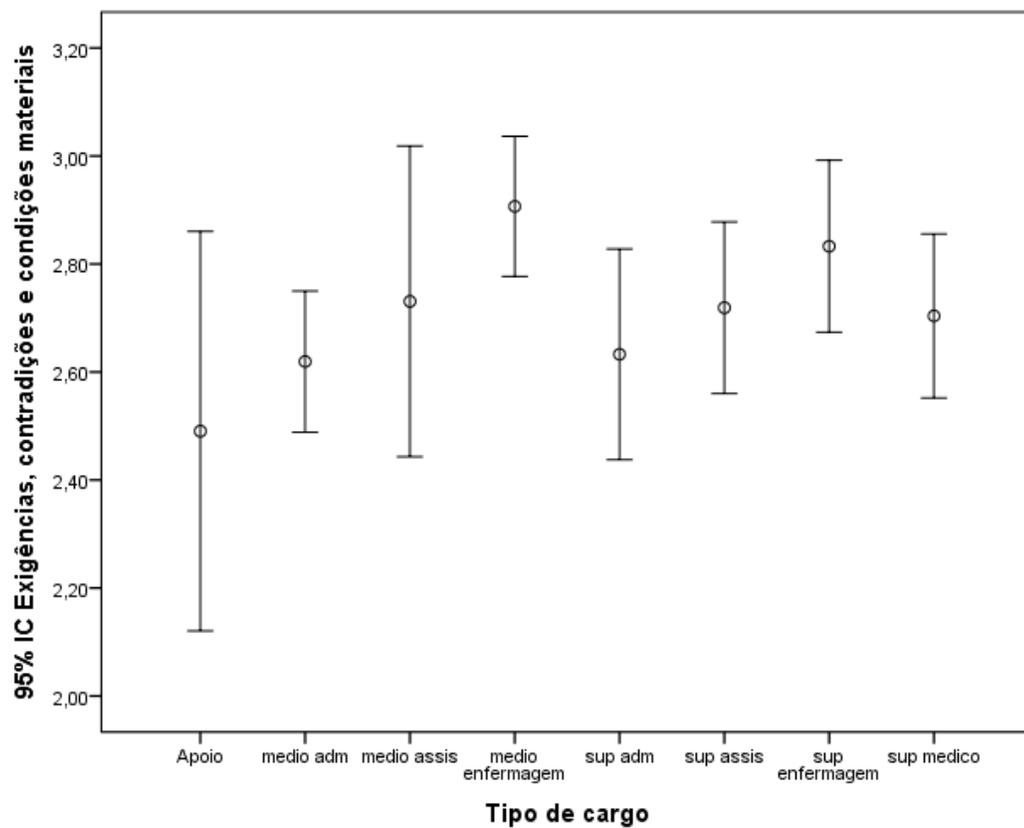


Gráfico 2

*Fator 1: Exigências, Contradições e Condições Materiais de acordo ao tipo de cargo*

Em relação ao Fator 2: Comunicação, Desafio e Participação (Tabela 11 e Tabela 12), observo que, pelo tipo de cargo, existe uma progressividade na média, do nível de apoio ao nível superior, sendo o escore maior para a categoria médica, seguida pelo nível superior assistencial e superior de enfermagem. Para representar esse resultado de maneira mais clara, fiz também o Gráfico 3. As médias são maiores entre os trabalhadores noturnos e aqueles que trabalham até 4 dias na semana. Também é maior entre aqueles que têm outra atividade fora do Hospital, têm maior renda e para aqueles que não ocupam função de chefia.

Tabela 11

*Fator 2 (Comunicação, Desafio e Participação) por variáveis sociodemográficas*

variáveis sociodemográficas		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Sexo	Masculino	2,03	112	0,38	2,00	X <sup>2</sup> = 1,23
	Feminino	2,07	365	0,34	2,11	p= 0,27
Filhos	Nenhum	2,06	212	0,34	2,06	X <sup>2</sup> = 0,96
	Um	2,07	116	0,36	2,11	p= 0,98
	Dois ou mais	2,07	149	0,34	2,11	
Estado civil	Casado	2,04	156	0,33	2,11	X <sup>2</sup> = 5,82
	Solteiro	2,08	231	0,35	2,11	P= 0,36
	Mora com companheiro	2,02	39	0,44	2,00	
	Divorciado	2,10	46	0,32	2,00	
	Viúvo	2,22	2	0,47	2,22	
	Outro	1,74	3	0,36	1,89	
Companheiro	Com companheiro	2,04	195	0,35	2,00	X <sup>2</sup> = 2,71
	Sem companheiro	2,09	279	0,34	2,11	p= 0,13

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

Tabela 12

*Fator 2 (Comunicação, Desafio e Participação) por aspectos contratuais e jurídicos*

aspectos contratuais e jurídicos		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Deslocamento	0 a 40 minutos	2,09	189	0,39	2,11	X <sup>2</sup> = 2,48
	41 a 90 minutos	2,04	141	0,32	2,00	p= 0,30
	100 minutos ou mais	2,04	147	0,31	2,11	
Férias 30 dias	Não	2,08	284	0,35	2,11	X <sup>2</sup> = 0,02
	Sim	2,04	193	0,34	2,00	p= 0,93
Insalubridade	Justo	2,07	172	0,33	2,11	X <sup>2</sup> = 0,10
	Injusto	2,06	278	0,35	2,11	p= 0,77
Renda	Até R\$3.000,00	1,9	90	0,38	1,89	X <sup>2</sup> = 61,72
	Entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00	1,97	139	0,29	2,00	p= 0,00
	De R\$5.001,00 e R\$8.000,00	2,09	145	0,29	2,11	
	Acima de R\$8.000,00	2,29	103	0,34	2,22	
Outras atividades	Sim	2,19	127	0,35	2,11	X <sup>2</sup> = 11,60
	Não	2,02	350	0,33	2,00	p= 0,00
Tipo de cargo	Apoio	1,78	21	0,33	1,67	X <sup>2</sup> = 19,49
	Médio Administrativo	1,88	88	0,33	1,89	p= 0,00
	Médio Assistencial	2	26	0,31	2,00	
	Médio Enfermagem	1,99	106	0,32	2,00	
	Superior Administrativo	2,02	32	0,21	2,00	
	Superior Assistencial	2,17	55	0,31	2,11	
	Superior Enfermagem	2,1	73	0,26	2,11	
	Superior Médico	2,38	65	0,3	2,33	
Atividade	Administrativa	1,93	166	0,32	2,00	X <sup>2</sup> = 26,11
	Assistencial	2,1	102	0,33	2,11	p=0,00
	Enfermagem	2,03	140	0,29	2,00	
	Médica	2,39	58	0,3	2,33	
Vinculo	UFMG	2,05	153	0,33	2,11	X <sup>2</sup> = 0,94
	EBSERH	2,09	254	0,35	2,11	p= 0,35
	Outros	2,02	70	0,39	2,00	
Chefia	Não	2,11	224	0,31	2,11	X <sup>2</sup> = 7,15
	Sim	2,02	253	0,37	2,00	p= 0,00
Dias semana	4 ou menos	2,17	135	0,37	2,22	X <sup>2</sup> = 10,58
	5 dias	2,00	260	0,33	2,00	p= 0,00
	6 ou 7	2,08	82	0,34	2,11	
Noite	Nenhuma	2,02	332	0,34	2,00	X <sup>2</sup> = 19,44
	1 a 30	2,17	145	0,35	2,11	p= 0,00

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

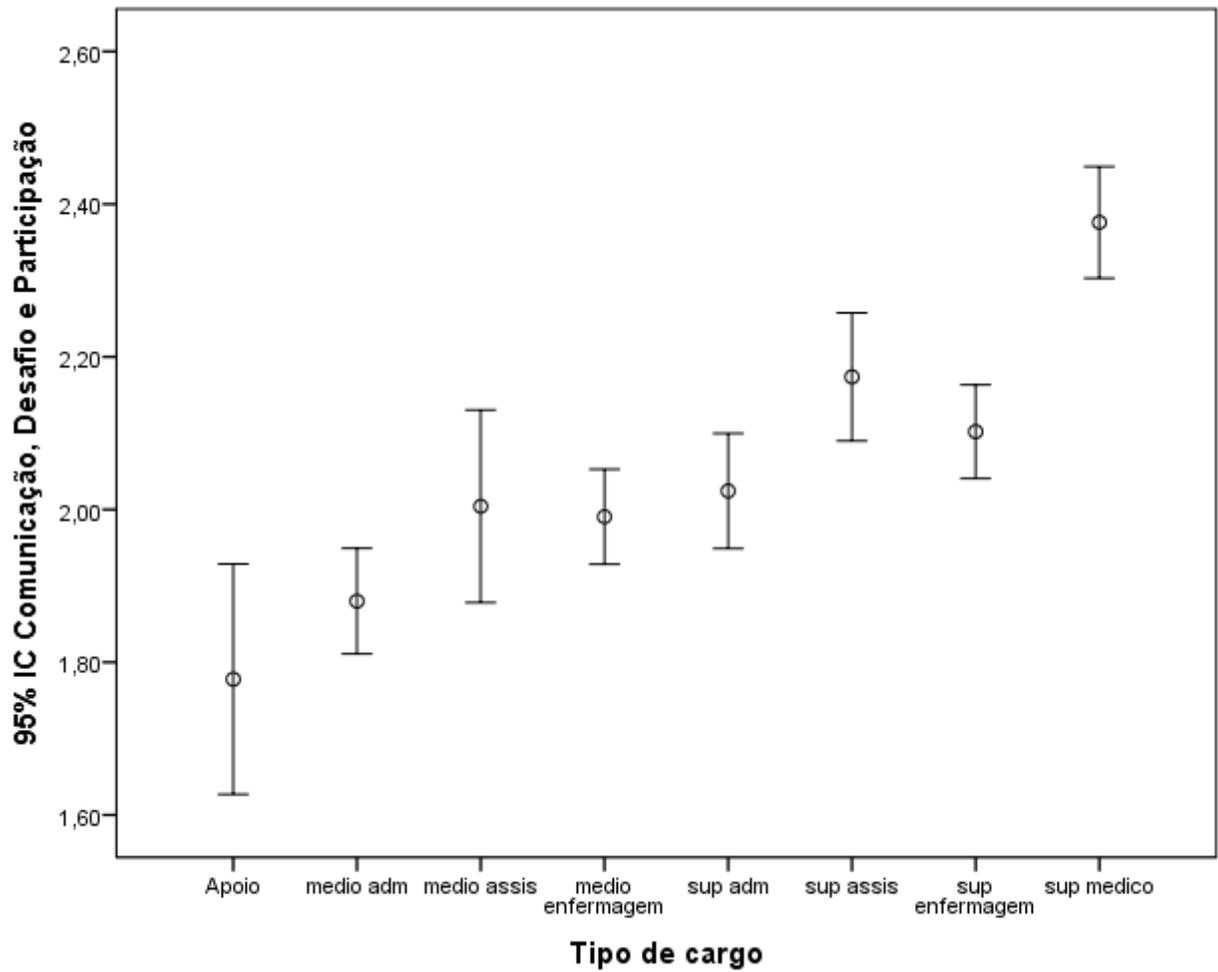


Gráfico 3

*Fator 2: Comunicação, Desafio e Participação e tipos de cargo*

O Fator 3 (Suporte e Planejamento) refere-se às necessidades da instituição de se adequar às normas externas, no sentido de sua viabilidade e atendimento às exigências técnicas; e de que forma essas exigências são repassadas ao conjunto de trabalhadores. Nas Tabela 13 e Tabela 14 apresento os escores. A média do fator, diminui de acordo com a faixa etária. Constatei também que a média foi estatisticamente mais elevada entre aqueles que não têm filhos, moram com companheiro(a), consideram a insalubridade injusta e exercem atividades de apoio ou administrativa. A média diminui de acordo com a faixa de renda. No Gráfico 4 apresento os escores para os tipos de cargo. A média é maior naqueles com atividade de apoio ou administrativa.

Tabela 13  
*Fator 3(Suporte e Planejamento) e variáveis sociodemográficas*

variáveis sociodemográficas		Média	DP	Mediana	p	X <sup>2</sup> /valor p*
Sexo	Masculino	3,27	112	0,48	3,22	X <sup>2</sup> = 0,051
	Feminino	3,25	365	0,51	3,22	p= 0,82
Filhos	Nenhum	3,32	212	0,51	3,33	X <sup>2</sup> = 5,76
	Um	3,25	116	0,50	3,28	p= 0,06
	Dois ou mais	3,17	149	0,49	3,22	
Estado civil	Casado	3,37	156	0,52	3,44	X <sup>2</sup> = 16,62
	Solteiro	3,19	231	0,49	3,22	p= 0,00
	Mora com companheiro	3,26	39	0,46	3,22	
	Divorciado	3,22	46	0,49	3,22	
	Viúvo	2,78	2	0,31	2,78	
Companheiro	Outro	2,74	3	0,39	2,78	
	Com companheiro	3,35	195	0,51	3,33	X <sup>2</sup> = 10,32
	Sem companheiro	3,20	279	0,49	3,22	p= 0,00

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

Tabela 14

*Fator3(Suporte e Planejamento) por aspectos contratuais e jurídicos*

aspectos contratuais e jurídicos		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Deslocamento	0 a 40 minutos	3,2	189	0,52	3,22	X <sup>2</sup> = 5,84
	41 a 90 minutos	3,26	141	0,49	3,22	p= 0,07
	100 minutos ou mais	3,32	147	0,5	3,44	
Férias 30 dias	Não	3,26	284	0,52	3,33	X <sup>2</sup> = 3,12
	Sim	3,25	193	0,49	3,22	p= 0,09
Insalubridade	Justo	3,13	172	0,47	3,11	X <sup>2</sup> = 19,73
	Injusto	3,34	278	0,51	3,33	p= 0,00
Renda	Até R\$3.000,00	3,44	90	0,5	3,5	X <sup>2</sup> = 15,99
	Entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00	3,17	139	0,53	3,22	p= 0,00
	De R\$5.001,00 e R\$8.000,00	3,24	145	0,46	3,22	
	Acima de R\$8.000,00	3,22	103	0,49	3,22	
Outras atividades	Sim	3,27	127	0,44	3,33	X <sup>2</sup> = 0,649
	Não	3,25	350	0,53	3,22	F=0,21
Atividade	Administrativa	3,31	166	0,51	3,33	X <sup>2</sup> = 2,51
	Assistencial	3,16	102	0,46	3,22	P= 0,04
	Enfermagem	3,28	140	0,53	3,33	
	Médica	3,26	58	0,43	3,28	
Vinculo	UFMG	3,26	153	0,51	3,22	X <sup>2</sup> = 0,02
	EBSERH	3,25	254	0,51	3,22	p= 0,89
	Outros	3,27	70	0,47	3,33	
Chefia	Não	3,21	224	0,5	3,22	X <sup>2</sup> = 2,84
	Sim	3,3	253	0,51	3,33	p= 0,11
Dias semana	4 ou menos	3,28	135	0,47	3,33	X <sup>2</sup> = 0,31
	5 dias	3,22	260	0,51	3,22	P= 0,974
	6 ou 7	3,33	82	0,54	3,33	
Noite	Nenhuma	3,26	332	0,51	3,22	X <sup>2</sup> = 0,28
	1 a 30	3,24	145	0,5	3,22	P= 0,657

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

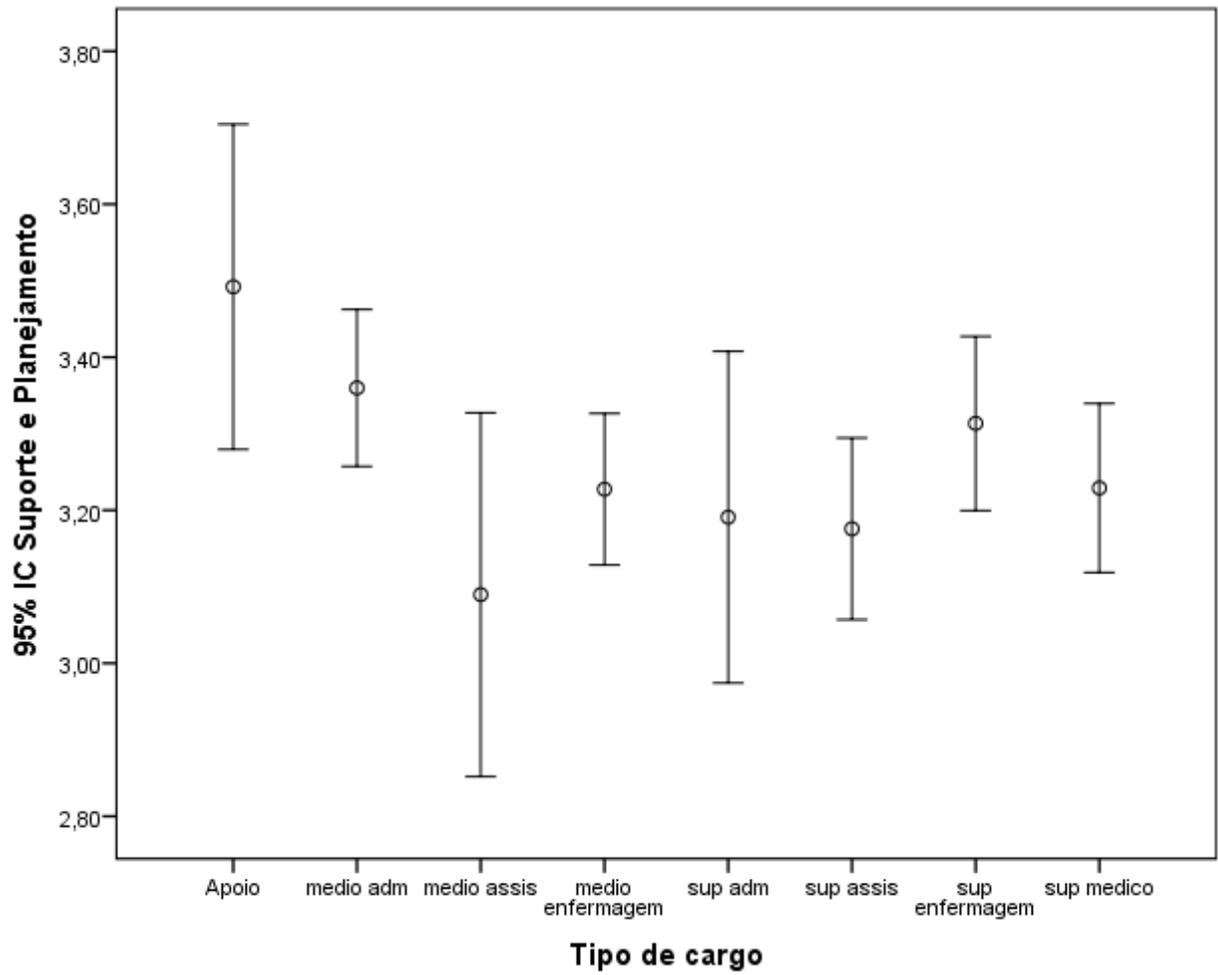


Gráfico 4

*Fator 3: Suporte e Planejamento por tipo de cargo*

## Fatores primários

Avaliei também os fatores primários (ou de primeira ordem). A **Error! Not a valid bookmark self-reference.** apresenta os aspectos em que foram encontradas diferenças significativas, revelando que situações como perceber o adicional de insalubridade como injusto, diferenças entre as categorias profissionais, exercício de cargo/função de chefia, exercício de outra atividade remunerada e outros, interagem com a percepção das condições de trabalho referentes aos fatores primários do QCT.

Tabela 15

### *Fatores primários e condições sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos*

Fator	Condições sociodemográficas	Aspectos contratuais e jurídicos
Média aumentada em		
<i>Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais)</i>		
Violência Ambiente Físico	Maiores de 40 anos	Percentual de insalubridade injusto (p<0,001). Percentual de insalubridade injusto (p<0,001); técnicos de enfermagem
Exigência	Vínculo Ebserh. (p=0,026) Faixa etária entre 30 e 39 anos (p=0,045)	Percentual de insalubridade injusto (p<0,001); cargos superiores administrativo, médio de enfermagem e superior assistencial (p=0,003).
Precariedade Material	Vínculo UFMG (p=0,003). Mais de 10 anos de Hospital (p=0,001)	Percentual de insalubridade injusto (p=0,029); Médicos, superior assistencial e médio assistencial (p<0,001).
Respeito às Limitações	Funcionários terceirizados (p=0,028). Faixa etária de 18 a 29 anos (p=0,014).	Percentual de insalubridade injusto (p<0,001).
<i>Fator 2 ( Comunicação, Desafio e Participação)</i>		
Atualização do saber	Vínculo Ebserh (p=0,004); Maiores de 40 anos (p=0,011); Mais de 5 anos de Hospital (p<0,000).	Percentual de insalubridade injusto (p<0,001); não ocupantes de cargo de chefia (p<0,001); Cargos de nível superior (p<0,001); exercem outra atividade remunerada (p<0,000).
Participação		Exerce função de chefia (p<0,000); percentual de insalubridade injusto (p<0,000); cargos médio assistencial e apoio (p=0,006).
<i>Fator 3 (Suporte e Planejamento)</i>		
Suporte e Proteção	Faixa etária entre 18 e 29 anos (p=0,025).	Percentual de insalubridade injusto (p<0,000); cargos de apoio e médio administrativo (p<0,000).
Normatização	Vínculo UFMG (p=0,006).	Cargos superior e médio de enfermagem e médio administrativo (p<0,000); não exerce outra atividade remunerada (p=0,01).
Objetivos	Terceirizados e pessoal Ebserh (p=0,027); até 5 anos de hospital.	Percentual de insalubridade injusto (p<0,039); cargos de apoio, médicos, superior de enfermagem e superior administrativo (0,015).

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

#### 4.2.2 *Risco Psicossocial e Estresse*

Considerando os fatores previstos para o Modelo do Equilíbrio Esforço-Recompensa e após calculados os escores para cada indivíduo, estimei a média para os três fatores (Esforço Extrínseco, Superdedicação e Recompensa), e a relação entre os mesmos, que nos fornece o resultado final da equação (EqER). O teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) indicou que a distribuição dos escores dos fatores não é normal. A Tabela 16 apresenta os valores estatísticos. A média do fator (EqER=1,60; DP=1,32) indica um desequilíbrio entre os fatores, ou seja, de acordo com a percepção dos trabalhadores, o esforço dispendido para superar as condições de trabalho (EEX), aliado ao esforço intrínseco (SPD), não são compensados pelos retornos (RCP) proporcionados pela organização.

Tabela 16

*Medidas estatísticas para fatores do Equilíbrio Esforço-recompensa*

	Esforço Extrínseco (EEX)	Superdedicação (SPD)	Recompensa (RCP)	Equilíbrio Esforço- recompensa (EqER)
Média	2,31	1,92	2,60	1,60
Desvio Padrão	0,90	0,83	0,83	1,32
Mínimo	0,00	0,00	0,48	0,00
Quartil 25	1,67	0,85	1,99	0,80
Mediana	2,44	1,85	2,67	1,32
Quartil 75	3,00	3,00	3,24	2,00
Máximo	4,00	4,00	4,00	9,97

Tabela 17 apresenta as correlações da idade e tempo do Hospital, com os fatores do modelo. Somente o fator recompensa apresentou variância conjunta significativa de acordo com a idade.

Tabela 17

*Correlações dos Fatores de Equilíbrio Esforço-Recompensa com a idade e o tempo de Hospital*

Fator	Idade		Tempo de HC	
	Valor p	Correlação ( $r_s$ )	Valor p	Correlação ( $r_s$ )
Equilíbrio Esforço-Recompensa	-0,084	0,068	0,002	0,961
Recompensa	0,110*	0,016	0,057	0,215
Esforço Extrínseco	-0,044	0,333	0,042	0,36
Superdedicação	-0,067	0,145	0,012	0,798

\* *Coefficiente de Spearman*

Na Tabela 18, apresento os escores do fator de EqER, conforme variáveis sociodemográficas e condições contratuais e jurídicas. Os profissionais que consideram o percentual de insalubridade injusto apresentam maior desequilíbrio no fator. Aqueles com renda até R\$3.000,00, apresentam escore superior que os que ganham entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00. Não houve diferença significativa conforme o tipo de cargo.

Os escores no Fator Recompensa (Tabela 19) também apresentaram diferenças no quesito insalubridade justa/injusta. Foi menor em quem declarou outra atividade remunerada e para aqueles que ganham até R\$3.000,00.

A medida do Fator Esforço Extrínseco ( Tabela 20) foi maior entre aqueles sem cargo de chefia, e entre os que consideram a insalubridade injusta. Entre os tipos de cargo, a média foi maior entre os profissionais de enfermagem (superior e médio) e os de nível superior assistencial, comparados com os níveis de apoio e médio assistencial.

Em relação ao Fator Intrínseco de Esforço ou Superdedicação ( Tabela 21), os ocupantes dos cargos de chefia, e aqueles que declararam exercer outra atividade remunerada e com renda acima de R\$8.000,00,, tiveram menor escore. Entre os tipos de cargo, os médicos apresentaram maior média, seguidos pelos cargos de nível superior assistencial, que foram maiores que os níveis de apoio e médio assistencial.

Tabela 18

*Equilíbrio Esforço-recompensa por variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos*

<i>variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Sexo	Masculino	1,57	112	1,51	1,23	X <sup>2</sup> = 1,70
	Feminino	1,61	365	1,27	1,35	p= 0,20
Vinculo	UFMG	1,54	153	1,39	1,26	X <sup>2</sup> = 2,93
	EBSERH	1,65	254	1,30	1,41	p= 0,23
	Outros	1,52	70	1,26	1,20	
Estado civil	com companheiro	1,59	195	1,32	1,33	X <sup>2</sup> = 0,01
	sem companheiro	1,61	279	1,33	1,3	p= 0,92
Chefia	Não	1,71	224	1,27	1,45	X <sup>2</sup> = 7,49
	Sim	1,50	253	1,37	1,19	p= 0,01
Insalubridade	Justo	1,29	172	0,87	1,08	X <sup>2</sup> = 15,79
	Injusto	1,81	278	1,55	1,50	p= 0,00
Tipo de cargo	Apoio	1,29	21	1,27	1,01	X <sup>2</sup> = 21,34
	Médio Administrativo	1,58	88	1,71	1,07	p= 0,00
	Médio Assistencial	1,36	26	1,20	0,96	
	Médio Enfermagem	1,42	106	1,05	1,23	
	Superior Administrativo	1,37	32	1,25	1,09	
	Superior Assistencial	1,75	55	1,39	1,66	
	Superior Enfermagem	1,83	73	1,29	1,51	
	Superior Médico	1,66	65	0,84	1,45	
Outra atividade remunerada?	Sim	1,76	127	1,24	1,49	X <sup>2</sup> = 9,42
	Não	1,54	350	1,35	1,26	p= 0,00
Renda	Até R\$3.000,00	1,88	90	1,93	1,27	X <sup>2</sup> = 0,04
	Entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00	1,27	139	0,79	1,09	p= 0,98
	De R\$5.001,00 e R\$8.000,00	1,67	145	1,30	1,38	
	Acima de R\$8.000,00	1,68	103	1,22	1,44	

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

Tabela 19

*Fator Recompensa por variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos*

<i>variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Sexo	Masculino	2,61	112	0,85	2,67	X <sup>2</sup> = 0,13
	Feminino	2,59	365	0,82	2,67	p= 0,71
Vinculo	UFMG	1,54	153	1,39	1,26	X <sup>2</sup> = 2,24
	EBSERH	1,65	254	1,30	1,41	p= 0,33
	Outros	1,52	70	1,26	1,20	
Estado civil	com companheiro	2,55	195	0,79	2,59	X <sup>2</sup> = 1,29
	sem companheiro	2,62	279	0,86	2,70	p= 0,26
Chefia	Não	2,59	224	0,83	2,69	X <sup>2</sup> = 0,00
	Sim	2,60	253	0,83	2,66	p= 0,95
Insalubridade	Justo	2,85	172	0,80	2,93	X <sup>2</sup> = 30,60
	Injusto	2,42	278	0,81	2,44	p= 0,00
Tipo de cargo	Apoio	2,58	21	0,89	2,50	X <sup>2</sup> = 7,72
	Médio Administrativo	2,53	88	0,93	2,69	p= 0,35
	Médio Assistencial	2,63	26	0,93	2,86	
	Médio Enfermagem	2,66	106	0,73	2,62	
	Superior Administrativo	2,89	32	0,83	3,03	
	Superior Assistencial	2,62	55	0,82	2,74	
	Superior Enfermagem	2,45	73	0,82	2,43	
	Superior Médico	2,63	65	0,73	2,77	
Outra atividade remunerada?	Sim	2,46	127	0,81	2,62	X <sup>2</sup> = 4,76
	Não	2,65	350	0,83	2,69	p= 0,03
tempo de deslocamento	0 a 40 minutos	2,64	189	0,81	2,69	X <sup>2</sup> = 0,67
	41 a 90 minutos	2,56	141	0,89	2,70	X <sup>2</sup> = 0,71
	100 minutos ou mais	2,58	147	0,80	2,63	
Renda	Até R\$3.000,00	2,27	90	0,92	2,30	X <sup>2</sup> = 15,86
	Entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00	2,76	139	0,74	2,70	P= 0,00
	De R\$5.001,00 e R\$8.000,00	2,59	145	0,82	2,65	
	Acima de R\$8.000,00	2,67	103	0,81	2,82	

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

Tabela 20

*Fator Esforço Extrinseco por variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos*

<i>variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Sexo	Masculino	2,21	112	0,92	2,27	X <sup>2</sup> = 1,89
	Feminino	2,34	365	0,89	2,47	p= 0,17
Vinculo	UFMG	2,33	153	0,95	2,55	X <sup>2</sup> = 5,95
	EBSERH	2,36	254	0,86	2,47	p= 0,05
	Outros	2,08	70	0,90	2,11	
Estado civil	com companheiro	2,30	195	0,94	2,43	X <sup>2</sup> = 0,03
	sem companheiro	2,31	279	0,87	2,44	p= 0,87
Chefia	Não	2,40	224	0,83	2,47	X <sup>2</sup> = 2,58
	Sim	2,23	253	0,95	2,39	p= 0,11
Insalubridade	Justo	2,15	172	0,93	2,33	X <sup>2</sup> = 9,47
	Injusto	2,43	278	0,88	2,56	p= 0,00
Tipo de cargo	Apoio	1,89	21	0,99	1,71	X <sup>2</sup> = 30,88
	Médio Administrativo	2,03	88	0,97	2,16	p= 0,00
	Médio Assistencial	1,90	26	0,97	1,76	
	Médio Enfermagem	2,49	106	0,91	2,67	
	Superior administrativo	2,05	32	0,86	1,96	
	Superior assistencial	2,49	55	0,88	2,65	
	Superior Enfermagem	2,56	73	0,77	2,53	
	Superior Médico	2,36	65	0,72	2,35	
Outra atividade remunerada?	Sim	2,42	127	0,83	2,50	X <sup>2</sup> = 2,12
	Não	2,27	350	0,92	2,39	p= 0,15
tempo de deslocamento	0 a 40 minutos	2,26	189	0,87	2,33	X <sup>2</sup> = 2,70
	41 a 90 minutos	2,29	141	0,91	2,35	p= 0,26
	100 minutos ou mais	2,39	147	0,93	2,57	
Renda	Até R\$3.000,00	2,11	90	1,00	2,15	X <sup>2</sup> = 4,45]
	Entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00	2,32	139	0,92	2,44	p= 0,23
	De R\$5.001,00 e R\$8.000,00	2,37	145	0,90	2,48	
	Acima de R\$8.000,00	2,39	103	0,76	2,49	

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

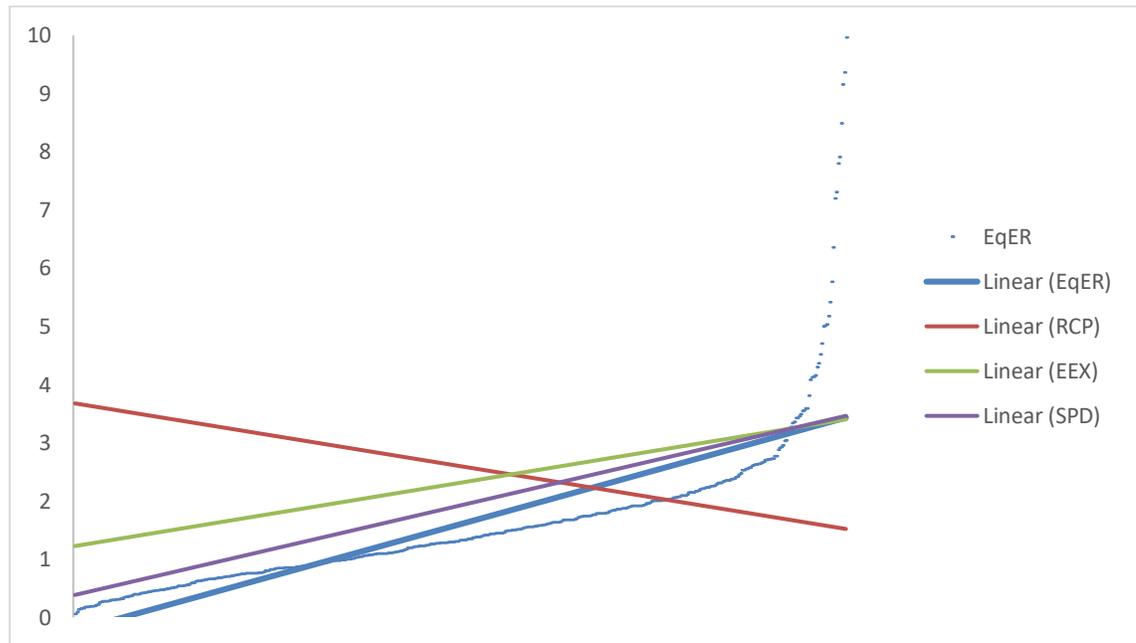
Tabela 21

*Fator Esforço Intrínseco (Superdedicação) por variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos*

<i>variáveis sociodemográficas e aspectos contratuais e jurídicos</i>		Média	N	DP	Mediana	X <sup>2</sup> /valor p*
Sexo	Masculino	1,74	112	1,19	1,64	X <sup>2</sup> = 3,28
	Feminino	1,97	365	1,19	1,96	p= 0,06
Vínculo	UFMG	1,80	153	1,24	1,66	X <sup>2</sup> = 4,59
	EBSERH	2,03	254	1,16	2,05	p= 0,10
	Outros	1,80	70	1,17	1,85	
Estado civil	com companheiro	1,86	195	1,20	1,90	X <sup>2</sup> = 0,73
	sem companheiro	1,96	279	1,19	1,81	p= 0,40
Chefia	Não	2,16	224	1,19	2,24	X <sup>2</sup> = 16,5
	Sim	1,71	253	1,16	1,47	p= 0,00
Insalubridade	Justo	1,87	172	1,21	1,66	p= 0,40
	Injusto	1,95	278	1,19	1,97	X <sup>2</sup> = 0,51
Tipo de cargo	Apoio	1,22	21	1,09	1,04	X <sup>2</sup> = 43,27
	Médio Administrativo	1,65	88	1,21	1,40	p= 0,00
	Médio Assistencial	1,60	26	1,03	1,70	
	Médio Enfermagem	1,64	106	1,16	1,42	
	Superior administrativo	1,99	32	1,21	1,82	
	Superior assistencial	2,30	55	1,22	2,56	
	Superior Enfermagem	2,03	73	1,09	1,92	
	Superior Médico	2,53	65	1,02	2,69	
Outra atividade remunerada?	Sim	2,22	127	1,15	2,33	X <sup>2</sup> = 11,09
	Não	1,81	350	1,19	1,73	p= 0,00
tempo de deslocamento	0 a 40 minutos	1,99	189	1,21	2,18	
	41 a 90 minutos	1,87	141	1,18	1,66	X <sup>2</sup> = 0,94
	100 minutos ou mais	1,87	147	1,19	1,82	p= 0,62
Renda	Até R\$3.000,00	1,67	90	1,20	1,48	
	Entre R\$3.001,00 e R\$5.000,00	1,59	139	1,12	1,41	X <sup>2</sup> = 30,76
	De R\$5.001,00 e R\$8.000,00	2,07	145	1,22	2,14	p= 0,00
	Acima de R\$8.000,00	2,36	103	1,05	2,48	

\* *Teste H de Kruskal- Wallis significativo a 5%*

O Gráfico 5 ilustra os fatores equação Equilíbrio Esforço-Recompensa considerando sua relação para cada indivíduo e as linhas de tendência, demonstrando relação negativa para o Fator Recompensa e positiva para os fatores Superdedicação e Esforço Extrínseco.



### ***4.2.3 Relação entre as Condições de trabalho e estresse***

Realizei análise de regressão múltipla para avaliar a relação entre os fatores secundários das condições de trabalho e os fatores do Modelo de Equilíbrio Esforço-Recompensa (EqER). Os resultados estão na Tabela 22. Observei que todos os fatores secundários das condições de trabalho têm influência no escore final do EqER. O Fator 1(Exigências, Contradições e Condições Materiais) tem o maior impacto. O valor b indica a influência individual deste fator, no resultado EqER (0,93), ou seja, para cada unidade de elevação do escore do Fator 1, temos a elevação de quase uma unidade no Fator Equilíbrio Esforço-Recompensa. Para o Fator Recompensa, o Fator 1(Exigências, Contradições e Condições Materiais) também apresentou o maior peso. Nesse caso, a relação é inversa, ou seja, para cada dois pontos de decréscimo, temos um aumento no desequilíbrio em um ponto. Na graduação do Fator de Esforço Extrínseco, como seria de se esperar, também o Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais) tem o maior peso. O Fator Esforço Intrínseco ou Superdedicação, tem relação significativa com dois fatores: o Fator 2 (Comunicação, Desafio e Participação) e o Fator 1(Exigências, Contradições e Condições Materiais).

Tabela 22

*Análise de Regressão entre fatores secundários das condições de trabalho e Equilíbrio Esforço-Recompensa*

Fatores	b	Erro Padrão	$\beta$	t	valor p
<i>Fator Equilíbrio Esforço Recompensa</i>					
Passo 1: Constante	1,29	0,10		12,75	<0,000
Insalubridade (justa ou injusta)	0,52	0,13	0,19	4,05	<0,000
Passo 2: Constante	-3,22	0,44		-7,37	<0,000
Insalubridade (justa ou injusta)	0,09	0,11	0,03	0,80	0,43
Exigências, contradições e condições materiais	0,93	0,09	0,45	10,06	<0,000
Comunicação, Desafio e Participação	0,53	0,16	0,14	3,35	0,000
Suporte e Planejamento	0,35	0,11	0,13	3,06	0,000
<i>Fator Recompensa</i>					
Passo 1: Constante	2,85	0,06		46,37	<0,000
Insalubridade (justa ou injusta)	-0,43	0,08	-0,25	-5,49	<0,000
Passo 2: Constante	5,71	0,27		21,50	<0,000
Insalubridade (justa ou injusta)	-0,15	0,07	-0,09	-2,19	0,03
Exigências, contradições e condições materiais	-0,52	0,06	-0,40	-9,14	<0,000
Comunicação, Desafio e Participação	-0,19	0,10	-0,08	-1,96	0,05
Suporte e Planejamento	-0,38	0,07	-0,23	-5,50	<0,000
<i>Fator Esforço Extrínseco</i>					
Passo 1: Constante	2,15	0,07		31,43	<0,000
Insalubridade (justa ou injusta)	0,28	0,09	0,15	3,18	0,00
Passo 2: Constante	-0,28	0,29		-0,96	0,34
Insalubridade (justa ou injusta)	-0,03	0,08	-0,02	-0,42	0,68
Exigências, contradições e condições materiais	0,82	0,06	0,59	13,48	<0,000
Comunicação, Desafio e Participação	0,25	0,10	0,10	2,42	0,02
Suporte e Planejamento	-0,05	0,07	-0,03	-0,60	0,55
<i>Fator Superdedicação</i>					
Passo 1: Constante	1,87	0,09		20,57	<0,000
Insalubridade (justa ou injusta)	0,07	0,12	0,03	0,63	0,53
Passo 2: Constante	-0,85	0,44		-1,95	0,05
Insalubridade (justa ou injusta)	-0,13	0,11	-0,05	-1,11	0,27
Exigências, contradições e condições materiais	0,53	0,09	0,29	5,71	<0,000
Comunicação, Desafio e Participação	0,67	0,16	0,19	4,27	<0,000
Suporte e Planejamento	0,00	0,11	0,00	0,03	0,98

O Gráfico 6 ilustra a relação entre os fatores secundários e os quartis do fator de Equilíbrio Esforço-Recompensa. Os três fatores, em maior ou menor grau, levam ao desequilíbrio na equação Esforço-Recompensa, como já visto pela análise de regressão.

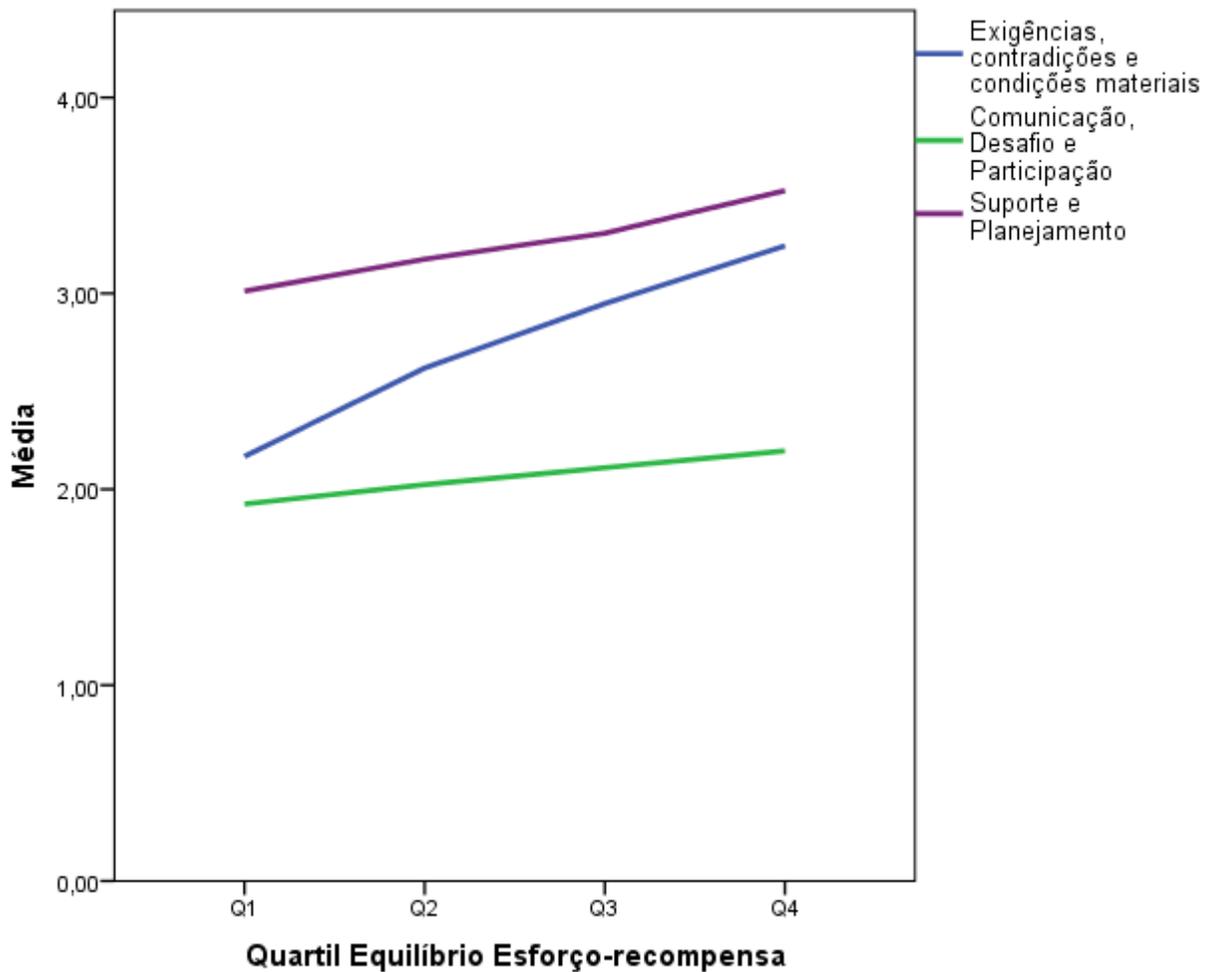


Gráfico 6  
*Relação entre fatores secundários e Equilíbrio Esforço-Recompensa*

Os gráficos a seguir apresentam a relação entre os fatores secundários e os quartis dos fatores EqER. Analisando a relação entre o Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais), com os quartis dos Fatores EqER (Gráfico 7), todos os quartis apresentaram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, quanto pior a avaliação das condições de trabalho investigadas pelo Fator 1, maior a percepção de estresse no trabalho.

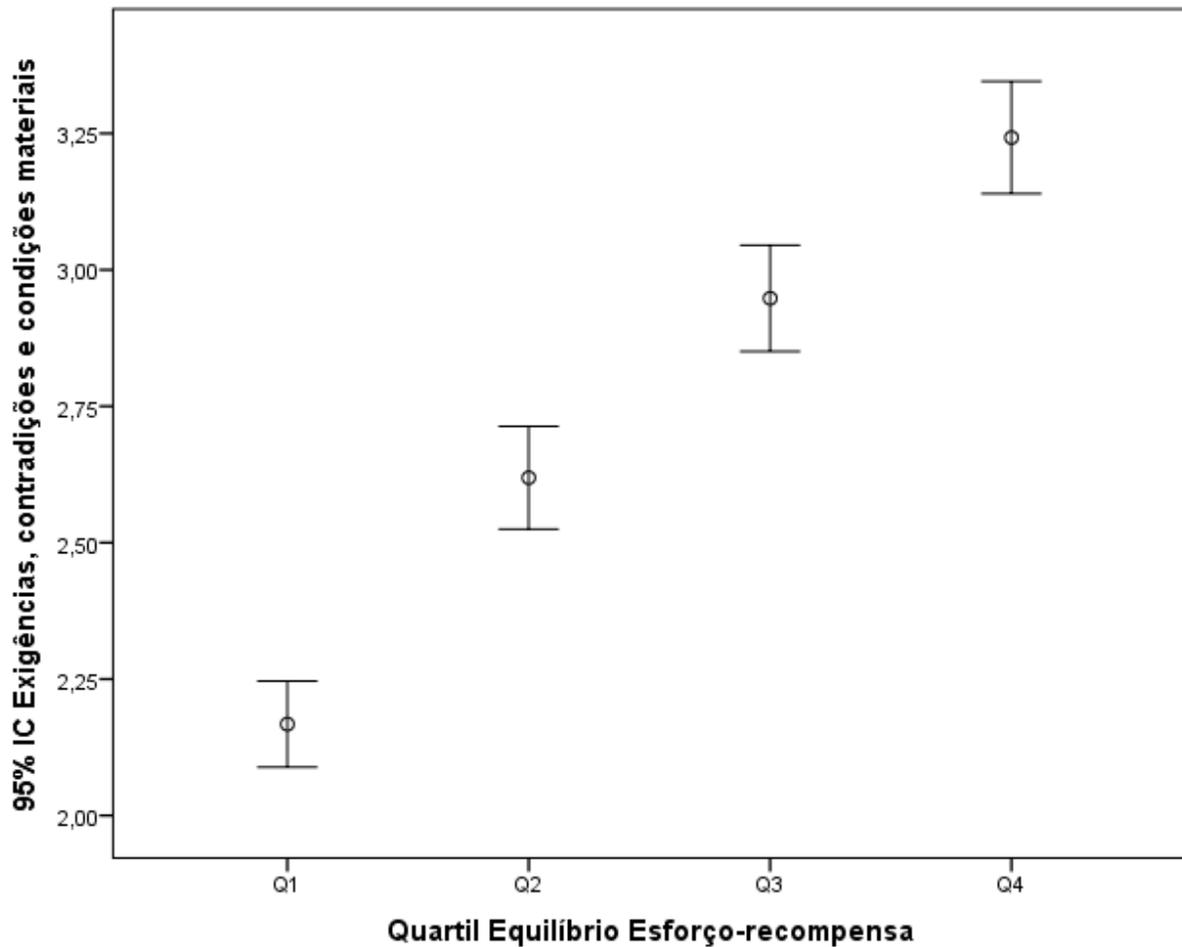


Gráfico 7

*Relação entre Fator 1 (Exigências, Contradições e Condições Materiais) e quartis dos fatores do Equilíbrio Esforço-Recompensa*

O Gráfico 8 apresenta a relação entre Fator 2 (Comunicação, Desafio e Participação) e os quartis do Fator EqER. A relação também é direta, sendo que a diferença é significativa aumentando-se dois quartis: do primeiro para o terceiro e o quarto e do segundo para o quarto quartil.

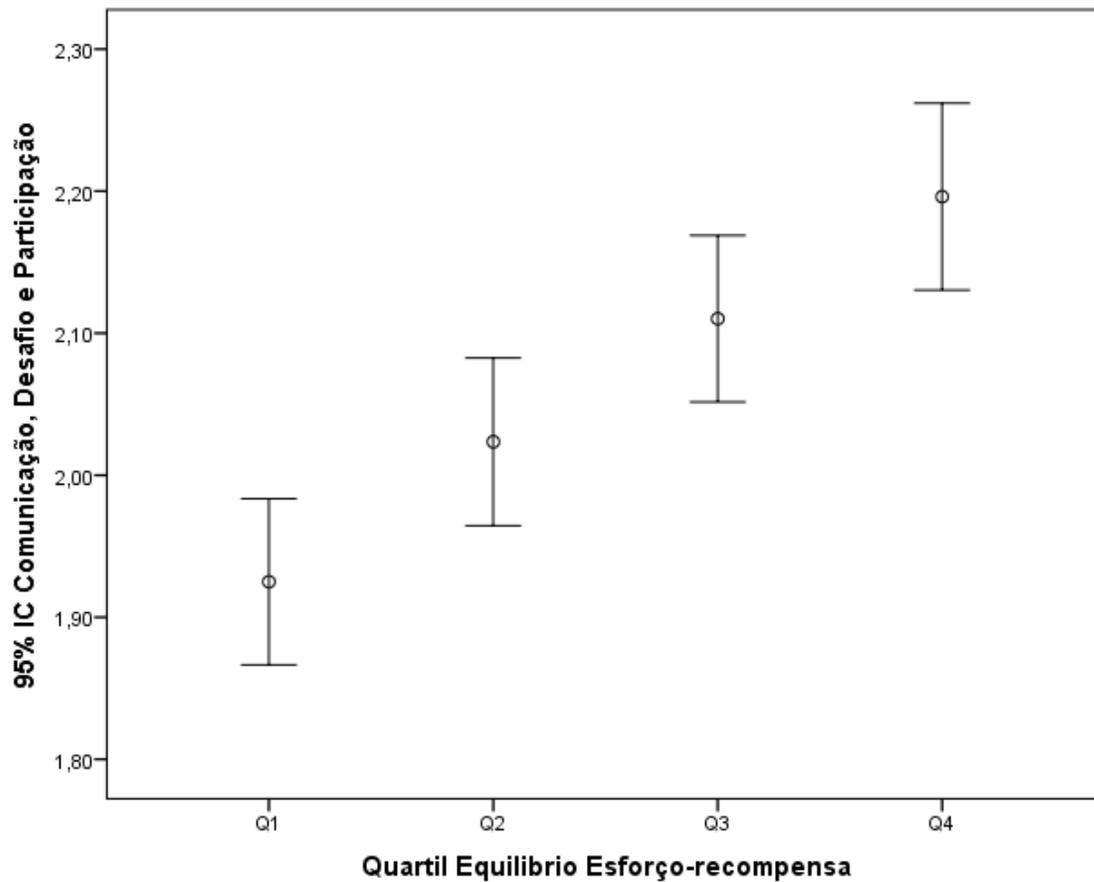


Gráfico 8

*Relação entre Fator 2(Comunicação, Desafio e Participação) e quartis dos fatores do Equilíbrio Esforço-Recompensa*

O Gráfico 9 apresenta a relação entre o Fator 3(Suporte e Planejamento) e os quartis do Fator EqER. Também a variação é direta e significativa, considerando-se o aumento de dois quartis.

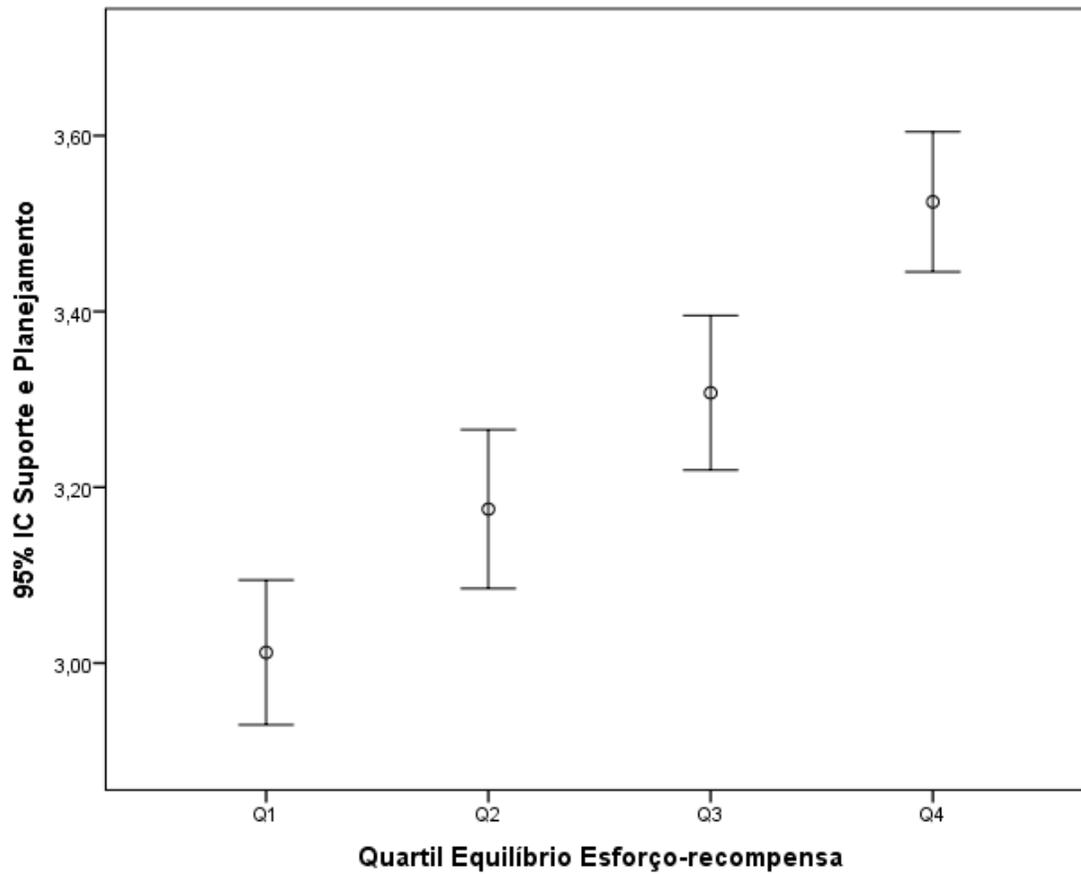


Gráfico 9

*Relação entre Fator 3(Suporte e Planejamento) e quartis dos fatores do Equilíbrio Esforço-Recompensa*

## Capítulo 5

### Discussão

A análise fatorial do Questionário de Condições de Trabalho apontou o que é considerado relevante para os trabalhadores, em sua condição atual. O primeiro fator secundário — Exigências, Contradições e Condições Materiais — refere-se, principalmente às condições materiais de trabalho. Aparentemente esses profissionais consideram precárias suas condições materiais de trabalho (Fator Precariedade Material) e consideram os prazos incompatíveis para a realização das tarefas, além de pessoal insuficiente (Fator Exigências). Percebem também que estão expostos a riscos físicos, transporte de cargas pesadas e riscos de acidentes (Fator Ambiente Físico). Às condições precárias, some-se o sentimento de intolerância ou desrespeito às consequências na saúde (fator Respeito às Limitações), gerando, como seria de se esperar, conflitos entre gestores e executores, chegando a caracterizar situações de assédio, na visão dos trabalhadores (fator Violência). As exigências no ambiente de trabalho repercutem no conjunto dos trabalhadores, no âmbito da empresa ou fora dela, podendo caracterizar o que Barreto e Heloani (2013) consideram como assédio coletivo. Embora sejam ferramentas de gestão, personificadas na figura do chefe, supervisor, auditor ou outra autoridade do conhecimento, são percebidas como condição da nova realidade do ambiente de trabalho, à qual temos que nos adaptar ou sucumbir (Barreto & Heloani, 2013).

O segundo fator Secundário, denominado Comunicação, Desafio e Participação, focaliza a organização do trabalho e/ou seu conteúdo. O escore encontrado para o Fator Atualização do Saber, indica que as atividades dos servidores implicam a necessidade de atualização contínua de seus saberes e competências, formações complementares, domínio do saber fazer e iniciativas de formação e informação que ultrapassam os limites organizacionais incluindo, por vezes, a necessidade de trabalhar em casa. O fator primário Participação se refere às oportunidades de participação na tomada de decisões e à qualidade das decisões ponderadas coletivamente. Diz respeito a como o trabalhador observa a administração dos conflitos e se considera que o planejamento das mudanças, são de fato compartilhadas. É notável a diferença, nesse Fator, entre aqueles com maior responsabilidade no processo de trabalho, como os profissionais de nível superior ligados à assistência, comparados com os demais profissionais. A diferença significativa para aqueles que ocupam cargos de chefia, ilustra a dificuldade do processo decisório marcado

pelos conflitos entre a tradição e as novas necessidades impostas. A relevância desse Fator, pode refletir paradoxos, onde se tem muitas exigências, em função do papel de referência em alta complexidade e conflitos advindos na mudança de fatores determinantes nos rumos da instituição. Aparentemente, os profissionais da organização não se sentem como atores ativos nas inovações e regulamentações que, muitas vezes, chegam como regras impostas. Pelo menos intuitivamente, o trabalhador entende que suas condições de trabalho são decorrentes de decisões tomadas pela Direção; no entanto, não conseguem ter a dimensão do nível de autonomia que esses gestores dispõem.

O terceiro fator de segunda ordem: Suporte e Planejamento, refere-se às necessidades da instituição de se adequar às normas externas, no sentido de sua viabilidade e atendimento às exigências técnicas; e de que forma essas exigências são repassadas ao conjunto de trabalhadores. O Fator primário Normatização recebeu o maior escore, entre todos os estudados (Média= 4,10, DP=0,73, Mediana= 4,33). A necessidade de seguir padrões, normas e protocolos, definidos externamente, têm sido uma exigência cada vez maior na área da saúde. O trabalho em um hospital de alta complexidade, faz com que se esse quesito seja ainda mais grave. Além disso, os trabalhadores da ponta não se sentem participantes na definição das tarefas que efetivamente vão cumprir. O fator primário Suporte e Proteção denota a necessidade que o trabalhador percebe de ser melhor orientado quanto ao conteúdo do trabalho, entendendo-o como potencial de risco para o adoecimento ou provocador de acidentes. Da mesma forma, coloca a importância do planejamento das ações do Hospital, que necessitam estar sintonizadas com a missão institucional. Algumas categorias parecem mais impactadas por esse distanciamento entre os objetivos institucionais e o seu trabalho diário, principalmente aquelas que estão na ponta da assistência, como técnicos de enfermagem e outros técnicos assistenciais. Esses mesmos trabalhadores aparentemente não estão devidamente esclarecidos, ou não concordam, quanto aos riscos a que estão submetidos e a indenização a que têm direito, via adicional de insalubridade. A diferença acentuada entre aqueles que ocupam ou não função de chefia, denota uma dificuldade de repasse de informações dentro da hierarquia institucional, apontando mais uma vez, a falha da preconizada gestão participativa. Algumas diferenças significativas apontadas no questionário, relativas a condições de acesso, como tempo de deslocamento ao trabalho e trabalho noturno, apontam a desigualdade no impacto dessa condição, inclusive entre as categorias assistenciais.

A pressão à qual estão submetidos os dirigentes foi evidenciada nas entrevistas: “então, eu cobro demais das pessoas que trabalham aqui comigo e isso vira uma pressão muito grande, eu recebo uma pressão, eu transmito essa pressão e isso influencia nas condições de trabalho.” No entanto, a função de chefia, mostrou como fator de proteção (estatisticamente falando) para os fatores secundários fator2(Comunicação, Desafio e Participação) e fator3 (Suporte e Planejamento). Também na equação do Equilíbrio Esforço-Recompensa, o fato de não ocupar função de chefia, apresentou-se como fator de risco. Atribuo este resultado, principalmente aos Fatores Esforço Extrínseco e Esforço Intrínseco, uma vez que esses fatores tiveram maior escore entre aqueles não ocupantes de cargo de chefia. Paradoxalmente, o Fator Recompensa não apresentou variação significativa entre os ocupantes ou não de função de chefia. A relação entre ocupar ou não cargo de chefia, percepção das condições de trabalho e risco psicossocial foi apontada por autores como Gaulejac (2007). A hegemonia da ideologia gerencial deixaria os gestores em melhores condições de realizar o seu trabalho? A pressão nos trabalhadores pela produtividade é a condição principal que determina as condições de trabalho? São possíveis explicações para esse fenômeno.

A equivalência, ou ausência de diferença significativa, em algumas variáveis na nossa pesquisa, merecem atenção. Não houve distinção das médias para os fatores secundários e para percepção do risco psicossocial, em relação a sexo, vínculo, idade, tempo de trabalho, estado civil, número de filhos, e ter outra atividade fora do hospital. A equivalência dos números entre os servidores (UFMG) e celetistas (Ebserh), sugere que, embora com as diferenças contratuais e tempo de casa e do estranhamento dos dois vínculos, por conta da mudança estrutural na forma de gestão dos hospitais universitários federais, seus profissionais têm uma inserção real no trabalho que os sujeita a pressões psicossociais equivalentes. Em relação ao sexo, uma das mudanças no mundo do trabalho, foi a inserção da mulher no mercado, fazendo com que esteja sujeita às mesmas vicissitudes do homem. A equivalência dos fatores, entre os trabalhadores de acordo com a idade e o tempo de hospital demonstram o impacto e magnitude do efeito das condições de trabalho.

A relação positiva entre os fatores da condição de trabalho e percepção do estresse, de acordo com Modelo do Equilíbrio Esforço-Recompensa, permitem caracterizar que tais fatores das condições de trabalho podem ser apontados como de risco psicossocial. Na avaliação dos fatores individualmente e sua contribuição para o resultado geral, notei que o Esforço Extrínseco tem o maior peso para o desequilíbrio. O resultado sugere que as condições objetivas de trabalho foram

avaliadas como precárias e motivos de estresse. Na análise dos fatores, considerando-se a atividade exercida no Hospital, observei que os profissionais em atividade assistencial e de enfermagem consideram que fazem maior esforço, comparados ao pessoal em atividade administrativa. O desequilíbrio entre esforço e recompensa entre os profissionais de saúde foi observado em estudos em diferentes países, na Europa e América do Sul (Bakker, Killmer, Siegrist, & Schaufeli, 2000; Hammig et al., 2012; Juárez-García et al., 2015; Tsutsumi e Kawakami, 2004). O desequilíbrio na relação entre o esforço dispendido (explícito e/ou implícito) e a recompensa percebida pode ser um indicador de risco psicossocial (Cervantes, Blanch & Hermoso, 2011; Goulart, Blanch e Borowski, 2010).

A correlação encontrada entre os fatores de avaliação do estresse, de acordo com o Modelo do Equilíbrio Esforço-Recompensa, e os fatores depurados do Questionário das Condições de Trabalho, demonstra a validade desses instrumentos para avaliar essas condições e possível exposição de riscos psicossociais, caracterizados pelo desequilíbrio entre o esforço dispendido na organização e os fatores que compensariam esse esforço. Os trabalhadores que percebem os fatores das condições de trabalho que podem ser nocivas à sua saúde, também entendem que o esforço que fazem, seja do ponto de vista objetivo, ou o nível de dedicação que lhe despendem, não têm sido reconhecidos de forma compensatória.

Os fatores psicossociais resultam da interação estabelecida entre trabalhadores e seu contexto laboral, com as características do trabalho e da organização, ao que se soma o entorno social onde trabalhador e organização se inserem (Ahumada & Martínez, 2011; Portuné, 2012). É possível observar que no contexto das organizações de trabalho, os riscos psicossociais a ele associados são decorrentes do desajuste entre as práticas de gestão e a organização (Bergamini, 2008; Pucci, Kanan, & da Silva, 2017). Esta interação quando experienciada negativamente contribui para ocorrência de agravos a saúde do trabalhador, agravos estes que incluem transtornos mentais, acidentes de trabalho, suicídio e abuso de substância (Benavides, Benach & Muntaner, 2002; Fischer, 2012). No contexto de trabalho, a falta de reciprocidade entre altos custos de esforço e baixos ganhos sociais podem contribuir para uma série de resultados negativos, incluindo baixa satisfação no trabalho, menos comportamentos inovadores no local de trabalho, alto desgaste emocional, burnout e efeitos físicos adversos.

Na nossa pesquisa, o pessoal da área médica apresentou uma percepção de esforço intrínseco (Superdedicação) maior, comparado com o pessoal da área administrativa e de

enfermagem. Na avaliação do nível de recompensa e do equilíbrio entre os fatores, não houve percepção da diferença entre as categorias. Contrapondo-se ao nosso estudo, Birgit, Gunnevi e Ann (2013) usaram a escala EqER com jovens enfermeiros e médicos, e descobriram que a satisfação no trabalho era menor nessas categorias. A maioria dos estudos sobre o modelo EqER, tem se concentrado na importância da relação entre o alto esforço extrínseco e a baixa recompensa, como a hipótese central do modelo (van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005), mas nos últimos anos a contribuição do esforço intrínseco (Superdedicação) tem chamado a atenção (Peters & Hopkins, 2014; Murta, Sanderson, & Oldenburg, 2007). Alguns estudos apontam que a superdedicação seria um fator unidimensional distinto, capaz de levar a equação de esforço-recompensa ao desequilíbrio (Allisey, Rodwell, & Noblet, 2012; Siegrist et al., 2004; Siegrist et al., 2014).

A Superdedicação aparenta exercer efeitos independentes, estatisticamente e clinicamente relevantes sobre os diferentes indicadores de saúde (Murta, Sanderson, & Oldenburg, 2007). Os estudos que construíram uma medida combinada de componentes extrínsecos e intrínsecos relataram maior nível de estresse nos indivíduos com alto desequilíbrio entre esforço e recompensa e de alto nível de excesso de compromisso (Buddeberg-Fischer et al., 2008; Feldt et al., 2013; Yu et al., 2013). Estudos apontaram que a superdedicação tem efeito sinérgico para adoecimento, quando há um desequilíbrio na relação esforço recompensa, aumentando as chances de hipertensão (Xu et al. 2013) e doença coronariana (Xu et al., 2009). Outros estudos relataram um efeito moderador da superdedicação, em relação às medidas de burnout (Bakker et al., 2000; Feuerhahn, Kuhnel, & Kudielka, 2012), sintomas depressivos (Jolivet et al., 2010) e intenção de rotatividade (Kinman & Jones, 2008).

Os resultados desta pesquisa confirmam a hipótese de precárias condições de trabalho, entendidas no sentido ampliado e suas implicações diretas no nível de estresse ocupacional. Outros estudos constataram a precariedade do trabalho para profissionais de saúde (Braga, 2015; Brito et al., 2014; Ribeiro & Shimizu, 2015). Pesquisa em nível nacional com profissionais de enfermagem apurou situações como chefes distantes, inacessíveis, quando necessitam de ajuda; elevado grau de insegurança e violência no ambiente de trabalho; poucos são assistidos, quando adoecem, pela própria instituição em que trabalham; além de desgaste profissional. Evidenciaram também a inexistência de infraestrutura de descanso no local de trabalho e índice considerável de acidentes de trabalho (Machado et al., 2016).

Na década de 1990, pela política de enxugamento do Estado, os concursos praticamente se extinguíram. Premido pela necessidade de manter a produção para garantir o custeio, o Hospital das Clínicas iniciou reposição de mão-de-obra através da terceirização, sob pena de fechar suas portas ou reduzir o número de leitos e a oferta de serviços. A necessidade de produtividade, resultou em uma multiplicidade de vínculos trabalhistas, precarização do trabalho e comprometimento insustentável das receitas com pagamento de pessoal. Blanch (2008) alertou para a precarização das relações de trabalho, também no setor público, como hospitais e universidades, em função da pressão econômica, com aumento da vulnerabilidade física e psicológica dos trabalhadores, incapazes de reagir. Pesquisas sobre trabalhadores da saúde no setor público apontam que a presença da ideologia gerencialista está atrelada à precarização do trabalho (Assunção, Belisário, Campos & D'Ávila, 2007; Assunção & Brito, 2011; Chiavegato & Navarro, 2014; Merhy, Rimoli, Magalhães Júnior, Franco, & Bueno, 2004).

Para sobreviver, as organizações precisam estar legitimadas, ou seja, suas ações devem ser percebidas como válidas e apropriadas dentro de algum sistema de normas, valores, crenças e definições socialmente construído (Scott, 2008). Em busca da sustentabilidade, as organizações públicas abriram suas portas à lei da oferta e da demanda, ao aumento da produtividade e à comercialização de bens (Blanch, 2008) e conseqüentemente têm funcionado na lógica capitalista do melhor custo-benefício, negligenciando, muitas vezes, os direitos trabalhistas e melhores condições de trabalho (Mejía, Garrido, & Peralta, 2009). Os hospitais universitários se constituíram, ao longo dos anos, como instituições duráveis (Baremlitt, 1998) e bem estruturadas em seu papel de formador de recursos humanos em saúde, e nas últimas décadas, como referência importante no Sistema de Saúde. No contexto de crise econômica, a precarização do emprego aparece como estratégia de sobrevivência das empresas (Assunção & Belisário, 2007). Da mesma forma, para garantir seus empregos, os trabalhadores da saúde se submetem à flexibilidade das mudanças dos processos produtivos, gerando um estado de precariedade. A ameaça do desemprego e o esvaziamento dos órgãos de representação dificultam a reação e contestação dessa realidade (Antunes, 2000; Assunção & Belisário, 2007; Blanch, 2008; Borges, 1999; Coda & Fonseca, 2004).

## **Capítulo 6**

### **Considerações Finais**

Procurei demonstrar nessa pesquisa, que a criação da Ebserh, e a adesão pela quase totalidade dos hospitais universitários, pode ser entendida como desfecho de um processo que vem se desenhando ao longo dos anos, considerando-se os seguintes elementos: a crise do capitalismo internacional com a guinada ao neoliberalismo; mudanças nas regras do trabalho, como a flexibilização e a globalização; a reforma do Estado brasileiro, com implantação do princípio da eficiência no serviço público; a mudança cultural, em que o gerencialismo passa a ser um modelo hegemônico, tanto no âmbito institucional quanto pessoal. As mudanças implantadas na forma de financiamento induziram os gestores locais, a busca de alternativas de sobrevivência. A guinada para a vertente assistencial, foi um caminho possível, em função da infraestrutura inicial, a potencialidade de seu corpo clínico e as necessidades do sistema de saúde. Esse redirecionamento garantiu a viabilidade dos HU's em tempos de turbulência institucional, e legitimou a criação de empresa, em nível nacional, na perspectiva de solucionar os problemas estruturais.

Nos HU's, como nas demais instituições hospitalares públicas, a falta de provisão de profissionais aprovados em concurso tornou necessária a contratação por meio do vínculo flexível, na visão do capital, ou precário, na percepção do trabalhador (Morici & Barbosa, 2013). A reestruturação produtiva internacional, com mudanças no modelo gerencial, redução dos recursos para o setor público e para as demandas sociais, atingiram os HU's, com déficit financeiro crônico e questionamentos do seu próprio modelo. Ao mesmo tempo em que a administração pública buscava mudar seu modelo de gestão de burocrático para gerencial, o país sofreu, com a reforma gerencial do Estado, um expressivo enxugamento do gasto com o serviço público.

Importante destacar, no âmbito local, o papel dos gestores e lideranças, que resistiram aos estímulos de redução do Hospital Universitário e até mesmo de sua inviabilidade. Ao contrário, redirecionaram o foco para a vertente assistencial do Hospital, com incremento da produtividade e integração ao sistema de saúde, sem perder de vista a missão institucional de ensino e pesquisa. Esse direcionamento, garantiu a relevância dos hospitais universitários, exigindo-se uma solução de viabilidade e resolução da crise crônica que os atingia. No entanto, essa política, conjugada com a política global de enxugamento dos recursos, não reposição de mão-de-obra a partir de concursos e necessidade de produção para a garantia do custeio, teve um custo significativo, principalmente

para os trabalhadores. Custo esse potencializado, e justificado em certa medida, pelas mudanças nas relações de trabalho, no âmbito global, resultando em sobrecarga, subdimensionamento e pressão de um hospital de ponta com pacientes complexos, no último nível do sistema de saúde. Além disso, ao longo dos anos, a necessidade de “produzir para sobreviver” limitou os investimentos em infraestrutura e mecanismos de gestão compatíveis às necessidades e aos novos princípios gerenciais, gerando uma distorção entre atividades-meio e atividades-fim.

As reformas administrativas no Setor Saúde, particularmente para os hospitais universitários, causaram obstáculos estruturais que precisam ser superados. Tal só será possível com a conjunção de esforços dos diversos segmentos, principalmente gestores e trabalhadores. Esse passo, requer inicialmente, que o conceito de precarização e desprecarização no trabalho, e seus impactos no processo de trabalho, nos resultados institucionais e no complexo saúde-doença do trabalhador estejam alinhados. Os dirigentes devem atentar para determinadas condições que vem impactando no sentimento de reciprocidade. Por exemplo, o pagamento do adicional de insalubridade, que parece ser um elemento de impasse. Outros aspectos, como a sobrecarga de trabalho, a clareza das comunicações e definição de papéis, maior apoio aos trabalhadores e respeito às limitações e consequências do esforço dispendido.

Nessa linha, Oliveira e Galvão (2007) ressaltam que a meta das instituições públicas é buscar o aperfeiçoamento das práticas de gestão para atender às demandas da sociedade e para o cumprimento das políticas públicas. Por sua vez, Gadelha (2003) afirma que não há como pensar em políticas públicas sem que se reconheça a natureza produtiva da área da saúde, pois somente assim será possível a busca de meios eficazes para que as finalidades sociais sejam atingidas nos marcos desse sistema.

O questionamento feito por Mendonça e Camargo (2012, p. 221), se aplica a esse contexto que estudamos: “como levar em conta a lógica econômica em um setor que deveria se pautar pelo atendimento das necessidades das pessoas por intermédio de uma prestação de serviços de qualidade, de modo integralizado e universalizado?” Por sua vez, Blanch (2011, 2014) indaga: Como desenvolver um serviço público com mentalidade de empresa privada mantendo-se sua essencialidade, qual seja, o atendimento ao cidadão e a qualidade do cuidado? Ainda, conforme alerta Farazmand (2012), as instituições públicas, em sua nova conformação correm o risco de deixar de representar os interesses sociais para atender os requisitos técnicos de eficiência?

No “capítulo final” dessa trajetória, a comunidade hospitalar viveu um dilema: aderir à empresa e “salvar” o hospital e, ao mesmo tempo, a sensação de estar se rendendo à lógica capitalista, com ameaças à função social e possíveis perda de autonomia e conquistas trabalhistas. O nível de pressão externa pela produtividade e apresentação de resultados, o choque entre as diversas culturas no setor público, ainda gera conflitos internos. A dívida histórica para com os trabalhadores em sua condição de trabalho necessita ser resgatada, para que os ganhos advindos de melhor performance dos órgãos públicos, não sejam anulados pelo produtivismo desmedido.

São dilemas que se apresentam aos novos e velhos atores. O enunciado da missão hospitalar, aprovado no Terceiro Seminário do Hospital e mantido, em sua essência, nas últimas versões, sinaliza os propósitos institucionais, e que podem nortear as ações nesses novos tempos:

Desenvolver a assistência em saúde com eficiência, qualidade e segurança e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão. (Hospital das Clínicas da UFMG, Site oficial, 2017).

## Capítulo 7

### Referências

- Abrucio, F. L. (1997). O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Recuperado de: <http://repositorio.ena.gov.br/handle/1/556>
- Abrucio, F. L., & Pó, M. V. (2002). Trajetórias da literatura sobre reforma do Estado (1995-2002): transformações e desafios para a pesquisa em administração pública. Relatório de Pesquisa. Brasília: ENAP. Recuperado de <http://www.ena.gov.br>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, (2010). Inquérito europeu das empresas de riscos novos e emergentes (ESENER). Recuperado de [http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt\\_esener1-summary.pdf/view](http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt_esener1-summary.pdf/view), Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
- Ahumada, H. T. & Martínez, M. R. (2011). Conceptos básicos em la evaluación del riesgo psicossocial em los centros de trabajo. In A. J. García, & A. C. Ávila, (Orgs.). Reflexiones teórico-conceptuales de lo psicossocial em el trabajo (pp. 95-112). México: Juan Pablos Editor.
- Álvaro, J. L.; Garrido, A. (2003) Psicología Social. Perspectivas psicológicas y sociológicas. Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, 1(4). doi:10.5565/rev/athenead/v1n4.99
- Allisey, A., Rodwell, J., & Noblet, A. (2012). Personality and the effort-reward imbalance model of stress: Individual differences in reward sensitivity. *Work & Stress*, 26(3), 230-251. doi:10.1080/02678373.2012.714535
- Almeida Filho, N. M. D. (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12), 2234-2249. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003)
- Alves, G. (2011). Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. *Estudos do Trabalho*, 5(8) 1-31. Recuperado de [http://www.estudosdotrabalho.org/4\\_8%20Artigo%20ALVES.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/4_8%20Artigo%20ALVES.pdf)
- Alves Filho, A. & Costa, M. T. P. (2013). Condições de trabalho e motivação em contextos do Sistema Único de Saúde–SUS. *Interface*, Natal, 10(1), 56-74.
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., de S. Lopes, C. & Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da " job stress scale": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164-171. doi: 10.1590/S0034-89102004000200003

- Alves, M., Godoy, S. C. B., & Santana, D. M. (2006). Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 195-200. doi: 10.1590/s0034-71672006000200014
- Alves, S. M. P., et al. (2015). A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10) 3043-3050. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n10/3043-3050/pt>
- Andrade, T., Costa, V. F., Estivaleta, V. D. F., & Lengler, L. (2017). Comportamento de cidadania organizacional: um olhar à luz dos valores e da satisfação no trabalho. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 19(64), 236-262.
- Andreazzi, M. F. S. (2013). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: Inconsistências à Luz da Reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 275-284. doi:10.1590/s0100-55022013000200016
- Antunes, R. (1995). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo.
- Antunes, R. (2007). Dimensões da precarização estrutural do trabalho. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. In T. Franco, & G. Druck (Orgs.) *A Perda da Razão Social do Trabalho: terceirização e precarização* (pp. 13-22). São Paulo: Boitempo Editorial
- Antunes, R. (2014). Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. *Estudos Avançados*, 28(81), 39–53. doi:10.1590/s0103-40142014000200004.
- Antunes, R. & Praun, L. (2015). A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, 123, 407-427. doi: 10.1590/0101-6628.030
- Aquino, C.A.B. (2005), "Reflexões sobre a precarização laboral: uma perspectiva da Psicologia Social", em II Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2, São Luís [Trabalhos apresentados]. São Luís, UFMA, 2005. 1 CD-ROM.
- Aquino, C. A. B. (2008). O Processo de precarização laboral e a produção subjetiva: um olhar desde a psicologia social. *O Público e o Privado*, 11, 169-178. Recuperado de: <http://www.seer.uece.br/?journal=opublicoeprivado&page=article&op=view&path%5B%5D=140&path%5B%5D=211>
- Araújo, J. N. G. (2012). Trabalho e usos da subjetividade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, 64(2), 35-46. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672012000200004&pt&nrm=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000200004&pt&nrm=isso)
- Armada, F., Muntaner, C., & Navarro, V. (2001). Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations. *International Journal of Health Services*, 31(4), 729-768.

- Araújo, T. M., Graça, C. C. & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 991-1003. doi: 10.1590/S1413-81232003000400021
- Assunção, A. A., & Belisário, S. A. (2007). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde (Serie Nescon de Informes Técnicos, 1). (Relatório da Oficina). Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.
- Assunção, A. Á., Belisário, S. A., Campos, F. E., & D'Ávila, L. S. (2007). Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(suppl 2), S193–S201. doi:10.1590/s0102-311x2007001400009
- Assunção, A. Á., & Brito, J. (2011). Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. *SciELO-Editora FIOCRUZ*. doi:10.7476/9788575413760
- Bacellar Filho, R. F. (2015). Profissionalização da função pública: a experiência brasileira. *Revista de Direito Administrativo*, 232, 1. doi:10.12660/rda.v232.2003.45681
- Bakker, A., Killmer, C., Siegrist, J., & Schaufeli, W. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 884–891. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01361.x
- Banco Mundial (1997). Relatório sobre o desenvolvimento mundial. Rio de Janeiro: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (1998). Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1997: O Estado em um mundo em transformação. Brasília.
- Banco Mundial. (2007). Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Washington: Banco Mundial. Recuperado de [resources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/40441681186326902607/19GovernancaSUS port.pdf](http://resources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/40441681186326902607/19GovernancaSUS_port.pdf)
- Barbosa, L. (2014). Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil?. *Revista do Serviço Público*, 47(3), 58-102. doi:10.1590/s0034-759020140108
- Baremblytt, G. (1998). Competência de análise institucional e outras correntes. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Bastos, A. V. B., Loiola, E. Queiroz, N. S., & Silva, T. D. (2014). Conceitos e perspectivas do estudo das organizações. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrades, & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 73-108). Porto Alegre: Artmed.
- Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos: vivir en una época de incertidumbre*. *Liquid times: Living in an age of uncertainty*. Barcelona: Tusquets.

- Bawden, D., & Robinson, L. (2008). The dark side of information: Overload anxiety and other paradoxes and pathologies. *Journal of Information Science*, 20 (10), 1–12. doi: 10.1177/0165551508095781
- Bazzan, C. (2012). A eminente implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares ainda gera dúvidas. Associação Paulista de Medicina, São Paulo, Notícias em Destaque 14/11/2012. Recuperado de <http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=8782>
- Beck, U. (2002). *La Sociedad del Riesgo Global. The Global Risk Society*. Madrid: Siglo XXI.
- Bell, C., Johnston D., Allan J., Pollard B., & Johnston, M. (2017). What do Demand-Control and Effort-Reward work stress questionnaires really measure? A discriminant content validity study of relevance and representativeness of measures. *British Journal of Health Psychology*, 22(2), 295-329. doi:10.1111/bjhp.12232
- Benavides, F. G., Benach, J., & Muntaner, C. (2002). Psychosocial risk factors at the workplace: is there enough evidence to establish reference values? *Journal of epidemiology and community health*, 56(4), 244-245. doi: 10.1136/jech.56.4.244
- Bendassolli, P. F. (2011). Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. *Psicol. Soc.*, 23(1), 75-84. doi: 10.1590/S0102-718220110001
- Bendassolli, P. F. & Malvezzi, S. (2013). Desempenho no trabalho: definições, modelos teóricos e desafios à gestão. In Borges, L. O. & Mourão, L. O. *O trabalho e as Organizações: atuações a partir da Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Bergamini, W. (2008). *Psicologia aplicada à administração de empresas: psicologia do comportamento organizacional*. São Paulo: Atlas, 197 p.
- Birgit, E., Gunnevi, S., & Ann, O. (2013). Work experiences among nurses and physicians in the beginning part of their careers—Analyses using the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 36–43. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00997.x
- Blanch, J. M. (2003). Condiciones de Trabajo. In J. M. Blanch, M. J. Espuny, C. Gala, & A. Martín (Orgs.), *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos* (pp. 42-44). Barcelona: Editorial UOC.
- Blanch, J. M. (2006). El trabajo como valor en las sociedades humanas En A. Garrido (Coord.). *Sociopsicología del Trabajo* (pp. 57-98). Barcelona: Editorial UOC.
- Blanch, J. M. (2008). La doble cara organizacional y personal de la flexibilización del trabajo. Desafíos, responsabilidad y agenda de la Psicología Social del Trabajo y de la organización. *Perspectivas en psicología*, 11, 11-26. Recuperado em: <[http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista11/Ladoblecara.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista11/Ladoblecara.pdf)>. Acesso

- Blanch, J. M. (2011). Afrontando la nueva gestión pública: obedeciendo y resistiendo. In Ferreira, M. C., Araújo, J. N. G., Almeida, C. P. & Mendes, A. M. (Orgs). *Dominação e resistência no contexto de trabalho-saúde*. São Paulo: Universidade Plesbiteriana Mackenzie.
- Blanch, J. M. (2014). Quality of working life in commoditized hospitals and universities. *Papeles del psicólogo*, 35(1), 40-47. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/English/2320.pdf>
- Blanch, J. M., Sahagún, M., Cantera, L., & Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Questionnaire of General Labor Well-Being: Structure and Psychometric Properties*. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 26, 157-170. doi:10.5093/tr2010v26n2a7
- Blanch, J. M.; Sahagún, M. & Cervantes, G. (2010). Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo [Factorial structure of the Working Conditions Scale]. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, Madrid, 26(3), 175-189. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v26n3/v26n3a02.pdf>
- Blanch, J. M., & Stecher, A. (2009) La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales [The corporatization of public services and its side effects]. In T. Wittke, & P. Melogno (Coords.). *Psicología y organización del Trabajo* (pp. 191- 209). (Psychology and Work Organization). Montevideo: Psicolibros.
- Brant, L. C. & Minayo-Gomez, C. (2009). Manifestação do sofrimento e resistência ao adoecimento na gestão do trabalho. *Saúde e Sociedade*, (18), 237-247. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2009.v18n2/237-247/pt>
- Borges, L.O. (1999). As concepções do trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 3(3), 81-107. doi:10.1590/s1415-65551999000300005
- Borges, L. O., Costa, M. T. P., Alves Filho, A., de Souza, A. L. R., da Rocha Falcão, J. T., Amorim, C. P. D. R. L., & Barros, S. C. (2013). Questionário de condições de trabalho: reelaboração e estruturas fatoriais em grupos ocupacionais. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 12(2), 213-225. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5116485>
- Borges, L.O., Falcão, J. T. R. A. Alves., Filho, & Costa, M. T. P. (2015). Condições de Trabalho. In P. F. Bendassolli, & J. E. Borges-Andrade. (Orgs.). *Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações*, (pp. 227-236). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Borges, L. O., Guimarães, L. A. M., & Silva, S. S. (2013). Diagnóstico e promoção da saúde psíquica no trabalho. In L. O. Borges, & L. Mourão. *O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia* (pp. 580-618). Porto Alegre: Artmed.

- Borges, L. O., & Yamamoto, O. H. (2014). Mundo do trabalho: Construção histórica e desafios contemporâneos. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrades, & A. V. B. Bastos (Orgs.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 25-72). Porto Alegre: Artmed.
- Borman, W. C., Ilgen, D. R., & Klimoski, R. J. (Eds.). (2003). *Handbook of Psychology*, 12. Industrial and Organizational Psychology. New York: Wiley and Sons.
- Braga, L. M., Torres, L. M., & Ferreira, V. M. (2015). Condições de trabalho e fazer em enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFJF*, 1(1). Recuperado de: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/enfermagem/article/view/3788/1564>
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_positiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf)
- Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006). Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec\\_cart.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf)
- Brasil (2012). Portaria n. 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html).
- Brasil. Senado Federal. Medida Provisória nº 520 de 2011. (2010). Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A. - Ebserh e dá outras providências. Recuperado de: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/45/2010/520.htm>
- Bratton, J., & Gold, J. (2003). *Human Resource Management: theory and practice*. New York: Palgrave MacMillan.
- Bresser-Pereira, L. C. (2003). O Segundo Consenso de Washington e a quase-estagnação da economia brasileira. *Revista de Economia Política*, 23(3), 91. Recuperado de <http://www.rep.org.br/pdf/91-1.pdf>
- Bresser-Pereira, L. C. (2007). Burocracia pública e classes dirigentes no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, (28), 9-30. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n28/a03n28>
- Bresser-Pereira, L. C. (2010). Democracia, estado social e reforma gerencial. *Revista de Administração de Empresas*, 50(1), 112-116. doi: 10.1590/S0034-75902010000100009
- Bretas, P. F. F. & Carrieri, A. P. (2017). Uma breve reflexão sobre epistemologias, teorias e métodos da prática social da resistência. *Revista Espacios*, 38(27), 6-18. Recuperado de <http://www.revistaespacios.com/a17v38n27/a17v38n27p06.pdf>

- Brito, B. C., Santos, FSoares, M. I., & Camelo, S. H. H. (2014). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro hospitalar e estratégias de gerenciamento uma revisão integrativa. *Gestão e Saúde*, 6(1), pag-437-450. Recuperado de: [http://www.sobragen.org.br/trabalhos\\_enenge/Trabalho%20025.pdf](http://www.sobragen.org.br/trabalhos_enenge/Trabalho%20025.pdf)
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., Siegrist, J., & Buddeberg, C. (2008). Work stress and reduced health in young physicians: Prospective evidence from Swiss residents. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(1), 31–38. doi:10.1007/s00420-008-0303-7
- Burger, D. H., Crous, F., & Roodt, G. (2013). Exploring a model for finding meaning in the changing world of work (Part 3: Meaning as framing context). *AS. Journal of Industrial Psychology*, 39(2). doi:10.4102/sajip.v39i2.1022
- Capella, A. C. N. (2009). Mudança organizacional e transformações na gestão pública. *Governança pública e novos arranjos de gestão* (pp. 35-54). Piracicaba, São Paulo: Jacintha Editores.
- Carmo, M., Andrade, E. L. G. & Mota, J. A. C. (2007). Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, 11(4), 387-394.
- Catão, M. Ó. (2011). *Genealogia do Direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade*. Campina Grande: EDUEPB.
- Carvalho, R. M. U. (2010, dezembro). Aspectos relevantes do concurso público. *Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais*, 1(1), 101-148.
- Castells, M. (2000). *La Era de la Información [The Information Era]*. La Sociedad Red. Madrid: Alianza.
- Castillo, J. J., & Prieto, C. (1990). *Condiciones de trabajo*. Madrid: CIS.
- Cecílio, L. C. D. O. (2010). Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(4), 973-983. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_artt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt)
- Cervantes, G., Blanch, J. M., & Hermoso, D. (2011). Calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud catalanes. Un estudio longitudinal (Quality of working life in health care centers in Catalonia. A longitudinal study). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 14(1), 13-19. Recuperado de: [http://www.archivosdeprevencion.com/view\\_document.php?tpd=2&i=1966](http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=1966)
- Chandola, T., Heraclides, A., & Kumari, M. (2010). Psychophysiological biomarkers of workplace stressors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 51–57. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.11.005

- Chanlat, J. F. (1995). Quais carreiras e para qual sociedade? *Revista de Administração de Empresas*, 35(6), 67-75. doi: 10.1590/s0034-7590199
- Chanlat, J. F. (2002). *Ciencias sociales y administración: en defensa de una antropología general*. Universidad Eafit.
- Chiavegato Filho, L. G., & Navarro, V. L. (2014). A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos DOI - 10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p96. *Psicologia Em Revista*, 20(1). doi:10.5752/p.1678-9523.2014v20n1p96
- Clemente, B. T. (1998). *Cronologia histórica dos hospitais universitários*. Salvador: UFBA.
- Cislaghi, J. F. (2010). *Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto*. Recuperado de <https://fopspr.files.wordpress.com/2010/08/hospitais-universitarios.pdf>
- Coelho, J. M. A. (2009). *Gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho em hospitais no quadro da união europeia*. (Tese de Doutorado). Universidade Fernando Pessoa. Cidade do Porto. Recuperado de <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1388>
- Conselho Federal de Psicologia - (2003). Resolução no 02/2003. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº 025/2001. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/05/resoluxo022003.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (1986). 8º Conferência Nacional de Saúde, Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial. Brasília: Ministério da Saúde. (Relatório final).
- Costa, N. D. R. (1998). O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social* (pp. 125-145).
- Costa, M. T. P., & Barbosa, S. C. (2017). Condições do ambiente sócio gerencial e gestão da saúde dos trabalhadores em um contexto de mudança cultural *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, 22(73), 437-455. doi:10.12660/cgpc.v22n73.69029
- Costa, M. T. P.; Borges, L. O. & Barros, S. C. (2015). Condições de trabalho e saúde psíquica: Um estudo em dois hospitais universitários. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, Florianópolis, 15(1), 43-58. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v15n1/v151a05.pdf>.
- Costa, M. A., Mota, J. A. C., & Figueiredo, R. C. P. (2009). A nova dinâmica institucional do Hospital das Clínicas da UFMG: o projeto de unidades funcionais e a contratualização com o SUS/BH. *Revista Médica de Minas Gerais*, 19, 269-75. Recuperado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/436>
- Costa, L. S., & Santos, M. (2013). Fatores psicossociais de risco no trabalho: uma problemática, diferentes abordagens. In *International congress on safety and labour market: book of abstracts*. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66971/2/87667.pdf>

- Costa, A.S. M., & Saraiva, L. A. S. (2011). Memória e formalização social do passado nas organizações. *Revista de Administração Pública*, 45(6), 1761–1780. doi:10.1590/s0034-76122011000600007.
- Costa, D. de O., & Tambellini, A. T. (2009). A visibilidade dos escondidos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 953–968. doi:10.1590/s0103-73312009000400003
- Decreto-Lei n. 7082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 27 jan. 2010. Seção 1, p. 1.
- Díaz-Salazar, R. (Ed.). (2003). *Trabajadores precarios: el proletariado del siglo XXI*. Madrid: Hoac.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work related stress*. Luxemburgo: Comunidade Européia.
- Crozatti, J. (1998). Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. *Caderno de Estudos*, (18), 01–20. doi: 10.1590/s1413-92511
- Cunha, E. G. A., Santos, A. D. F. D. & Coelho, F. L. G. (1991). Os hospitais universitários e o sistema de saúde no Brasil: uma abordagem histórica. *Divulgação Saúde Debate*, (5), 63-67.
- Davel, E. & Vergara, S. C. (2001). *Gestão com Pessoas, Subjetividade e Objetividade nas organizações*. In E. Davel, & S. C. Vergara (Orgs.), *Gestão com Pessoas e Subjetividade* (pp. 31-56). São Paulo: Editora Atlas.
- Daza, F. M., & Bilbao, J. P (1997). Nota Técnica de Prevención (NTP 443). Factores Psicosociales: Metodología de Evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo-INSHT. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp\\_443.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf)
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: theory and applications*. 3. ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Duarte I. G. & Botazzo C. (2009). Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. *Revista Administração e Saúde*, 11(45), 161-168.
- Enriquez, E. (1997). O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. *Revista de Administração de Empresas*, 37(1), 18-29. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rae/v37n1.pdf>
- Etzioni, A. (1964). *Modern organizations*. Foundations of modern sociology series. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Eurofound (2010). *Questionnaire for Fifth European Survey on Working Conditions (Versión en castellano)*. Recuperado de: <https://www.eurofound.europa.eu/pt/surveys/european-working-conditions-surveys/fifth-european-working-conditions-survey-2010>

- Eurofound (2012) Fifth European Working Conditions Survey. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Recuperado de: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/fifth-european-working-conditions-survey-overview-report>
- Eurofound (2016). European Industrial Relations Dictionary. Recuperado de: <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/working-conditions>
- European Risk Observatory Report (2010). European Agency for Safety and Health at Work. European Risk Observatory Report. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risk; Recuperado de: [osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1\\_osh\\_management](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management)
- Exposição de Motivos Interministerial nº 00127/2011/MP/MEC, de 20 de junho de 2011. Lex: coletânea de projetos: edição federal, Brasília, jun. 2011b. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Projetos/EMI/2011/127-MP%20MEC.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/EMI/2011/127-MP%20MEC.htm)
- Fadul, É. M. C. (1999). Reforma do Estado e serviços públicos: transformação de um modelo ou adaptação a uma nova ordem social? Universidade de São Paulo, *Revista de Administração*, 34(1), 70-78999.
- Farazmand, A. (2012). The future of public administration: Challenges and opportunities—A critical perspective. *Administration & Society*, 44(4), 487-517. Recuperado de <https://doi-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1177/0095399712452658>
- Fasubra. Nota Técnica (2011). Hospitais Universitários - Autonomia Universitária - Medida Provisória 520 - Autorização para criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH. Análise jurídica do impacto sobre as universidades e seus servidores. Recuperado de [http://www.fasubra.org.br/documentos/mp/Nota\\_tecnica](http://www.fasubra.org.br/documentos/mp/Nota_tecnica)
- Feldt, T., Huhtala, M., Kinnunen, U., Hyvonen, K., Makikangas, A., & Sonnentag, S. (2013). Long-term patterns of effort-reward imbalance and over-commitment: Investigating occupational well-being and recovery experiences as outcomes *Work & Stress*, 27(1), 64–87. doi:10.1080/02678373.2013.765670
- Ferreira, M. C., Araujo, J. N. G., Almeida, C., & Mendes, A. (2011). Dominação e resistência no trabalho: concepção e modo de expressão. In Ferreira, M. C. et. al. *Dominação e resistência no contexto trabalho-saúde* (pp. 21-40). São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Ferreira, M. C., Milfont, T. L., Corrêa e Silva, A. P., Araújo Fernandes, H., Pacheco Almeida, S., & Mendonça, H. (2015). Escala para Avaliação de Estressores Psicossociais no Contexto Laboral: Construção e evidências de validade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 340-349. doi: 10.1590/1
- Feuerhahn, N., Kuhnel, J., & Kudielka, B. M. (2012). Interaction effects of effort-reward imbalance and overcommitment on emotional exhaustion and job performance *International Journal of Stress Management*, 19(2), 105–131. doi:10.1037/a0028338

- Flexner, A. (1910). *The Flexner report on medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation.
- Filippim, E. S., Rossetto, A. M., & Rossetto, C. R. (2010). Abordagens da administração pública e sua relação com o desenvolvimento em um contexto regional: o caso do Meio Oeste Catarinense. *Cadernos EBAPE.BR*, 8(4), 734–752. doi:10.1590/s1679-39512010000400011
- Fischer, F. M. (2012). Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 46(3), 401-406. doi: 10.1590/S0034-89102012000300001
- Foucault, M. (2008). *O nascimento da clínica* (6a ed.) (R. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Primeira edição: 1963)
- French, J. R. P., Caplan, R. D., & Harrison, R. van (1982) *The mechanisms of job stress and strain*. Wiley, New York.
- Ganster, D. C., & Rosen, C. C. (2013). Work stress and employee health: A multidisciplinary review. *Journal of Management*, 39, 1085-1122. doi: 10.1177/014920639101700202
- Garrido, A. (2006). *Sociopsicología del trabajo*. Barcelona: UOC.
- Garrido-Pinzón, J., Blanch Ribas, J. M., Uribe-Rodríguez, A. F., Flórez Acevedo, J., & Pedrozo Sánchez, M. C. (2011). El capitalismo Organizacional como factor de riesgo Psicosocial: Efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo en hospitales y universidades de naturaleza pública. Resultados Santander, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, (28). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21320758008.pdf>
- Gaulejac, V. D. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ideias e Letras.
- Geertz, C. (1989). O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, pp. 25-40.
- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Amorrortu: Buenos Aires
- Giddens, A. (2005). *Sociologia*. Madrid: Alianza.
- Giulio, G. M. D., Vasconcellos, M. da P., Günther, W. M. R., Ribeiro, H., & Assunção, J. V. de. (2015). Percepção de risco: um campo de interesse para a interface ambiente, saúde e sustentabilidade. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1217–1231. doi:10.1590/s0104-12902015136010
- Gold, P. W. (2014). The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 32–47. doi:10.1038/mp.2014.163
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d’expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l’emploi et de la santé*.

- Gondim, S. M. G.; Souza, J. J., & Peixoto, A. L. A. (2013). Gestão de Pessoas. In Borges, L. O.; L. Mourão, L. (Orgs.). O trabalho e as Organizações: atuações a partir da psicologia. Porto Alegre: Artmed. pp. 343-375.
- Gorz, A. (1993). Adeus ao proletariado: para além do socialismo. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Goulart, P., Blanch, J. M., & Borowski, S. (2010). Inovações Organizacionais e Ritmo de Trabalho Hospitalar. In P. Goulart, & G. Montibeller. (Orgs.), Organizações, Inovações e Desenvolvimentos (Organizations, Innovations and Developments) Criciúma: Unesc. pp 213-232.
- Guimarães, L. A. M. (2013). Factores psicossociais de risco no trabalho. In J. J Ferreira. (Coord.). Saúde mental no trabalho: coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica. p. 273-282..
- Guzmán, L. G. D. (2011). Factores psicossociales: Uma crítica a su definición. In A. J. García, & Ávila, A. C. (Coords.). Reflexiones teórico-conceptuales de lo psicossocial em el trabajo (pp. 77-93) México: Juan Pablos Editor.
- Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies*, 44(5), 936–957. doi:10.1111/j.1467-9248.1996.tb00343.x
- Hansez, I., & Keyser, V. D. (1999). El WOCCQ: una nueva herramienta en el estuche de instrumentos contra los estresores laborales. El caso de los trabajadores de servicios públicos en Bélgica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(2), 173-198.
- Harris T. (2001). Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression. *Br Med Bull*. 57(1), 17–32. doi: 10.1093/bmb/57.1.17
- Hart, R. (2004). The economics of overtime working. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Harvey, D. (2013). A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola.
- Hatch, M. J. (1993). The dynamics of organizational culture. *The Academy of Management Review*, 18(4), p. 657-692. doi:10.2307/258594
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources. A new attempt of conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. doi:10.1037/0003-066x.44.3.513
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (1976). Regulamento do Hospital das Clínicas da UFMG. Marco Teórico do Regulamento do Hospital das Clínicas da UFMG. Documento aprovado pelo Conselho Departamental e pela Congregação da Faculdade de Medicina da UFMG, respectivamente nas reuniões de 23-03-76 e 07-04-76. Belo Horizonte. 21p. [não publicado]

- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (1992). Linhas básicas da proposta de novo modelo assistencial para o Hospital das Clínicas. Belo Horizonte. 24p. [não publicado].
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (1992). Relatório final da II etapa do seminário “Análise do modelo assistencial do Hospital das Clínicas e suas consequências para o ensino, pesquisa extensão e administração.” Belo Horizonte. dez. 40p. [não publicado].
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (1995). Projeto de Gestão: Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 62p. [não publicado].
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG.(1995). Resolução nº 002/95, dispõe sobre a aprovação do organograma geral do hospital como diretriz de trabalho para a Diretoria e o Conselho e cria a Comissão Provisória de implantação da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão. Belo Horizonte: HC/UFMG; 02 abr. Manuscrito
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (1996). Plano Diretor 1996-1999. Versão 3.0. Belo Horizonte, mar. 29p. [não publicado].
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (1998). Seminário do HC: relatório final, III. Missão e Relações Intra e Inter Institucionais. Estrutura Organizacional e gerencial. Financiamento. Modelo Assistencial e pedagógico. Sistema de Recursos Humanos. Belo Horizonte. 20 a 22 de maio. 113p. [não publicado].
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (1999). Plano Diretor 1999-2000. Belo Horizonte. fev. 20p. [não publicado].
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (2000). Plano Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais: Gestão 2000-2002. doc. 15/06/2000. Belo Horizonte. [não publicado].
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (2004). Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte / SMSA. Convênio de Gestão: Plano operativo anual. Proposta 2005. Belo Horizonte. dez. [não publicado]
- Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Minas Gerais – HC/UFMG. (2013). Ata do Conselho Diretor, 13 dez. [não publicado]
- Houdmont, J., Kerr, R., & Addley, K. (2012). Psychosocial factors and economic recession: the Stormont Study. *Occupational Medicine*, 62(4), 316–317. doi: 10.1093/occmed/kqs088
- Hwang W. J., & Hong O. (2017). Work-related cardiovascular disease risk factors using a socioecological approach: implications for practice and research. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 11, 114-126. doi:10.1177/1474515111430890

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1990). *Condiciones de Trabajo y Salud*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid: MTSS.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336–1342. doi: 10.2105/AJPH.78.10.1336
- Joksimovic L., Starke D. V. D., Knesebeck O., & Siegrist J. (2002). Perceived work stress, overcommitment, and selfreported musculoskeletal pain: A cross-sectional investigation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9, 122-138. doi:10.1207/s15327558ijbm0902\_04
- Jiménez, B. M., & León, C. B. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Jolivet, A., Caroly, S., Ehlinger, V., Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Balducci, F., ... Lang, T. (2010). Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort–reward imbalance? The ORSOSA study. *Social Science & Medicine*, 71(3), 534–540. doi:10.1016/j.socscimed.2010.04.003.
- Jorge, M. S. B., Guimarães, J. M. X., Nogueira, M. E. F., Moreira, T. M. M., & Morais, A. P. P. (2007). Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(3), 417–425. doi:10.1590/s0104-07072007000300006
- Juárez-García, A., Vera-Calzaretta, A., Blanco-Gomez, G., Gómez-Ortíz, V., Hernández-Mendoza, E., Jacinto-Ubillus, J., & Choi, B. (2015). Validity of the effort/reward imbalance questionnaire in health professionals from six Latin-American countries. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(6), 636–649. doi:10.1002/ajim.22432
- Junquilha, G. S. (2004). Nem “burocrata” nem “novo gerente”: o “caboclo” e os desafios do Plano Diretor de Reforma do Estado no Brasil do real. *Revista de Administração Pública*, 38(1), 137-156. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6531/5115>
- Kalleberg, A. L. (2009). O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 24(69), 21-30. doi: 10.1590/s0102-69092009000100002
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 4(2), 285-308. doi: 10.2307/2392498
- Karasek, R.A.(1985). *Job Content Instrument: Questionnaire and User's Guide*, revision 1.1. Los Angeles, CA: University of Southern California.
- Karasek, R.A. (2000). El Modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. In *Enciclopedia de salud Y seguridad en el trabajo* (pp. 34-6). Ginebra: Organización Internacional do Trabalho.

- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 322–355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life Event Dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and Generalized Anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789. doi:10.1001/archpsyc.60.8.789
- Kinman, G., & Jones, F. (2008). Effort-reward imbalance and overcommitment: Predicting strain in academic employees in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management*, 15(4), 381–395. doi:10.1037/a0013213
- Kortum, E., Leka, S. & Cox, T. (2010). Psychosocial risks and work-related stress in developing countries: health impact, priorities, barriers and solutions. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 23(3), 225-238. doi: 10.2478/v10001-010-0024-5
- Kortum, E., Leka, S., & Cox, T. (2011). Perceptions of psychosocial hazards, work-related stress and workplace priority risks in developing countries. *Journal of Occupational Health*, 53(2), 144-155. doi: 10.1539/joh.O100
- Koster, I. & Machado, M. H. (2012). A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 47, 33-44. Recuperado de <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/revista-divulgacao-n.47-completa.pdf>
- Landsbergis, P. A., Grzywacz, J. G., & LaMontagne, A. D. (2014). Work organization, job insecurity, and occupational health disparities. *American Journal of Industrial Medicine*, 57, 495–515. doi: 10.1002/ajim 22126
- Laraia, R. B. (2001). *Cultura: um conceito antropológico*. Zahar.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-60. Recuperado de : <TTP://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 jun. 2017
- Lei nº 8112, de 11 de dezembro de 1990. Institui o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 de dezembro de 1990. Seção 1.
- Lei n. 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. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm)
- Leka, S., & Jain, A. (2010). Health Impact of Psychosocial hazards at work: An overview. Brussels: Who; 20102011
- Lemos, J. M. C. (1997). História do Hospital das Clínicas. Seção V. Capítulo 25. In Correa, Edison José (org.). 85 anos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG: COOPMED. pp. 136-145.
- Lobo, M., Silva, A., Lins, M., & Fiszman, R. (2009). Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 437–445. doi:10.1590/s0034-89102009005000023.
- Lorente, K., & Yeves, J. (2016). Modelos explicativos de stress laboral. In: M. J. Chambel, (Org.). *Psicologia da saúde ocupacional* (pp. 71-94). Lisboa: Factor
- Lourenço, E.A.S., & Bertani, I.F. (2007). Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(115), 121–134. doi:10.1590/s0303-76572007000100011
- Luedy, A., Mendes, V. L. P. S., & Ribeiro, H., Jr. (2012). Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. *Organizações & Sociedade*, Salvador, 19(63), p. 641-659. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/osoc/v19n63/v19n63a05.pdf>
- Luchman, J. N., & González-Morales, M. G. (2013). Demands, control, and support: a metaanalytic review of work characteristics interrelationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(1), 37-52. doi: 10.1037/a0030541
- Lustosa da Costa, F. (2010). Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista. Editora FGV.
- Machado, M. H., Santos, M. Oliveira, E., Wermelinger, M., Vieira, M., Lemos, W., ... & Barbosa, (2016). Condições de trabalho da enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 7(ESP), 63-71.
- March, C. (2011). A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 5(1), 175-186. Recuperado de: [https://scholar-google.com.br/ez27.periodicos.capes.gov.br/scholar?hl=ptBR&as\\_sdt=0%2C5&q=march+a+contra+reforma+do+estado+brasileiro&btnG=](https://scholar-google.com.br/ez27.periodicos.capes.gov.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=march+a+contra+reforma+do+estado+brasileiro&btnG=).
- Marinho, M. G. S. (2001). Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, 1934-1952. Autores Associados.
- Martín, F., & Pérez, J. (1997). Factores Psicosociales: Metodología de Evaluación. (NTP 443). Barcelona: INSHT.

- Martins, H. F., Abrucio, F., & Loureiro, M. (2002). Reforma do Estado e coordenação governamental: as trajetórias das políticas de gestão pública na era FHC. In: ABRUCIO, F.L. & LOUREIRO, M.R. (Orgs.). O Estado numa era de reformas: os anos FHC. Brasília: Ministério do Planejamento. Seges.
- Mascarenhas, A. O., & Vasconcelos, I. F. (2007). Organizações em Aprendizagem. São Paulo: Thomson Learning.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). The Maslach Burnout Inventory-Test Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Medici, A. C. (2001). Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 47(2), p. 149-156. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01042302001000200034&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042302001000200034&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Medida Provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. — EBSEH e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 dez. 2010.
- Mejía, A. M., Garrido, J., & Peralta, M. C. (2009). Perspectivas y desafíos disciplinares y profesionales en I Seminario Nacional de Investigación en Psicología Organizacional y del Trabajo. Proyecto de investigación KOFARIPS UM-UPB-US, (vol. 1, pp. 1-13). Recuperado de [http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2009/presentaciones/informe\\_](http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2009/presentaciones/informe_)
- Merhy, E. E., Rimoli, J., Magalhães Júnior, H. M., Franco, T. B., & Bueno, W. S. (2004). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. In *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; pp. 296-296).
- Metzger, J. L. (2011). Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho? *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 36(123), 12-24. doi: 10.1590/s0303-76572011000100003
- Minayo, M. C. D. S. (1995). O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. *Textos em representações sociais*, 2, 89-111.
- Ministério Da Previdência Social/MPAS. (1980) – Portaria nº 143 de 14 de março de 1980. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo. Brasília – Seção I nº 155 – 19 de agosto.
- Ministério da Saúde/INAMPS. (1991). Resolução nº 258. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Recuperado de <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%>
- Misoczky, M. C., Flores, R. K., & Böhm, S. (2008). A práxis da resistência e a hegemonia da organização. *Organizações & Sociedade*, 15(45), 181-193. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/osoc/v15n45/v15n45a14.pdf>

- Moreno-Jiménez, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 57, 4-19. doi: 10.4321/S0465-546X2011000500002
- Morgan, G. (1996). *Imagens da organização*. (C. W. Bergamini, Trad.). São Paulo, Atlas.
- Muchinsky, P. M. (1994). Condiciones de trabajo. In P. M. Muchinsky, *Psicología aplicada al trabajo: una introducción a la Psicología Industrial y Organizacional* (O. Maiz, & M. L. Lupardo, Trad.) (pp. 579-624). Bilbao: Editorial Desclée de Brouver.
- Murta, S. G., Sanderson, K., & Oldenburg, B. (2007). Process Evaluation in Occupational Stress Management Programs: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*, 21(4), 248–254. doi:10.4278/0890-1171-21.4.248
- Nogareda, C., & Almodóvar, A. (2005). *El proceso de Evaluación de los Factores Psicosociales*. NTP 702. Barcelona: INSHT.
- Nogueira, R.P.; Baraldi, S. Rodrigues, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. v. 2. Brasília: UnB, 2005. p. 81-103. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/267703112\\_Limites\\_criticos\\_das\\_nocoas\\_de\\_precariedade\\_e\\_desprecarizacao\\_do\\_trabalho\\_na\\_administracao\\_publica](https://www.researchgate.net/publication/267703112_Limites_criticos_das_nocoas_de_precariedade_e_desprecarizacao_do_trabalho_na_administracao_publica)
- Nogueira, R. P.; Piola, S. F., & Vianna, S. M. (2010). Problemas da gestão de recursos humanos no Ministério da Saúde. In Nogueira, R. P. et al. *Tendência na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH (pp 131-153). Recuperado em [http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/04/05\\_Tendencias-na-evolucao-do-empr ego-e-nas-relacoes-de-trabalho-em-saude-END.pdf](http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/04/05_Tendencias-na-evolucao-do-empr ego-e-nas-relacoes-de-trabalho-em-saude-END.pdf)
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- O'Donnell, E., Landolt, K., Hazi, A., Dragano, N., & Wright, B. J. (2015). An experimental study of the job demand–control model with measures of heart rate variability and salivary alpha-amylase: Evidence of increased stress responses to increased break autonomy. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 24-34. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.09.017
- Steil, A. V., Penha, M. M., & Bonilla, M. A. M. (2016). Antecedentes da retenção de pessoas em organizações: Uma revisão de literatura. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, 16(1), 88–102. doi:10.17652/rpot/2016.1.542
- Organização Internacional do Trabalho. (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra: OIT.
- Organização Internacional do Trabalho. (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra: OIT.

- Organização Internacional do Trabalho. (2004). *Work Organization and stress systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives (Protecting workers' health series, 3)*. Organização: Leka, Stavroul.
- Organização Internacional do Trabalho. (2007). *Los Indicadores Clave del Mercado de Trabajo (KILM)*. Genebra:OIT.
- Organização Internacional do Trabalho. (2010). *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención*. Genebra: OIT.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1994). *Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. Brasília: Editora MH Comunicações. 456p.
- Paiva, D. S., & Andrade, J. C. S. (2013). Resistências à mudança organizacional: análise do processo de implantação do sistema de gestão integrada no SENAI-BA. *Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria*, 6(3), p.614-631. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2734/273429771011.pdf>
- Pariante, C. M., & Lightmanm, S. L. (2008). The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends Neuroscience*. 31(9), 464–8. doi: 10.1016/j. tins.2008.06.006.
- Paugam, S., & Martin, C. (2009). La nouvelle figure du travailleur précaire assisté. *Lien Social et Politiques*, (61), 13. doi:10.7202/038461ar
- Paula, A. P. P. (2005). Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas, São Paulo*, 45(1), 36–49. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php>
- Paula, A. P. P. (2010). Por uma nova gestão pública: reinserindo o debate a partir das práticas possíveis. In A. S. Cunha, B. A. Medeiros, & L. C. Aquino (Orgs.) *Estado, instituições e democracia: República*. (pp. 505-530). Brasília: IPEA.
- Peiró, J. M., & Prieto, F. (2002). *Tratado de psicología del trabajo. La actividad laboral em su contexto*. Madri: Ed. Síntesis.
- Peiró, J. M., Prieto, F., & Roe, R. A. (2004). El Trabajo como Fenómeno Psicossocial. In Peiró, J. M., & Prieto, F. (Eds.). *Tratado de Psicología del Trabajo (Volumen II): Aspectos psicossociales del trabajo* (pp. 15-33). Madrid: Editorial Síntesis.
- Peres, P. S. (2008). Comportamento ou instituições? A evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(68), 53–71. doi:10.1590/s0102-69092008000300005
- Perez Serrano, G. (2008). *Elaboração de projectos sociais: casos práticos*. Porto Editora..
- Peters, S. C., & Hopkins, K. (2014). Validation of the Use of the Effort-Reward Imbalance Scale in Human Services Using Confirmatory Factor Analysis. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(4), 565-587. doi:10.1086/678922

- Pilotto, B. (2008). Os hospitais universitários e sua crise. In Seminário Hospitais Universitários: concepção, papel e missão. Brasília. Recuperado de <https://pt.scribd.com/document/36023434/>
- Pina, J. A. & Stotz, E. N. (2011). Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 36(123), p. 162-176. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S030376572011000100017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572011000100017&lng=pt&tlng=pt)
- Pires, D. (2000). Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(2), 251-63. doi: 10.1590/s0034-71672000000200010
- Pittenger, C., & Duman R. S. (2008). Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms. *Neuropsychopharmacology*, 33(1), 88–109. doi: 10.1038/sj.npp.1301574.
- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE). (1995). Brasília: Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.
- Podsakoff, P. (2000). Organizational citizenship behaviors: a critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of Management*, 26(3), 513–563. doi:10.1016/s0149-2063(00)00047-7
- Portuné, R. (2012). Psychosocial risks in the workplace. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 63, 123-131. doi: 10.2478/10004-1254-63-2012-2212
- Prieto, C. (1994). *Trabajadores y condiciones de trabajo*. Madri: Ediciones HOAC
- Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (Eds.). (2012). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Primo, G. M.G., & Borges, L.O. (2018). Trajetória de um hospital universitário: das clínicas associadas à empresa pública. *Revista Laborativa*, 7(2), 90-111. Recuperado de: <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/2517/pdf>
- Praun, L. D. (2014). *Não sois máquina! Reestruturação produtiva e adoecimento na General Motors do Brasil*. Tese (Doutorado em Sociologia) — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Departamento de Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Primo, G. M.G., Gomes, M. C. S. M. A., Brito, M. J. M., & Alves, M. (2008). Reforma da Saúde e Hospital Universitário: influência das políticas de assistência médica gerenciada. *Revista Medica de Minas Gerais*, 18(4 Supl 4): S30-S39. Recuperado de: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-548787>
- Primo, G. M.G., Pinheiro, T. M. M., & Sakurai, E. (2007). Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. *Revista Medica de Minas Gerais*, 17(1/2 Supl. 4), S260-S268. Recuperado de [http://www.Revista\\_Medica\\_de\\_Minhas\\_Gerais.pdf#page=66](http://www.Revista_Medica_de_Minhas_Gerais.pdf#page=66)

- Primo, G. M.G.; Pinheiro, T. M. M.; Sakurai, E. (2010, abril). Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 20(2), p. 47-58. Recuperado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1034>
- Pucci, S. M., Kanan, L. A., & da Silva, B. F. (2017). Riscos psicossociais no contexto do trabalho. *Revista GepesVida*, 3(6). 142-153. Recuperado de: <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/239>
- Ramos, C. A. (1992). Flexibilidade e mercado de trabalho: modelos teóricos e a experiência dos países centrais durante os anos 80. Brasília: IPEA. 56p. Recuperado de <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1609>
- Ramos, J., Peiró, J. M., & Ripoll, P. (2002). Condiciones de trabajo y clima organizacional. In J. M. Peiró, & F. Prieto (Orgs.). *Tratado de Psicología del Trabajo: La actividad laboral en su contexto* (pp. 37-92). Madrid: Síntesis Psicología.
- Rezende, F. C. (2008). O ajuste gerencial e seus limites: a falha sequencial em perspectiva comparada. *Revista Sociologia Política*, Curitiba, 16(supl.), 127-143. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v16s0/a10v16s0.pdf>
- Ribeiro, C. V. S. (2011). *Trabalho técnico-administrativo em uma instituição federal de ensino superior: Análise do trabalho e das condições de saúde* [Tese de Doutorado]. Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Ribeiro E. J. G., Shimizu H. E. (2007). Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(5):535-40. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a10.pdf>
- Rodrigues, J. C. (2006). Tabu do corpo. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Rodrigues, C. M. L. (2018). *Avaliação de fatores de risco psicossociais no trabalho: adaptação para o contexto brasileiro do Working Conditions and Control Questionnaire* [Dissertação de mestrado]. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/158608813.pdf>
- Rodrigues, H. D. B. C., & Souza, V. L. B. D. (1987). A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: *Análise institucional no Brasil* (pp. 27-46). Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.
- Rodriguez, G. C., & Tristão, F. S. (2015). Discursos sobre gestão de hospitais públicos produzidos pela mídia na contemporaneidade. In *Seminário Brasileiro de Estudos Culturais e Educação*, 6., 2015, Canoas. Anais eletrônicos. Rio Grande do Sul: UFRGS. Recuperado de [http://www.sbece.com.br/2015/resources/anais/3/1430146616\\_ARQUIVO\\_TRABALHOCO\\_MPLETOSBECEGiovanaCorrecaoFernanda21h.pdf](http://www.sbece.com.br/2015/resources/anais/3/1430146616_ARQUIVO_TRABALHOCO_MPLETOSBECEGiovanaCorrecaoFernanda21h.pdf)
- Rugulies, R., Birgit A., & Madsen, I. E. (2017). Effort–reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies by Reiner *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 43(4), 294–306. doi:10.5271/sjweh.3632

- Sahlins, M. (1997). O "pessimismo sentimental" e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um "objeto" em via de extinção (parte II). *Mana*, 3(2), 103-150. doi:10.1590/s0104-93131997000200004
- Salanova, M., & Schaufeli, W. (2009). *El engagement en el trabajo: cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Santini, S. M. L., Nunes, E. F. P. A., Carvalho, B. G., & Souza, F. E. A. (2017). Dos "recursos humanos" à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no sus. *Trabalho, educação e saúde*, 15(2), 537-559. doi:10.1590/1981-7746-sol00065
- Sauter, S. L., Hurrell Jr., J. J., Murphy, L. R., & Levi, L. (2003). Factores psicosociales y de organizacion. In: *Enciclopedia de Salud Y Seguridad en el Trabajo* (3a ed.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701-716. doi:10.1177/0013164405282471
- Schein, E. H. (2009). *Cultura organizacional e liderança*. Atlas.
- Scott, W. R. (2008). Approaching adulthood: the maturing of institutional theory. *Theory and society*, 37(5), 427. doi: 10.1007/s11186-008-9067-z
- Selznick, P. (1996). Institutionalism "Old" and "New." *Administrative Science Quarterly*, 41(2), 270-278. doi: 10.2307/2393719. Recuperado de: <http://web.a-ebscohost-com.ez27.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfv>
- Sennett, R. (2002). *El declive del hombre público*. Barcelona: Península.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41. doi:10.1037/1076-8998.1.1.27
- Siegrist, J. (2012). Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. Department of Medical Sociology. University D€usseldorf, D€usseldorf. Recuperado de: [http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut\\_fuer\\_medizinischesoziologie\\_id54/ERI/ERI-Website.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinischesoziologie_id54/ERI/ERI-Website.pdf)
- Siegrist, J., & Li, J. (2016). Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 432. doi:10.3390/ijerph13040432
- Siegrist, J., Li, J., & Montano, D. (2014). Psychometric properties of the effort-reward imbalance questionnaire. Germany: Duesseldorf University. Recuperado de: [https://www.uniklinik-uesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institutfuer\\_medizinische\\_soziologie\\_id54/ERI/PsychometricProperties.pdf](https://www.uniklinik-uesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institutfuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/PsychometricProperties.pdf)

- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483–1499. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4
- Silva, P. M. C. da, Souza, K. R. de, & Teixeira, L. R. (2017). Política de desprecarização do trabalho em saúde em uma instituição federal de C&T: a experiência de professores e pesquisadores. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(1), 95–116. doi:10.1590/1981-7746-sol00048
- Simon, H. A., & March, J. G. (1979). *Teoria das organizações* (4a ed.). Rio de Janeiro: Instituto de Documentação Editorial da Fundação Getúlio de Vargas.
- Soboll, L. A., & Horst, A. C. (2013). O assédio moral como estratégia de gerenciamento: solicitações da forma atual de gestão. In: M. A. Silveira; L.I. Sznelwar; Leticia S. Kikuchi; Maria Maeno (Orgs.)– *Inovação para Desenvolvimento de Organizações Sustentáveis: Trabalho, Fatores Psicossociais e Ambiente Saudável*; Campinas, SP: CTI (Centro de
- Sverke, M., Falkenberg, H., Kecklund, G., Magnusson H. L., & Lindfors, P. (2017). Women and men and their working conditions: the importance of organizational and psychosocial factors for work-related and health-related outcomes. *Stockholm: Swedish Work Environment Authority*. RAP 2016:2
- Tecnologia da Informação “Renato Archer”), 2013.Pp. 183-200. Recuperado de: <http://www.assedioorganizacional.com.br/downloads/inovacao-para-desenvolvimento.pdf#page=183>
- Sodré, F., Littike, D., Drago, L. M. B., & Perim, M. C. M. (2013). Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serviço Social & Sociedade*, (114), 365–380. doi:10.1590/s0101-66282013000200009.
- Solla, J. & Chioro, A. (2008). Atenção ambulatorial especializada. In Giovanella, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz (pp. 627-673).
- Sowislo J. F., & Orth U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 139(1), 213–40. doi: 10.1037/a0028931.
- Sullivan, S., Spicer, A., & Böhm, S. (2011). Becoming Global (Un)Civil Society: Counter-Hegemonic Struggle and the Indymedia Network. *Globalizations*, 8(5), 703–717. doi:10.1080/14747731.2011.617571
- Tabanelli, M. C., Depolo, M., Cooke, R. M. T., Sarchielli, G., Bonfiglioli, R., Mattioli, S., & Violante, F. S. (2008). Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(1), 1–12. doi: 10.1007/s00420-008-0312-6
- Tarafdar, M., Gupta, A., & Turel, O. (2013). The dark side of information technology use. *Information Systems Journal*, 23(3), 269–275. doi:10.1111/isj.12015

- Théret, B. (2003). As instituições entre as estruturas e as ações. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (58), 225-254. doi: 10.1590/s0102-64452
- Toni, M. (2003). Visões sobre o trabalho em transformação. *Sociologias*, Porto Alegre, 5(9), p. 246-286. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222003000100009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222003000100009&lng=pt&tlng=pt)
- Tornikoski, C. (2011). Expatriate Compensation: A Theoretical Approach. In C. H. Antoni, C. H., X. Baeten, R. Lucas, S. Perkins, M. Vartiainen (Eds.), *Pay and Rewards Systems in Organizations – Theoretical Approaches and Empirical Outcomes* (pp. 38-67). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Tsutsumi, A., & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort–reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine*, 59(11), 2335–2359. doi:10.1016/j.socscimed.2004.03.030
- Tribunal de Contas da União. Acórdão 1610/2013-Plenário, AC-1610-23-P, Processo: 009.067/2012-4, INTERESSADO: Tribunal de Contas da União. Recuperado de: <http://contas.tcu.gov.br/juris/svhi6hli6ht?key=acordaolegado115060&texto=2b2532584e554d41434f5244414f253341313631302b4f522b4e554d52454c41>
- Trosa, S. (2012). La crise du management public. doi:10.3917/dbu.trosa.2012.01
- Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. (2013). Ata do Conselho Universitário, Universidade Federal de Minas Gerais. 11/12.
- Van Vegchel, N., DeJonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort–reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60, 1117–1131. doi:10.1016/j.socscimed.2004.06.043
- VanderDoef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13, 87–114. doi: 10.1080/026783799296084
- Vargas, F. B. (2016). Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate. *Caderno CRH*, 29(77), 313–331. doi:10.1590/s0103-49792016000200008
- Vasconcelos, E. F., & Guimarães, L. A. M. (2009). Esforço e Recompensa no Trabalho de uma Amostra de Profissionais de Enfermagem. *Psicólogo inFormação*, 13(13), 11–36. doi:10.15603/2176-0969/pi.v13n13p11-36
- Vieira, E. A. (1992). Democracia e política social (Vol. 49). Cortez Editora.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Ciencia & Trabajo*, 6 (14), 197-201. Recuperado de: [http://huila.gov.co/documentos/V/vigilancia\\_epidem\\_psicosociales.pdf](http://huila.gov.co/documentos/V/vigilancia_epidem_psicosociales.pdf)

- Weeks, J., & Galunic, C. (2003). A theory of cultural evolution of the firm: the intraorganizational ecology of memes. *Organizations Studies*, 24(8), 1309-1352. doi:10.1177/01708406030248005
- Weickeick, K. (1973). *A psicologia social da organização*. São Paulo: Edgard Blucher
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2009). Income Inequality and Social Dysfunction. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 493–511. doi:10.1146/annurev-soc-070308-115926.
- Wood, T. J., & Paula, A. P. P. (2010). O culto da performance e o indivíduo S.A. In A. Ehrenberg. *O culto da performance*. (pp. 197-208). Aparecida: Ideias & Letras.
- Xu, W., Yu, H., Hang, J., Gao, W., Zhao, Y., & Guo, L. (2013). The interaction effect of effort-reward imbalance and overcommitment on hypertension among Chinese workers: Findings from SHISO study. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(12), 1433–1441. doi:10.1002/ajim.22254
- Xu, W., Zhao, Y., Guo, L., Guo, Y., & Gao, W. (2009). Job Stress and Coronary Heart Disease: A Case-control Study using a Chinese Population. *Journal of Occupational Health*, 51(2), 107–113. doi:10.1539/joh.l8060
- Yu, S. F., Nakata, A., Gu, G. Z., Swanson, N. G., Zhou, W. H., He, L. H., & Wang, S. (2013). Co-effect of Demand-control-support model and effort-reward imbalance model on depression risk estimation in humans: Findings from Henan Province of China (PubMed). *Biomed. Environ. Sci*, 26, 962–971. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393505>
- Zanelli, J. C., (2015). Riscos e intervenção psicossocial nas organizações de trabalho. In P. F. Bendassoli, & J. E. Borges-Andrade, *Dicionário de Psicologia do Trabalho e das organizações* (pp. 589-596). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zwick, E., Teixeira, M. P. dos R., Pereira, J. R., & Vilas Boas, A. A. (2012). Administração pública tupiniquim: reflexões a partir da Teoria N e da Teoria P de Guerreiro Ramos. *Cadernos EBAPE.BR*, 10(2), 284–301. doi:10.1590/s1679-39512012000200004

**APÊNDICES**

**Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE  
(questionários)**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (questionários)**

Este é um convite para você participar da pesquisa, “Identificação e análise de condições de trabalho e riscos psicossociais em trabalhadores de uma organização hospitalar”, coordenada pela Profa. Dra. Lívia de Oliveira Borges e pela doutorando Geraldo Majela Garcia Primo, do Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Você participa apenas se quiser e poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisa tem por finalidade analisar de que forma as mudanças institucionais e as condições de trabalho tem impacto no desempenho organizacional e ocasionam estresse ocupacional com repercussões no processo de adoecimento e ausência ao trabalho. Caso você aceite o convite, poderá responder ao questionário: “Avaliação das condições de trabalho”, considerando quatro grandes categorias: condições contratuais e jurídicas, condições físicas e materiais, processos e características das atividades, e condições do ambiente sociogerencial. E também ao questionário: “Avaliação do estresse no trabalho”, de acordo com o Modelo de Demanda e Controle.

O risco da sua participação consiste na exposição das próprias opiniões. Este risco será minimizado pela providência da sua não identificação. As respostas serão guardadas em local seguro e tratadas em sigilo. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes, focalizando o seu conteúdo geral.

Você não terá benefícios pessoais diretos ao participar da pesquisa, mas poderá se beneficiar dos resultados e conclusões advindas da pesquisa e análises posteriores, que poderão traduzir em benefícios para o conjunto de trabalhadores da instituição, na perspectiva de que podem apontar caminhos na gestão e nos processos de trabalho, para a minimização de riscos e melhoria nas condições de trabalho, saúde física e psíquica e qualidade de vida no trabalho.

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

Você ficará com uma via deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para as coordenadoras do projeto (endereço e telefone

especificado ao final). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa também poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG conforme endereço também especificado ao final.

#### Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Identificação e análise de condições de trabalho e riscos psicossociais em trabalhadores de uma organização hospitalar”.

Participante da pesquisa:

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

Pesquisador responsável

Livia de Oliveira Borges (Belo	Assinatura:
Geraldo Majela Garcia Primo (Belo	Assinatura:

**Endereço:** Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Sala 4100. Campos Pampulha. Av. Antônio Carlos, 6627. CEP 31270-901. (Telefone: 3409-6266).

**Comitê de Ética e Pesquisa:** Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG. CEP 31270-901 (telefone 0xx31-3409-4592).

**Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE**  
**(entrevistas)**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (entrevistas)**

Este é um convite para você participar da pesquisa, “Identificação e análise de condições de trabalho e riscos psicossociais em trabalhadores de uma organização hospitalar”, coordenada pela Profa. Dra. Livia de Oliveira Borges e pelo doutorando Geraldo Majela Garcia Primo, do Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Você participa apenas se quiser e poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

A pesquisa tem por finalidade, analisar de que forma as mudanças institucionais e as condições de trabalho tem impacto no desempenho organizacional e ocasionam estresse ocupacional com repercussões no processo de adoecimento e ausência ao trabalho. Caso você aceite o convite, será submetido(a) aos seguintes procedimentos: entrevista semiestruturada e questões de caracterização dos participantes. As entrevistas serão desenvolvidas individualmente e serão gravadas, de modo que as falas possam ser transcritas na íntegra.

O risco da sua participação consiste na exposição das próprias opiniões. Este risco será minimizado pela providência da sua não identificação. As respostas serão guardadas em local seguro e tratadas em sigilo. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes, focalizando o seu conteúdo geral.

Você não terá benefícios pessoais diretos ao participar da pesquisa, mas poderá se beneficiar dos resultados e conclusões advindas da pesquisa e análises posteriores, que poderão traduzir em benefícios para o conjunto de trabalhadores da instituição, na perspectiva de que podem apontar caminhos na gestão e nos processos de trabalho, para a minimização de riscos e melhoria nas condições de trabalho, saúde física e psíquica e qualidade de vida no trabalho.

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

Você ficará com uma via deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para as coordenadoras do projeto (endereço e telefone especificado ao final). Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa também poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG conforme endereço também especificado ao final.

### Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Identificação e análise de condições de trabalho e riscos psicossociais em trabalhadores de uma organização hospitalar”.

Participante da pesquisa:

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

Pesquisador responsável

Livia de Oliveira Borges (Belo Horizonte)	Assinatura:
Geraldo Majela Garcia Primo (Belo Horizonte)	Assinatura:

**Endereço:** Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Sala 4100. Campos Pampulha. Av. Antônio Carlos, 6627. CEP 31270-901. (Telefone: 3409-6266).

**Comitê de Ética e Pesquisa:** Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG. CEP 31270-901 (telefone 0xx31-3409-4592).

**Apêndice C: Roteiro de entrevistas**

## **Roteiro de entrevistas**

### **Gestor**

1. Como avalia o modelo de ensino e pesquisa praticado pelos Hospitais universitários?
2. Como avalia o modelo assistencial praticado pelos Hospitais universitários?
3. Como avalia o modelo de financiamento dos hospitais universitários?
4. Quais os pontos fortes dos hospitais universitários?
5. Quais os pontos fracos dos hospitais universitários?
6. Como avalia a solução apresentada pelo Governo, para os Hospitais Universitários?
7. Como avalia a adesão e implantação do modelo de gestão Ebserh no HC?
8. Como avalia o processo de substituição de mão de obra executado pelo Hospital?
9. Como avalia a gestão de pessoas praticada no Hospital? O que está correto? O que está equivocado?
10. O que você não abre mão, no processo de gestão do Hospital?
11. Do que você orgulha em sua gestão no Hospital?
12. Qual a maior dificuldade na gestão de pessoas do Hospital?
13. O que você pensa que ainda pode melhorar na gestão de pessoas?
14. Qual o maior impacto com a implantação da Ebserh no Hospital?
15. Você percebeu diferenças entre os servidores antigos do Hospital e os que entraram? Quais?
16. Em que medida essa diferenças são positivas e são negativas?
17. Na sua percepção quais são os valores praticados pelo servidores antigos do Hospital? E pelos novos?
18. Comente a frase: “o Hospital é um local adoecedor”
19. Como você se sente em relação aos demais gestores do Hospital?
20. Quais são suas grandes dificuldades em trabalhar no Hospital?
21. Esteve doente no último ano? Em que medida sente que o trabalho no Hospital afetou sua saúde?
22. Em que medida esse adoecimento afetou seu desempenho?
23. Você se afastou do trabalho quando esteve doente? Por que?
24. Que motivações tem para vir trabalhar? E para ficar em casa?

**Trabalhador não gestor**

1. Qual seu sentimento em relação a trabalhar no Hospital?
2. Como avalia o modelo de ensino e pesquisa praticado pelos Hospitais universitários?
3. Como avalia o modelo assistencial praticado pelos Hospitais universitários?
4. No seu entendimento, o problema dos hospitais universitários está no subfinanciamento ou no modelo de gestão?
5. Como avalia a solução apresentada pelo Governo, para os Hospitais Universitários?
6. Como avalia a adesão e implantação do modelo de gestão Ebserh no HC?
7. Como avalia o processo de substituição de mão de obra executado pelo Hospital?
8. Como avalia a gestão de pessoas praticada no Hospital?
9. O que entende que está correto no processo de gestão de pessoas?
10. O que entende que está equivocado no processo de gestão de pessoas?
11. Como você se sente em relação aos gestores do Hospital?
12. Quais são suas grandes dificuldades em trabalhar no Hospital?
13. Em que medida sente que o trabalho no Hospital afeta sua saúde?
14. Esteve doente no último ano? Em que medida esse adoecimento afetou seu desempenho?
15. Você se afastou do trabalho quando esteve doente? Por que?
16. motivações tem para vir trabalhar? E para ficar em casa?

## **Apêndice D: Artigo em preparação**

### **Questionário de Condições de Trabalho para Servidores Universitários: Validade Convergente e Discriminante**

Livia de Oliveira Borges

Geraldo Majela Garcia Primo

Sabrina Cavalcanti Barros

Silvino Paulino dos Santos Neto

Camila Teixeira Heleno

Georgina Maria Vêras Motta

## Questionário de Condições de Trabalho para Servidores Universitários: Validade

### Convergente e Discriminante

Pesquisas têm sido realizadas sobre condições de trabalho e sobre a adaptação de um Questionário de Condições de Trabalho (QCT), que teve suas características psicométricas avaliadas para operários da construção de edificações e também para docentes (de uma instituição de ensino superior particular) e profissionais de saúde (Borges et al., 2013). De um lado, tais resultados corroboraram a hipótese de haver diferentes estruturas fatoriais. Os pressupostos adotados abarcaram o reconhecimento de que são distintas as condições de trabalho concretas de tais ocupações, o perfil instrucional dos trabalhadores e a forma como eles percebem seu trabalho. As diferenças de condições de trabalho devem ter uma extensão que implica em usar distintos critérios para apreendê-las em cada ocupação. De outro lado, a consistência encontrada para parte dos fatores de condições de trabalho naquela pesquisa sublinhou a demanda de aperfeiçoamento do questionário, pois seis dos 16 fatores encontrados apresentaram coeficientes alfa de Cronbach entre 0,58 a 0,75.

Apesar dessas deficiências de medida, para os profissionais de saúde (Costa, Borges & Barros, 2014) sete de dezesseis fatores das condições de trabalho mostraram-se capazes de diferenciar significativamente perfis de saúde psíquica, mediante aplicação de ANOVA. Para os docentes do centro universitário referidos anteriormente, 11 fatores mostraram-se capazes de prever (*path analysis*) fatores de comprometimento organizacional e com a carreira (Souza, 2014). Identificar aspectos das condições de trabalho que variam conjuntamente com outros fenômenos (como saúde psíquica, comprometimento organizacional e com a carreira significa indicar, empírica e simultaneamente, riscos psicossociais e aspectos e/ou possibilidades de ações de proteção e/ou prevenção em saúde psíquica.

As fragilidades identificadas no QCT e capacidade preditiva de seus fatores, justificam buscar aperfeiçoar o QCT, superando as limitações, e explorando seu caráter contingencial às diferentes ocupações. Além disso, observamos as mudanças em curso no ensino superior, especialmente nas universidades federais, as quais passaram por uma fase de expansão e investimento na década passada, mas hoje vive uma série de problemas no contexto da crise econômica e política no país, como:

- Políticas de redução de custos com manutenção e/ou crescimento das metas de produção acadêmica;

- realizações de atividades (como bancas de conclusão de mestrado e de qualificação de doutorado, bem como pequenos simpósios e reuniões entre pesquisadores) à distância, sem que a infraestrutura de computação e informática acompanhe a mudança;
- manutenção e/ou crescimento dos indicadores de produtividade científica combinados com cortes de recursos;
- mudanças nos direitos à aposentadoria de parte dos servidores e criação da FUNPRESP, acompanhada de outros projetos em trâmite no congresso com efeitos mais extensos e crescimento no número de servidores que requerem aposentadorias;
- criação da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), de maneira que os hospitais universitários passaram a contratar profissionais em regime celetista, levando a um convívio de servidores em diferentes regimes de trabalho e pondo, muitas vezes, em oposição interesses da EBSEH e os interesses acadêmicos;
- investigações conduzidas inadequadamente levando um reitor à suicídio e outros a situações de detenção de curta duração;
- criminalização de atividades científicas, pedagógicas e de publicação, confundindo-as com atuações exclusivamente eleitoreiras;
- crescimento da frequência do suicídio estudantil e das queixas de saúde mental;
- crescimento dos afastamentos do trabalho por problemas de ordem mental/psíquica;
- desenvolvimento de ambiente de trabalho competitivo, individualista e hostil.

Todos esses fatos tendem a ser vividos por servidores universitários (professores e funcionários técnico-administrativos) como ameaçadores porque contradizem os valores típicos de tal ambiente (p. ex., papel da produção de conhecimento e da criatividade para a sociedade, justiça, combate à desigualdade, mérito acadêmico, liberdade de expressão, participação, dignidade, autonomia e saúde) e com os quais os professores e funcionários costumam estarem comprometidos.

Adicionalmente resultados de outras pesquisas com servidores públicos (p. ex., Reis et al., 2011; Sampaio, Silveira, Parreira, Makino & Mateo, 2003; Soares, Zeitoune, Lisboa, & Mauro, 2011; Tavares, Beck, Magnago, & Lautert, 2012; Terra, Marziale, & Robazzi, 2013) têm evidenciado a prevalência de problemas de saúde em servidores públicos, indicando perda da

qualidade de vida. Todas essas razões nos motivaram a propor a presente pesquisa com o objetivo geral de:

**Desenvolver uma versão do Questionário das Condições de Trabalho (QCT) específica para os servidores (docentes e funcionários técnico-administrativos) e avaliar suas evidências de validade.**

A previsão que possa se chegar a uma versão viável a aplicação pelas IFES para diagnóstico de suas condições de trabalho que lhes auxiliem a estabelecer prioridades de gestão de pessoas.

## Quadro Teórico

A atenção científica às condições de trabalho remonta a autores como Marx (1846/1982) e Smith (1776/1978) porém Ramos, Peiró, & Ripoll (2002) assinalaram que, na Psicologia, mesmo no século XX, predominaram menções às condições de trabalho de maneira inespecífica: sem formular cuidadosamente um conceito, ou, com uma tendência a reduzi-las a aspectos inespecíficos do entorno do trabalho (sem incluir o próprio trabalho). Inespecíficos de modo que tem ocorrido confusões entre as condições de trabalho com outros fenômenos que lhes podem ser consequentes como é o caso da publicação de Muchinsky (1994) que incluiu entre as condições de trabalho, por exemplo, o alcoolismo e o uso abusivo de outras drogas.

Outra manifestação da ausência de um tratamento conceitual e sistemático sobre as condições de trabalho na literatura da Psicologia do Trabalho e das Organizações é a presença em muitas pesquisas e publicações de maneira fragmentada, em que se elege um aspecto componente ou outro. Embora toda pesquisa justifique o recorte adotado a partir das hipóteses ou dos objetivos propostos, o fato é que nas pesquisas não predominam uma consideração abrangente sobre as condições de trabalho.

Esforço na direção contrária tem existido. Pietro (1994, 2009), na Sociologia Industrial, tem adotado o conceito de que as condições de trabalho abrangem o seu entorno e o seu conteúdo de forma que influencia ou configura diretamente a experiência do trabalhador e as relações de trabalho. Ramos et al. (2002) em defesa do conceito de Pietro argumentou que a referência as condições de trabalho pressupondo tal conceito por órgãos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) e por órgãos nos diversos países que cuidam dos direitos do trabalho. A exemplo de alguns autores (p. ex., Álvaro & Garrido, 2006; Blanch, 2003; Ramos et al., 2002), nos filiamos, então, a tal conceituação e desenvolvemos a presente pesquisa nela se fundamentando.

Blanch (2003), Álvaro e Garrido (2006) e Ramos et al. (2002) propuseram taxonomias e as descreveram, entretanto chamaram atenção para as possíveis variabilidades das mesmas por ocupações e por fatores conjunturais. Contrapuseram-se, portanto, que tenham um caráter universal. Sintetizamos tais taxonomias em quatro categorias (Borges et al., 2015): condições contratuais e jurídicas, condições físicas e materiais, processos e características da atividade, e ambiente sociogerencial (Tabela 1). Assumimos o pressuposto já mencionado de contingência da taxonomia às ocupações e a aspectos conjunturais entre outros.

Tabela 1  
*As grandes categorias das condições de trabalho (Taxonomia)*

<b>Categorias</b>	<b>Conceitos</b>
1) Condições contratuais e jurídicas	Referem-se aos aspectos jurídicos (autônomo versus emprego), contratuais no caso do emprego (formal ou informal), de estabilidade do contrato (instável ou estável) e às modalidades de contrato formal (temporário, por tempo indefinido, efetivos, terceirizados). Abrangem também o sistema de incentivo (retribuições) e a jornada de trabalho.
2) Condições físicas e materiais	Referem-se ao entorno das atividades de trabalho no que diz respeito às condições físicas, o espaço arquitetônico e instalações, as condições de segurança física e/ou material e as formas em que se lida com o impacto do espaço geográfico e condições climáticas sobre o trabalho.
3) Processos e características da atividade	Abrangem os aspectos que dizem respeito ao conteúdo das atividades, à organização trabalho, às demandas e/ou requisitos do posto de trabalho, aos modos de execução das atividades e ao desempenho profissional.
4) Condições do ambiente sociogerencial	Dizem respeito aos aspectos relacionados às interações interpessoais, às práticas sociais da gestão quando se trata do trabalho na forma de emprego (com uma dimensão organizacional) e às práticas sociais decorrentes da inserção no mercado de trabalho (parcerias, redes de trabalho formais ou informais, etc.)

Fonte: Adaptado de Borges et al. (2015)

Borges et al. (2013), desdobrando as categorias (Tabela 1) em várias subcategorias e baseando-se no questionário do European Working Conditions Observatory (EWCO), utilizado em estudos na União Europeia (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, <http://www.eurofound.ie>) desenvolveram o QCT, em português, e o testaram empiricamente aplicando análise fatorial. Exploraram, então, tal taxonomia com duas amostras: uma de operários da construção de edificação (411 participantes) e outra de trabalhadores de saúde e docentes de um centro universitário privado (264 participantes, sendo 119 profissionais de saúde e 145 docentes).

A extensão dos quadros de pessoal da UFMG, levou a expectativa de que ali podíamos ter uma amostra suficiente. Assim, nosso primeiro objetivo específico foi:

**Objetivo específico 1.** Verificar se o conjunto de itens que formam as três categorias – condições físicas e materiais, processos e características da atividade; ambiente sociogerencial – se agrupam em três fatores que correspondem as três categoriais.

Borges et al. (2013) exploraram na realidade a estrutura fatorial dos itens elaborados para mensuração de cada uma das três categorias de condições de trabalho citadas sendo que encontraram diferentes soluções distintas por amostras para as três das categorias – condições físicas e materiais, processos e características da atividade; ambiente sociogerencial – categorias essas que contam com medidas escalares contínuas. A Tabela 2 resume as estruturas fatoriais para as respostas da amostra trabalhadores de saúde e docentes de um centro universitário privado.

A fatoração dos indicadores de três categorias das condições de trabalho oferece sustentação empírica às tipologias concebidas a partir da reflexão de teórica e das evidências empíricas anteriores. Porém há mais heterogeneidade de consistência entre os fatores do que seja tecnicamente desejável, considerando que alguns fatores demandam a identificação de melhores indicadores. São eles: Espaço de Trabalho (alfa=0,73) e Aspectos Físico-químicos (alfa=0,64) na categoria das condições físicas e materiais; Complexidade, Responsabilidade e Rapidez (alfa=0,75), Organização do Tempo (alfa=0,72) e Estímulo à colaboração (alfa=0,63) na categoria dos processos e características da atividade; Discriminação Social (alfa=0,58) e Participação (alfa=0,63) nas categorias das condições do ambiente sociogerencial. Há, portanto seis de 16 fatores encontrados com coeficientes de consistência (alfa de Cronbach) entre 0,58 a 0,75.

A resolução do Conselho Federal de Psicologia de no 02/2003, no seu anexo 1, classifica os fatores dos instrumentos psicológicos para seu uso prático segundo a consistência, como: suficientes quando contam com coeficiente alfa de Cronbach a partir de 0,60; bons, a partir de 0,70; e excelentes, a partir de 0,80. E abaixo do nível de consistência suficiente, o QCT apresentou um único fator para a amostra de docentes e profissionais de saúde (já referida), que foi o fator de Discriminação Social (alfa=0,58). Entretanto, a literatura técnica (p. ex., Cea D’Ancona, 2004; Tabachnick, & Fidell, 1989) recomenda só incluir em análises estatísticas como análise de regressão e *path analysis* escores das medidas que apresentarem o referido coeficiente a partir de 0,80.

As demandas de aperfeiçoamento do QCT ultrapassam, entretanto, seus indicadores de consistência e também dizem respeito à composição fatorial. Assim, comparando os fatores encontrados à dimensionalidade explorada previamente a elaboração/adaptação do questionário utilizado (Borges et al., 2015), em referência às condições físicas e materiais falta um fator abrangendo aspectos da adequação das instalações físicas, dos equipamentos e instrumentos de trabalho às atividades realizadas. Em referência aos processos e características da atividade, os

itens indicadores do ritmo de trabalho e do seu conteúdo se reuniram em um único fator: Complexidade, Responsabilidade e Rapidez. É possível que tal resultado ocorra porque o ritmo de trabalho seja percebido pelos servidores como algo muito associado a outros aspectos da natureza do trabalho, traduzindo a carga de trabalho. Maslach e Leiter (1999) afirmaram, por exemplo, que a carga de trabalho inclui o que o trabalhador faz e como faz, além de que abrange intensidade, tempo gasto e complexidade. Portanto, o fator da maneira que foi encontrado faz sentido. Mas não eliminamos a dúvida: ou se resultou dos itens utilizados? Podemos ter dois fatores?

Ainda sobre a categoria dos processos e características da atividade, a análise fatorial não identificou um fator referente ao papel social das atividades realizadas, prevista na exploração da dimensionalidade (Borges et al., 2015). Os itens utilizados foram suficientes? Como o servidor se refere a esse aspecto do trabalho no cotidiano?

No que se referem às condições do ambiente geral, os fatores encontrados foram mais numerosos e, por consequência, mais focalizados. A fragilidade de consistência de dois dos fatores – Discriminação Social e Participação –, entretanto, nos autoriza a indagar sobre o conteúdo e a forma de elaboração dos itens: os itens do fator de Discriminação Social demandam outro formato mais sensível às manifestações dos preconceitos sutis ou encobertos (Belo, Souza & Camino, 2010; Brauer, Wasel & Niedenthal, 2000; Crandall & Eshleman, 2003; Lacerda, Pereira & Camino, 2002)? Como as formas de discriminação social (por raça, gênero, idade, etc.) atravessam o ambiente universitário? Os itens utilizados as representam adequadamente? Além disso, os itens foram elaborados tendo em vista serem aplicados em diversas ocupações e, por consequência, não abrangem categorizações sociais do ambiente universitário e que podem ser significadas pelos servidores como preconceituosas em seus fundamentos. Exemplos de tais categorizações são: ser produtivo ou não, ser funcionário técnico-administrativo ou não, ser novato ou não, ser efetivo ou não, etc.

Sobre o fator Participação, indagamos se deveríamos dar conta de características do ambiente das IFES, como as decisões colegiadas, o acesso à informação e ao exercício de influência nos processos decisórios articulados às coalizações internas e/ou filiações a grupos informais. Em outras palavras, os itens não traduziram adequadamente as relações de poder.

Tabela 2  
*Fatores do Questionário de Condições de Trabalho (QCT)*

<b>Condições físicas e materiais</b>
<p><b>Aspectos Psicobiológicos</b> (<math>\alpha=0,90</math>): Percepção de exposição a: riscos do ambiente físico e material que podem ter impacto na saúde (corporal e psíquica).</p> <p><b>Espaço de Trabalho</b> (<math>\alpha=0,73</math>): Percepção de exposição a: realizar as atividades dentro de instalações específicas da organização e/ou quanto é necessário ser realizado no campo e no espaço virtual.</p> <p><b>Aspectos Físioquímicos</b> (<math>\alpha=0,64</math>): Percepção de exposição a aspectos do ambiente físico e material do trabalho, como: a presença de vapores, fumaça e poeira; temperatura e iluminação.</p> <p><b>Exigências de Esforço Físico</b> (<math>\alpha=0,81</math>): Percepção de exposição a: atividades de trabalho que exigem uma execução mecânica e movimentos repetitivos, com uso de máquinas e equipamentos.</p> <p><b>Riscos de Acidentes</b> (<math>\alpha=0,82</math>): Percepção de exposição a riscos de acidentes: pequeno porte, incapacitantes ou fatais.</p>
<b>Processos e características da atividade</b>
<p><b>Espaço de Autonomia</b> (<math>\alpha=0,81</math>): Percepção da organização do trabalho com a possibilidade de decidir autonomamente pelos métodos, planejamento e ritmo do que se realiza. Espaço de ação.</p> <p><b>Complexidade, Responsabilidade e Rapidez</b> (<math>\alpha=0,75</math>): Quanto se exige do trabalhador execução de tarefas complexas, rapidez, responsabilidade por danos e iniciativa diante do imprevisto.</p> <p><b>Organização do Tempo</b> (<math>\alpha=0,72</math>): Quanto de autonomia se dispõe para organizar o próprio trabalho no tempo, planejar intervalos, folgas e férias.</p> <p><b>Estímulo à colaboração</b> (<math>\alpha=0,63</math>): Quanto é possível contar com a colaboração na realização do trabalho.</p>
<b>Condições do ambiente sociogerencial</b>
<p><b>Infraestrutura e Pressão</b> (<math>\alpha=0,90</math>): Pressões diretas e indiretas (por meio da fragilidade infra estrutural): exposição a situações de falta de equipamentos e material de trabalho; percepção de exigências desproporcionais às condições de infraestrutura.</p> <p><b>Oferta de Informação de Saúde</b> (<math>\alpha=0,88</math>): Percepção dos participantes sobre ações gerenciais de prevenção a acidentes de trabalho e a problemas de saúde ocupacional, informando o trabalhador sobre os riscos existentes.</p> <p><b>Organização das atividades</b> (<math>\alpha=0,81</math>): Natureza e distribuição das atividades no ambiente de trabalho. Revela aspecto da percepção do participante sobre o exercício da função gerencial organizativa, o que justifica a denominação.</p> <p><b>Violência</b> (<math>\alpha=0,80</math>): Alusão a ameaças de violência físicas, agressões verbais, intimidações, perseguições e discriminação sexual. Refere-se, portanto, à animosidade das relações interpessoais.</p> <p><b>Ambiente Conflitante</b> (<math>\alpha=0,80</math>): Percepção do participante no que se refere às possibilidades de ser envolvido em conflitos interpessoais e em situações que divergem de seus valores e princípios.</p> <p><b>Participação</b> (<math>\alpha=0,63</math>): Percepção dos participantes sobre as práticas interativas de consulta sobre mudanças na organização do trabalho e de abertura ao diálogo em torno do desempenho no trabalho</p> <p><b>Discriminação Social</b> (<math>\alpha=0,58</math>): Sujeição dos participantes a situações de discriminação baseadas em traços pessoais (por exemplo: idade, altura, cegueira, sexo). A percepção do participante quanto ao gerenciamento na organização que minimize ações discriminatórias.</p>

Fonte: Adaptada de Borges et al. (2013) e de Souza (2014).

Todas essas observações que levantam dúvidas e/ou indagações sobre o QCT, na sua utilização para servidores de IFES, no conduziram a definir o segundo objetivo específico:

**Objetivo específico 2.** Implementar modificações no QCT tendo em vista, a superação das limitações comentadas anteriormente e testar empiricamente as estruturas fatoriais por categoria taxonômicas avaliando seu aperfeiçoamento psicométrico.

Além das diferenças nas estruturas fatoriais encontradas por Borges et al. (2013) a amplitude das mudanças das universidades (já mencionada) e complexidade estrutural, que implica no desenvolvimento de atividades muito diversas no conteúdo, embora todas elas possam convergir para finalidades acadêmicas das universidades, por sua vez, nos incentivaram buscar o segundo objetivo específico:

**Objetivo específico 3.** Explorar a diferenciação da estrutura fatorial dos itens das três categorias – condições físicas e materiais, processos e características da atividade; ambiente sociogerencial – nos aspectos singulares aos servidores da UFMG.

A quase totalidade das condições contratuais e jurídicas (p. ex., regime de trabalho e tipo de contrato), contidas no QCT, demanda a aplicação de escala nominal, impedindo sua fatoração. Além de que as condições contratuais e jurídicas foram os aspectos sobre os quais, encontramos menos pesquisas antecedentes. Tal fato deve ter sido influenciado pelas dificuldades de realizar estudos comparativos e que tomam o nível organizacional e/ou o ocupacional como seu foco, pois aqueles que são desenvolvidos com amostras de uma única organização e/ou focalizam o emprego tendem a não obter variância suficiente (Motta & Borges, 2016; Souza, 2014). Em outras palavras, há muita homogeneidade no que se refere a aspectos como o regime de trabalho, a jornada de trabalho contratada, direitos trabalhistas e programas de benefícios. Na UFMG, a complexidade estrutural implica que seu quadro de servidores está organizado em dois segmentos – docentes e funcionários técnico-administrativos – e há a convivência de diferentes regimes contratuais – servidores estatutários e empregados celetistas. Por isso, definimos o terceiro objetivo específico em:

**Objetivo específico 3.** Identificar se os escores nos fatores encontrados nas demais categorias das condições de trabalho variam segundo condições contratuais e jurídicas.

## **Método**

Tendo em vista a consecução dos objetivos geral e específicos antes anunciados, desenvolvemos pesquisa de campo como descreveremos nas seções subsequentes.

### **Participantes**

Na construção da amostra, aplicamos o QCT em 1091 servidores da UFMG (professores funcionários técnico-administrativos estatutários e empregados públicos da EBSEH). Entretanto, o questionário nos diferentes itens previa uma alternativa de resposta de “Não se aplica”. Recodificamos essas como respostas em branco e quem marcou essa resposta a partir de 50% do questionário, foi então excluído da amostra. Essa, por fim, totalizou 1060 participantes.

### **Instrumento**

Aplicamos uma ficha sociodemográfica, que abrangeu itens sobre o participante como a idade, o sexo, estado civil, número de filhos ou dependentes, nível de instrução formal, tempo de trabalho. As respostas foram utilizadas para a descrição da amostra.

Em relação ao QCT, partimos, então, da versão anterior (Borges et al., 2013), de todos os comentários sobre suas limitações descritas na seção anterior e da análise documental que implementamos em etapa anterior sobre a qualidade de vida nas IFES (Borges, Magalhães & Barros, submetido). Pusemos em funcionamento um grupo de discussão, composto pelos autores, funcionários da UFMG e estudantes de pós-graduação (alguns professores de instituição e ensino superior particulares) e de graduação do curso de Psicologia da UFMG. Fizemos reuniões periódicas durante 2016. As discussões no grupo de discussão contribuíram elucidando aspectos das condições de trabalho nas universidades não contempladas na versão do QCT, ou seja, mostrando as singularidades do contexto universitário. Neste grupo implementamos uma série de modificações, entre as quais:

- nas condições contratuais e jurídicas designamos um item de vínculos e as alternativas contemplaram a variedade de possibilidades da UFMG, retiramos item sobre benefícios que

seria padrão na UFMG, acrescentamos um item específico sobre aposentadoria e outro com relação ao pagamento do adicional de insalubridade, com alternativas compatíveis;

- nas condições físicas e materiais, desdobramos alguns itens de modo que cada um só avaliasse um aspecto pontual por vez;
- em processos e características da atividade, acrescentamos itens que permitisse o participante expor suas percepções acerca do caráter burocrático institucional, a necessidade contínua e oportunidades de atualizações e requalificações, bem como o caráter planejado (ou não) dos processos de trabalho;
- nas condições do ambiente sociogerencial, acrescentamos itens sobre a gestão de liberação e incentivo ao servidor para qualificação, acesso à treinamento e apoio à socialização, aplicação do plano de carreira, participação nas decisões e questão sobre discriminação focalizada no ambiente e não em si mesmo como alvo.

Todas essas modificações implementadas resultaram na versão do QCT que segue no Apêndice E. Tínhamos a intenção de torná-lo mais enxuto (com menos itens), entretanto, para contemplar todas as nuances sobre as condições de trabalho levantadas no grupo de discussão, ele terminou mais extenso.

Após a construção desta nova versão do QCT, transformamos em questionário *online*, para o que contratamos uma programação específica tendo em vista a segurança dos dados, o sigilo e o anonimato com os quais planejamos atuar. A programação do QCT *online* previa: o prévio preenchimento do TCLE; impedir que o participante seguisse adiante deixando itens em branco, a suspensão do preenchimento com possibilidade de continuar posteriormente. Todos esses cuidados foram importantes para expressar os cuidados éticos com a pesquisa, inclusive buscando a participação voluntária dos servidores.

Em síntese a versão do QCT desta pesquisa contou com 28 itens sobre as condições contratuais e jurídicas, 47 sobre as condições físicas e materiais, 74 sobre processo e características da atividade e 79 acerca das condições do ambiente sociogerencial. Os itens sobre as condições contratuais e jurídicas estão estruturados com alternativas nominais para as respostas. Todos os demais usam escala com as seguintes alternativas: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Algumas vezes), 4 (Muitas vezes), 5 (Todo o tempo) e 6 (Não se aplica).

Ambos os formatos (tradicional e *online*) eram precedidos por uma mensagem ao servidor, esclarecendo os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário e anônimo da participação, bem como por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que o participante pode declarar sobre sua decisão voluntária de participar.

### **Procedimentos de coleta de dados**

Aplicamos os questionários, em 2017, utilizando o sistema de informática da UFMG, de modo que era enviado um link exclusivamente para servidores efetivos (funcionários técnicos-administrativos e docentes), bem como uma sistemática a partir da área de gestão de recursos humanos do Hospital Universitário da UFMG de modo que atingia também trabalhadores celetistas vinculados a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) que gere atualmente o referido hospital. No hospital, também foi aplicado uma parte no formato tradicional (lápiz e papel) para aqueles que não se agradaram de responder *online*. Em todas as aplicações o anonimato do participante foi preservado, com a intenção de protegê-los, bem como contribuir para garantir a autenticidade das respostas.

### **Registro e procedimentos de análise dos dados**

A aplicação *online* implica uma tabulação automática de forma que recebíamos banco de dados do *software* “Excel” que dialoga com o SPSS (*Statistical Package of Social Science*). Aqueles aplicados no formato tradicional demandaram digitação manual diretamente no banco de dados do SPSS. Após montado o banco de dados do SPSS, passamos então a proceder as análises estatísticas das respostas nas seguintes etapas:

**Análises preliminares dos itens do QCT.** Aplicamos o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov e este rejeitou a normalidade de todos os itens. Estimamos, então, os coeficientes Kurtosis e Skewness que também são indicadores de normalidade. E depois de explorar esses coeficientes e os gráficos de distribuição de frequência item a item, decidimos por excluir aqueles com tinham ao menos um desses coeficientes superiores a 2,0. São, então, 24 itens, sendo: na categoria condições físicas e materiais, os itens 4, 7, 24, 39 e 40; na categoria processos e características da atividade, os itens 4.1, e 9.2; na categoria ambiente sociogerencial, os itens 1.2, 2.4, 6.4, 6.6, 6.7, 6.11 a 6.13, 7.2, 7.4 a 7.6, 7.10 a 7.12, 8.5 e 8.12.

**Análises fatoriais exploratórias (AFE's).** Aplicamos análise fatorial exploratório (*Principal Axis Factoring*) no conjunto das respostas as três categorias com questões estruturadas escalares (condições físicas e materiais, processos e características da atividade, e, condições do ambiente sociogerencial) para testar empírica e estatisticamente a diferenciação das categorias com a qual vimos trabalhando em pesquisas anteriores de maneira conceitual. Para esta análise, não passamos para a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) em decorrência da quantidade de itens do QCT. Consideramos os três fatores encontrados como de segunda ordem (ou secundários) e fizemos novas análises fatoriais exploratórias no conjunto de itens que formavam cada fator secundário, encontrando os fatores primários. Como esses divergiam dos anteriormente encontrados (Borges et al., 2013), eles passaram a ser tomados com hipóteses para podermos submetê-los a AFC. No início de cada análise fatorial exploratória primária, inspecionamos os itens com comunalidades maiores de 0,70 e menores de 0,30, examinando na matriz de correlações: nos primeiros, se ocorriam coeficientes superiores a 0,70 (multicolinearidade) e, nos segundos, se não havia coeficientes superiores a 0,30 na matriz de correlações. No primeiro caso, decidíamos por eliminar um dos itens envolvidos na relação de multicolinearidade, ou, fazer média aritmética entre esses itens e, no segundo caso, eliminávamos o item cujos coeficientes revelavam ser caráter *outlier*. Na primeira aplicação de cada AFE, aplicávamos rotação oblíqua e examinávamos se na matriz de correlação fatorial havia alguma correlação acima de 0,30. No caso positivo, mantínhamos a rotação oblíqua e, no negativo, passávamos para rotação *varimax*. Nas três soluções fatoriais primárias a rotação oblíqua foi confirmada, de modo que só adotamos a rotação *varimax* na solução fatorial de segunda ordem.

**Análises fatoriais confirmatórias.** Após essas etapas, submetemos as estruturas fatoriais primárias encontradas nas AFE's, o utilizando o software Lisrel. Para isto, montamos três bancos de dados, cada um apenas com os itens referente a um dos fatores secundários encontrados. O propósito da aplicação de AFE, além de obter uma avaliação de ajuste de modelo, teve também a intenção de buscar uma estrutura (ou tipologia) mais parcimoniosa das condições de trabalho da população pesquisada. Assim, para obtermos uma solução com bom ajuste, após a elaboração do modelo inicial de AFC, eliminamos os itens segundo os seguintes critérios: cargas inferiores a 0,60 e indicação do software no output de quais itens estavam contribuindo para o quiquadrado rejeitar o modelo. Em dois dos casos precisamos diminuir o número de fatores esperados por falta de validade discriminante entre dois deles. Isto provavelmente deve estar refletindo a opção por

rotação oblíqua nas AFEs. Nos resultados serão apresentadas apenas as soluções encontradas com o melhor ajuste obtido.

**Estimativa de escores.** Para estimar os escores nos fatores seguindo a estrutura encontrada nas AFEs, aplicamos médias em que os pontos atribuídos pelos participantes ao item eram ponderados pela carga fatorial do item. E seguindo os modelos de AFC, aplicamos média aritmética dos itens que convergiram em cada fator.

## Resultados

Com os resultados das AFEs, construímos a estrutura fatorial resumida na Figura 1, que explica 26,86% da variância compartilhada e abrange fatores de segunda ordem e primários. Embora tenhamos encontrado três fatores de segunda ordem, eles não corresponderam exatamente as três categorias da taxonomia consideradas inicialmente (Tabela 1), por isso preferimos (re)nomeá-los: Exigências, Contradições e Condições Materiais; Comunicação, Desafio e Participação; e Suporte e Planejamento.

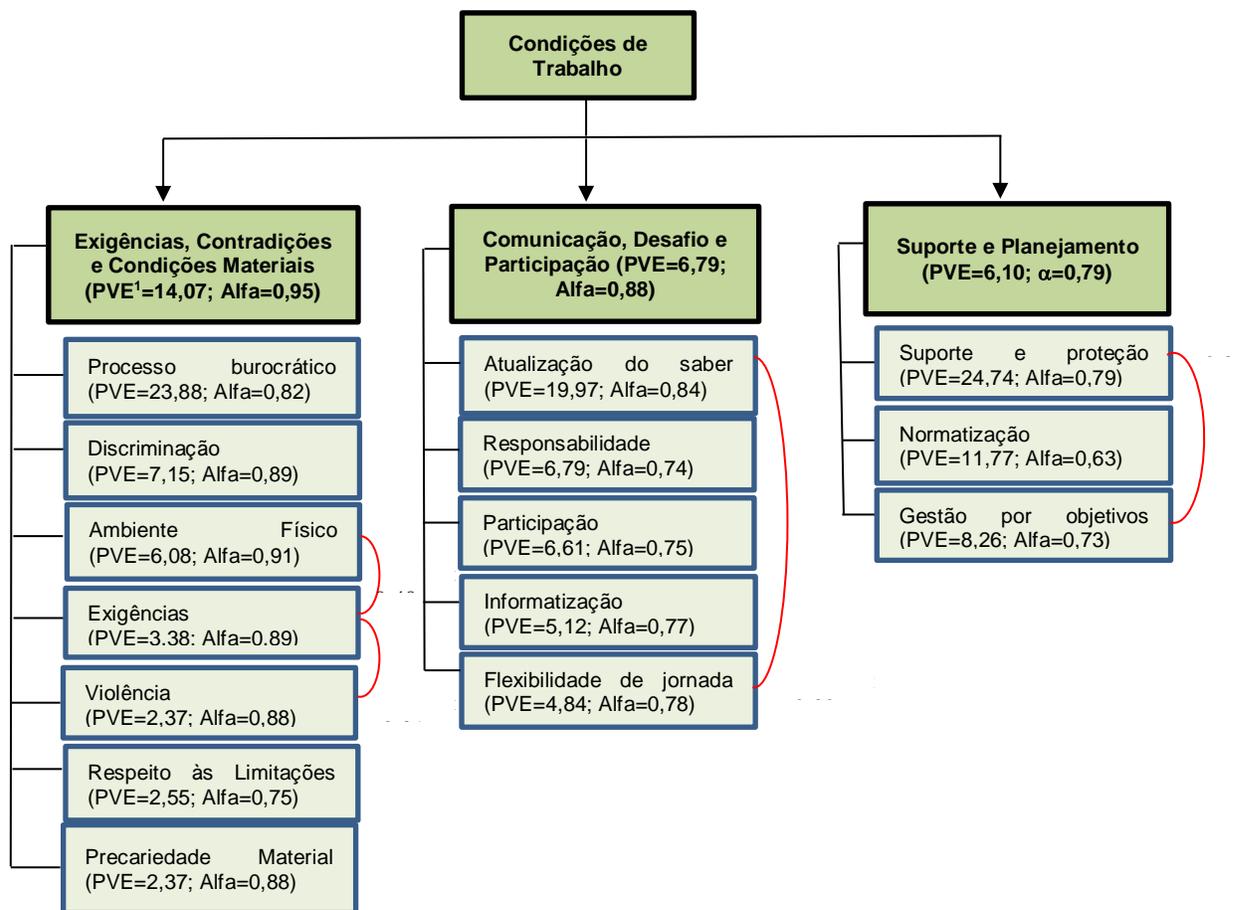


Figura 1  
Estrutura Fatorial do Questionário de Condições de Trabalho: com fatores de primeira e segunda ordem

Legenda: 1 PVE=Proporção da variância explicada; Linhas vermelhas representam correlações superiores a 0,30 entre fatores primários.

Observando a composição dos fatores de segunda ordem, o primeiro – Exigências, Contradições e Condições Materiais – agrupou itens de todas as três categorias preliminares, sendo que os itens que se referiam a Condições Físicas e Materiais estão quase na sua totalidade neste fator, mas não predominaram entre aqueles de cargas mais elevadas. Assim, as cargas em tal fator variaram de 0,32 a 0,70. No intervalo de cargas de 0,60 a 0,70 há apenas dois itens originalmente de condições físicas e materiais (referentes a falta de materiais e riscos de pequenos acidentes). Provavelmente, isto significa que os servidores participantes não perceberam tais aspectos separados das iniciativas de gestão e dos processos de trabalho. Em contrapartida os três itens de maiores cargas (0,70, 0,63 e 0,61 respectivamente) se referem a: exigências desproporcionais às condições de trabalho; realizar tarefas conflitivas ou contraditórias e adoção de prazos incompatíveis com a realização das tarefas. Esses aspectos expõem a forma adotada de denominação do fator.

A natureza dos fatores primários, formados pelos itens que compõe o fator em tela, clareia a sua compreensão e/ou o que seja seu conteúdo. A análise que identificou os fatores de primeira ordem explicou 44,72% da variância compartilhada. O primeiro fator – Processo burocrático abarcou itens que descreve o caráter burocrático dos processos de trabalho, mas também a falta de material necessário. O segundo fator – Discriminação – abarcou itens originários predominantemente da categoria das condições do ambiente sociogerencial e se referem a observação no ambiente de trabalho de exclusão e/ou diminuição de oportunidades por características pessoais, religião, nacionalidade e regiões, deficiências físicas, idade e posicionamento político, bem como observação de insinuações pelas razões anteriores e pelo setor de trabalho e vínculo empregatício. O terceiro fator – Ambiente Físico – reuniu itens predominantemente originários das condições físicas e materiais referentes à exposição à riscos e incômodo do ambiente natural e das instalações utilizadas. No quarto fator – Exigências – predominaram itens originários na categoria dos processos e características da atividade. Referem-se ao ritmo acelerado, a rigidez dos prazos, sobrecarga, incompatibilidades entre demandas de trabalho e número de servidores, cumprimento de metas de produção e exigências desproporcionais. Esse fator tem uma direção que se contrapõe aos demais. No quinto fator – Violência – estão itens originários também na categoria do ambiente sociogerencial e referem-se a observações de assédios morais, intimidações, agressões verbais, elogios inadequados, ameaças e outras formas de violência interpessoal. No sexto fator – Respeito às Limitações –, estão itens da

mesma origem, mas que se referem ao respeito pelos tratamentos de saúde, pelos afastamentos, necessidades de pausa e limitações em geral de cada servidor. O último fator – Precariedade Material – abarca três itens originários na categoria do ambiente sociogerencial e um de condições físicas e materiais. Referem-se a carência de equipamentos, materiais, softwares, etc...

O segundo fator de segunda ordem – Comunicação, Desafio e Participação – conta predominância de itens originários na categoria de processos e características da atividade de modo que focaliza à organização do trabalho ou o seu conteúdo. Sua estrutura primária é mais simples contando com cinco fatores. O primeiro deles – Atualização do saber – indica que as atividades dos servidores implicam a necessidade de atualização contínua de seus saberes e competências, formações complementares, domínio do saber fazer e iniciativas de formação e informação que ultrapassam os limites organizacionais incluindo, por vezes, a necessidade de trabalhar em casa. O fator Responsabilidade reúne itens referentes à guarda de documentos, equipamentos, informações e sanções. O fator Participação se refere às oportunidades de participação na tomada de decisões e à qualidade das decisões ponderadas coletivamente. O fator Informatização se refere ao uso de recursos de informática e de mídias nas comunicações. O último fator – Flexibilidade de Jornada – abrange a ideia de autonomia em estabelecer horário, planejar as atividades, de mobilidade, porém com limitações de custeio.

O terceiro fator de segunda ordem – Suporte e Planejamento – combina nove itens originários na categoria do ambiente sociogerencial e oito na de processos e características da atividade. O conjunto de seus itens abordam a gestão de segurança por ações de orientação e padronização, bem como a gestão das atividades centrada nas suas finalidades. Sua estrutura fatorial de primeira ordem é a mais simples, com três fatores. O primeiro deles – Suporte e Proteção – reúne itens referentes às ações de orientação e treinamento para evitar riscos de adoecimento e de acidentes no trabalho. O segundo, Normatização, abarca itens que se refere à disponibilização de normas e padronizações que norteiam e limitam a realização de tarefas. O último fator, Objetivos, indica quanto a realização das atividades se norteiam pelos objetivos estabelecidos, pelo planejamento realizado pelo clima de diálogo e administração de conflito nas relações interpessoais e entre setores.

Estimados os escores dos participantes nos fatores descritos anteriormente, obtivemos distribuições de escores que sintetizamos na Tabela 3. Observamos, então, as referidas distribuições revelam que nos fatores de primeira ordem na categoria de Exigências, Contradições

e Condições Materiais evidenciam o caráter contraditório da dimensão fatorial mais claramente do que a interpretação que já havíamos atribuído ao conteúdo dos fatores, pois que os escores mais elevados são justamente em Respeito aos Limites Orgânicos versus a Precariedade Material e, em seguida em Exigências. Os escores no fator Discriminação são os mais baixos e revelam que vão em direção da inclusão. Entretanto, é necessário cuidado na interpretação desses escores haja visto que na atualidade há uma tendência à discriminação e ao preconceito velado, sendo que a tabela revela que 25% da amostra apresentaram escores acima do ponto de 2,45 (que é praticamente igual ao ponto médio da escala de 1 a 5). Haja vista a natureza do conteúdo do fator, consideramos que essa proporção é elevada e deveria fazer acender o sinal de alerta na instituição.

As distribuições de escores nos fatores referentes à Comunicação, Desafio e Participação mostram que a percepção dos participantes nos cinco fatores revela em que a Universidade segue forte. Provavelmente, as oportunidades de atualização do saber, de participação nas decisões, o senso da responsabilidade por assuntos valorizados e a tendência a informatização valorizam a identidade dos servidores em direção à academia. A média que destoa com uma tendência mais abaixo se refere à Flexibilidade de Jornada.

No fator de segunda ordem, Suporte e Planejamento, os escores de dois fatores (Normatização e Objetivos) também indicam que os participantes tendem a considerar os aspectos abrangidos como ponto forte da instituição. Entretanto os escores no fator Suporte e Proteção revela uma tendência à percepção das condições de trabalho na UFMG como de desamparo. Este achado corrobora os resultados de duas dissertações: uma acerca da tutorização de docentes em estágio probatório (Rosa, 2017) e outra, acerca da remoção de TAE's em estágio probatório (Macedo, 2018).

Tabela 3

*Distribuições de escores nos fatores de condições de trabalho (N=285)*

<i>Fatores de Condições de Trabalho</i>	Média	Desvio- padrão	Percentis/Quartis		
			25%	50%	75%
<i>Exigências, Contradições e Condições Materiais</i>					
F1 Processo burocrático	2,58	,88	1,91	2,56	3,15
F2 Discriminação	1,50	,55	1,09	1,33	1,72
F3 Ambiente Físico	2,05	,65	1,54	1,93	2,45
F4 Exigências	3,13	,83	2,56	3,10	3,70
F5 Violência	2,44	,70	1,91	2,37	2,84
F6 Respeito às Limitações	3,48	,55	3,16	3,54	3,84
F7 Precariedade Material	3,31	,95	2,65	3,35	3,99
<i>Comunicação, Desafio e Participação</i>					
F1 Atualização do saber	3,42	,77	2,85	3,50	4,00
F2 Responsabilidade	3,12	,92	2,54	3,17	3,80
F3 Participação	3,21	,88	2,64	3,30	3,71
F4 Informatização	4,27	,69	3,94	4,48	4,78
F5 Flexibilidade de Jornada	2,90	,64	2,48	2,88	3,35
<i>Suporte e Planejamento</i>					
F1 Suporte e Proteção	2,45	,63	2,04	2,40	2,81
F2 Normatização	3,70	,75	3,19	3,74	4,22
F3 Objetivos	3,57	,70	3,14	3,64	4,08
<i>Fatores de Segunda Ordem</i>					
F1 Exigências, Contradições e Condições Materiais	1,84	,53	1,45	1,68	2,09
F2 Comunicação, Desafio e Participação	2,90	,50	2,53	2,93	3,26
F3 Suporte e Planejamento	1,77	,38	1,53	1,78	2,01

Essa estrutura e os escores nos seus fatores, encontrados por meio das AFEs após a aplicação do QCT revisado para a atual pesquisa, são distintos das estruturas fatoriais anteriores (Borges et al., 2013). Discorreremos mais sobre tais distinções na seção subsequente. Aplicamos, então, AFC conforme descrevemos na seção dos procedimentos de análises de dados, tomando as estruturas fatoriais primárias descritas na presente seção como as hipóteses a serem testadas.

Em relação à estrutura fatorial das Exigências, Contradições e Condições Materiais, o melhor modelo encontrado (Figura 1) por meio da AFC apresentou os indicadores da qualidade do ajuste, em geral, bastante favoráveis, bem como adequada validade convergente (todas as cargas dos itens nos fatores latentes superiores a 0,60) e discriminante (nenhum Phi, covariância entre variáveis latentes, superiores a 0,60).

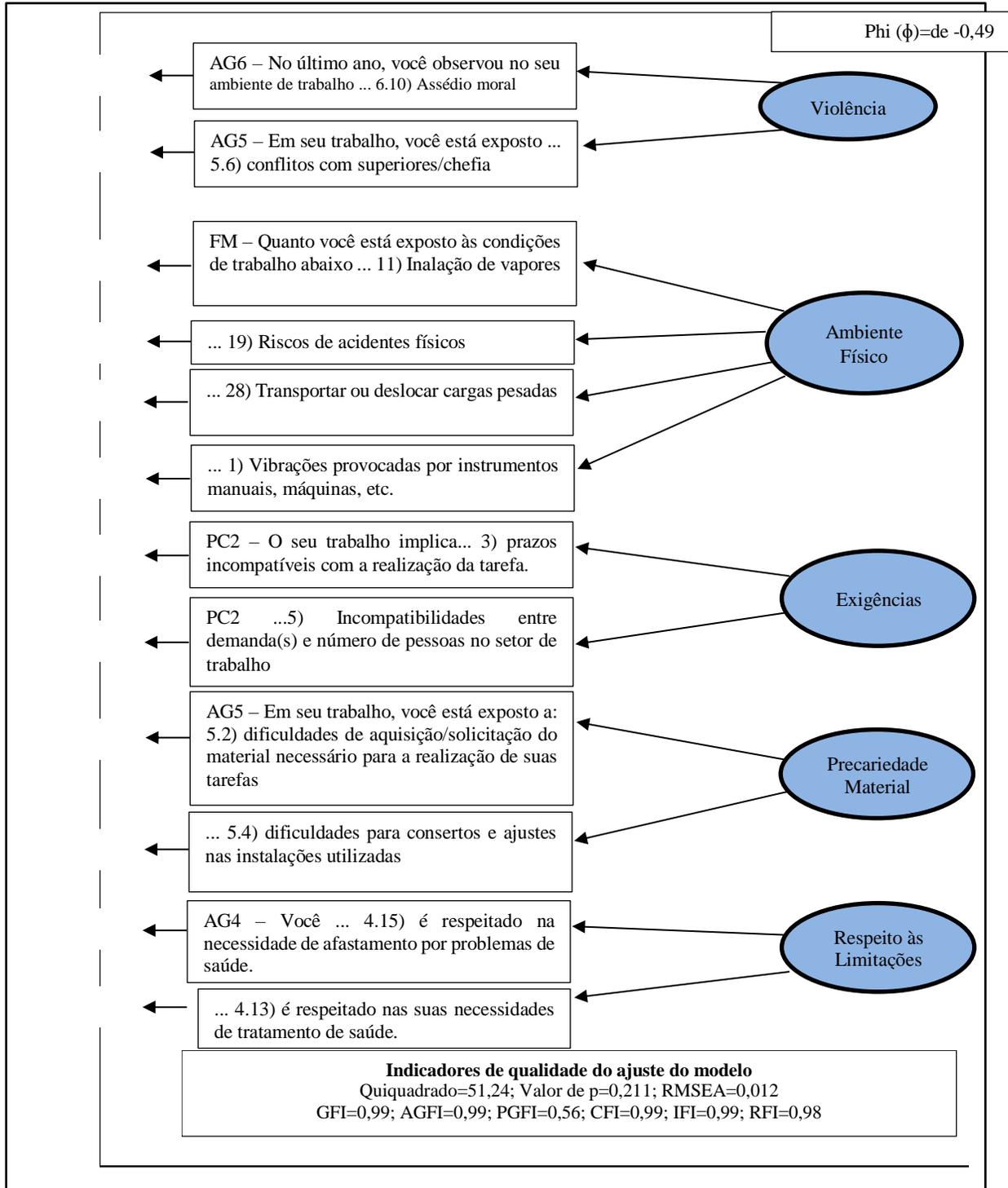


Figura 1  
*Exigências, Contradições e Condições Materiais: Análise Fatorial Confirmatória*

Entretanto, devemos observar que tal solução confirmou a estrutura encontrada por AFE apenas parcialmente, pois que eliminou dois fatores – Processo Burocrático e Discriminação – encontrados na AFE. Ocorreu que Processo Burocrático não apresentava validade discriminante em relação ao fator Exigências, nem o fator Discriminação em relação ao fator Violência. A tentativa de juntar esses fatores em dois não deu bons resultados haja vista que os itens de Processo Burocrático e os de Discriminação deixaram de apresentar validade convergente.

Além disso, devemos observar ainda que a solução estatisticamente consistente, reduziu de forma radical o número de itens. Este fato pode ser positivo na direção de encontrarmos uma solução mais parcimoniosa, deixando claro as prioridades e no caminho de obter um QCT eficiente, mas bem mais simples, o que importa em termos de facilitar o desenvolvimento de diagnósticos periódicos das condições de trabalho nas IFES. Questionamentos, entretanto, precisam ser feitos, pois isto não significa que os dois fatores excluídos da AFC não sejam importantes.

Apesar da qualidade estatística do modelo, devemos observar que o modelo está indicando um erro de mensuração do item 4.13 de 1,22, sendo que o desejável é que seja menor que 1,0.

Em relação à estrutura de Comunicação, Desafio e Participação, a melhor solução encontrada por meio de AFC, representada na Figura 2, conta com vários indicadores favoráveis ao ajuste do modelo, o quiquadrado seguiu, entretanto, significativo, indicando rejeição do modelo. Mas além disso, esse modelo abrange dois fatores e não cinco como indicado na AFE e considera apenas uma pequena parte dos itens (6 de 26 itens). Registra-se que o fator de Flexibilidade de Jornada não apresentava suficiente validade discriminante de Atualização do Saber e havia vários problemas nos itens que comprometia a validade convergente.

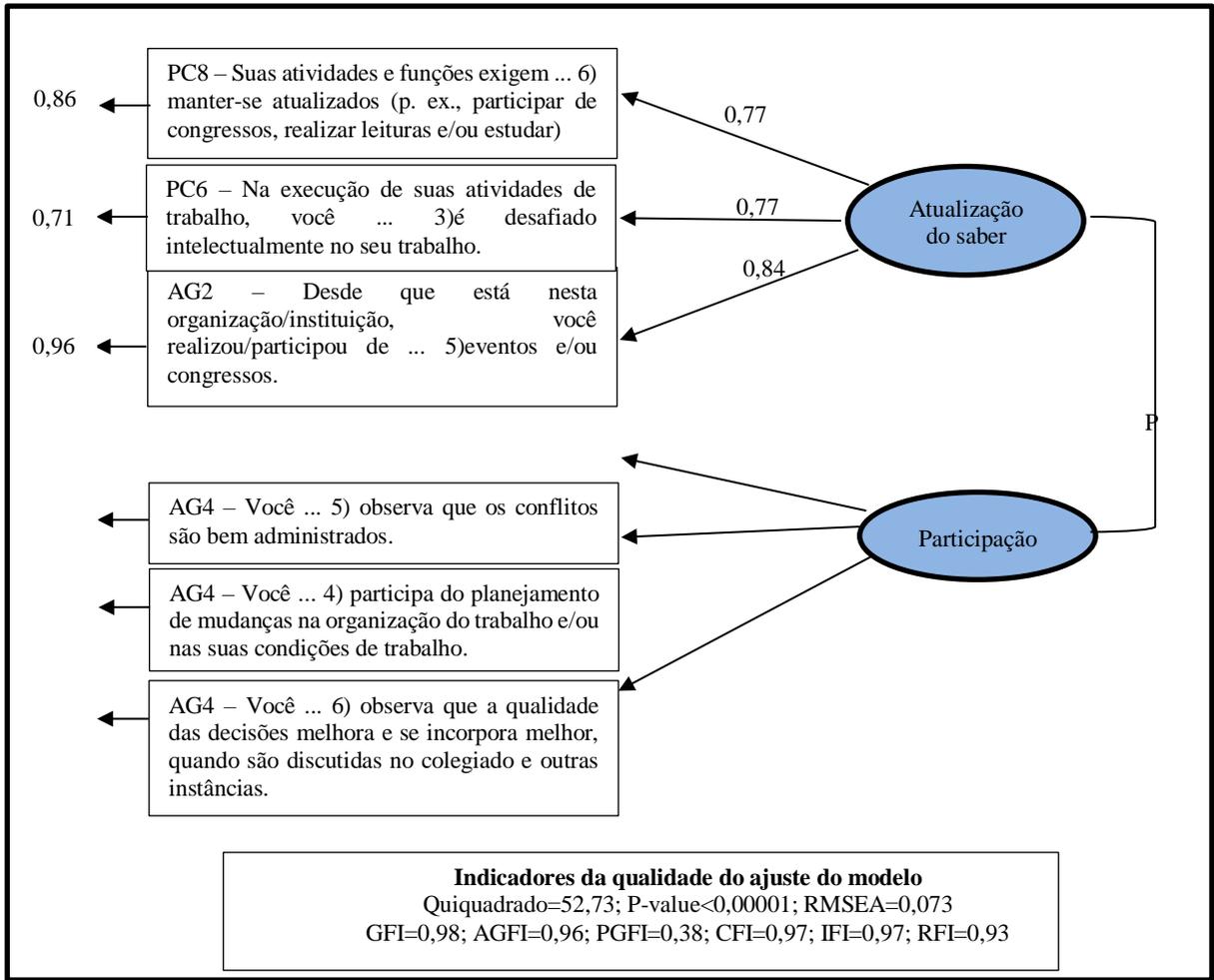


Figura 2  
 AFC de Comunicação, Desafio e Participação

Em relação à estrutura fatorial de Suporte e Planejamento, a melhor solução encontrada por meio da AFC está representada na Figura 3.

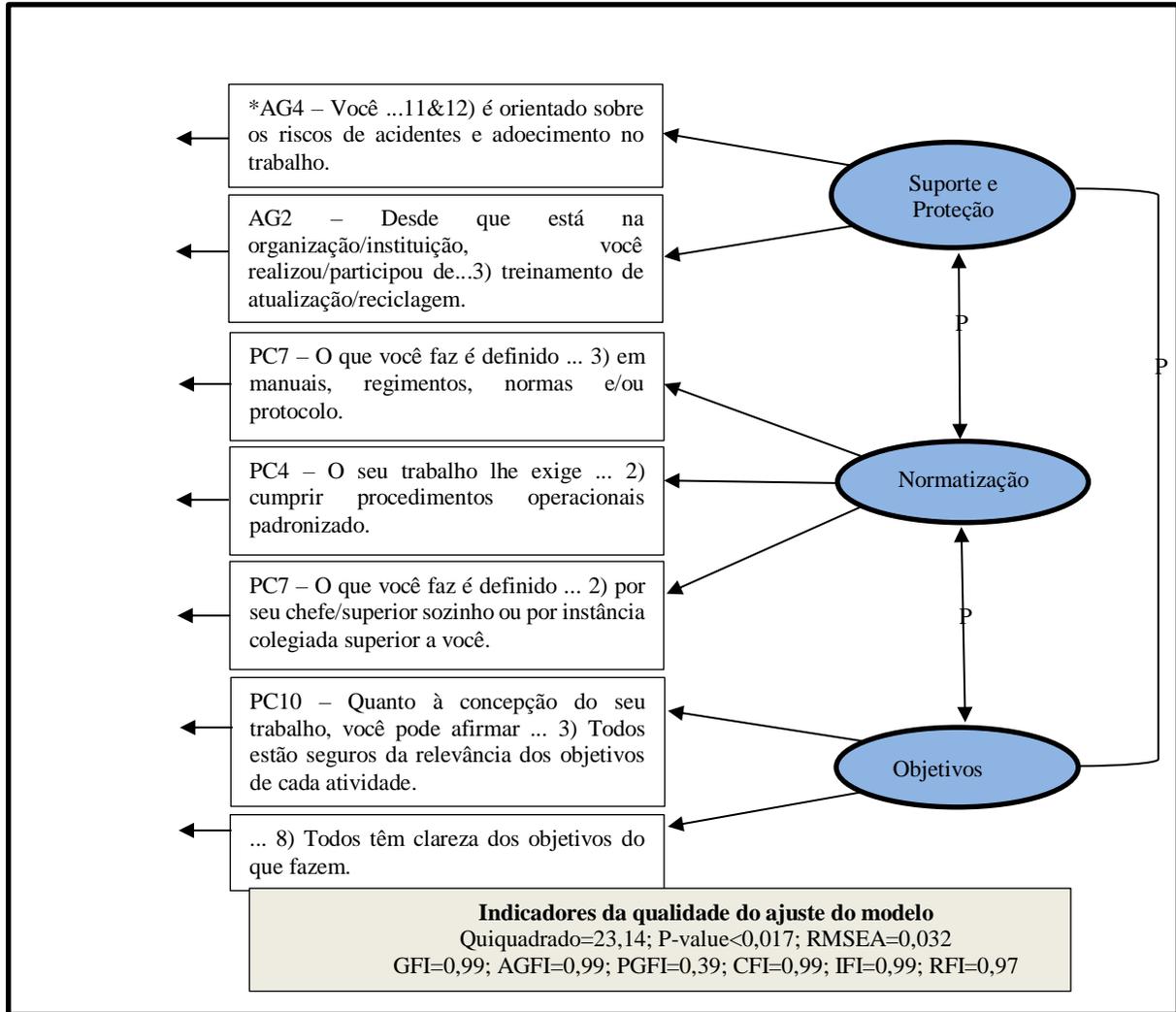


Figura 3  
 AFC de Suporte e Planejamento

Devemos observar que esse modelo (Figura 3), além de suas qualidades psicométricas, mantém os três fatores encontrados na AFE respectiva, porém reduz bastante o número de itens (7 de 18 itens).

## Referências

- Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2006). Trabajo, ocupación y bienestar. In A. Garrido (Org.), *Sociopsicología del trabajo* (pp.99-132). Barcelona: Editorial UOC.
- Belo, R. P., Souza, T. R. D., & Camino, L. (2010). Análise de repertórios discursivos sobre profissões e o sexo: um estudo empírico na cidade de João Pessoa. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 23-31.
- Blanch, J. M. (2003). Condiciones de Trabajo. In J. M. Blanch, M. J. Espuny, C. Gala, & A. Martín (Orgs.), *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos* (pp. 42-44). Barcelona: Editorial UOC.
- Borges, L. O., Costa, M. T. P., Alves-Filho, A., Souza, A. L. R., Rocha-Falcão, J. T., Leite, C. P. R. A., & Barros, S. C. (2013). Questionário de condições de trabalho: reelaboração e validação de construto. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 213-225.
- Borges, L. O., Rocha-Falcão, J. T., Alves Filho, A., & Costa, M. T. P. (2015). Condições de trabalho. In P. F. Bendassolli & J. E. Borges-Andrade. (Org.), *Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações* (pp. 227-236). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brauer, M., Wasel, W., & Niedenthal, P. (2000). Implicit and explicit components of prejudice. *Review of General Psychology*, 4(1), 79-101.
- Costa, M. T. P., Borges, L. O., & Barros, S. C. (2014). Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários [Texto Completo]. In Associação Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho – SBPOT (Org.). *VI Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho*. Brasília: SBPOT [Anais eletrônicos]. Recuperado de: <http://cbpot.sistematus.com.br/portal/Modulos/processo/anais-cbpot.html>.
- Crandall, C. S., & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological bulletin*, 129(3), 414. doi:10.1037/0033-2909.129.3.414
- Marx, K. (1982). A ideologia em geral, nomeadamente a alemã. In K. Marx & F. Engels. *Marx e Engels: Obras Escolhidas*. Lisboa: Edições ‘Avante’. (Livro: A Ideologia Alemã) (Originalmente escrito 1846)
- Muchinsky, P. M. (1994). Condiciones de trabajo. In P. M. Muchinsky, *Psicologia aplicada al trabajo: una introducción a la Psicología Industrial y Organizacional* (O. Maiz & M. L. Lupardo, trad.) (pp. 579-624). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Motta, G. M. V., & Borges, L. O. (2016). Condições de trabalho dos garis de varrição de ruas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68, p. 75-91.

- Pereira, A. P. D. M. *Remoções em estágio probatório e socialização organizacional: um estudo com os assistentes em administração de uma universidade federal*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. [Dissertação de Mestrado] 173 pp.
- Ramos, J., Peiró, J. M., & Ripoll, P. (2002). Condiciones de trabajo y clima organizacional. In J. M. Peiró & F. Prieto (Orgs.), *Tratado de Psicología del Trabajo: La actividad laboral en su contexto* (pp. 37-92). Madrid: Síntesis Psicología.
- Reis, R. J., Utzet, M., Rocca, P. F., Nedel, F. B., Martín, M., & Navarro, A. (2011). Previous sick leaves as predictor of subsequent ones. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 84, 491–499.
- Rosa, M. C. G. (2017). *Necessidades e processos de tutorização organizacional: estudo com docentes da Universidade Federal de Minas Gerais*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. [Dissertação de Mestrado]. 104 p.
- Sampaio, R. F., Silveira, A. M., Parreira, V. F., Makino, A. T., & Mateo, M. M. (2003). Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 1966 a 1999. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 49(1), 60–66. doi:10.1590/s0104-42302003000100035
- Smith, A. (1978). *A riqueza das nações*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária. (Originalmente publicado em 1776)
- Soares, R. J. O., Zeitoune, R. C. G., Lisboa, M. T. L., & Mauro, M. Y. C. (2011). Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 20(4), 758-765.
- Souza, A. L. R. (2014). *Condições de trabalho e comprometimento com a organização e com a carreira de professores em um centro universitário*. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Tavares, J. P., Beck, C. L. C., Magnago, T. S. B. S., & Lautert, L. (2012). Minor psychiatric disorders among nurses university faculties. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 175-182.
- Terra, F. S., Marziale, M. H. P. & Robazzi, M. L. C. C. (2013). Evaluation of Self-esteem in Nursing Teachers at Public and Private Universities. *Revista Latino-América de Enfermagem*, 21(n.spe), 71-78.

**Apêndice E: Questionário de avaliação das condições de trabalho e percepção do estresse.**

## FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

<b>1) Qual a sua Idade?</b> ___ anos.	<b>2) Em que mês e ano começou a trabalhar?</b> ____/____
<b>3) Em que mês e ano começou a trabalhar na UFMG:</b> ____/____	<b>4) Em que mês e ano começou a trabalhar no cargo atual:</b> ____/____
<b>5) Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino	<b>6) Número de filhos ou dependentes:</b> _____
<b>7) Estado civil</b> ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) Mora com companheiro(a) ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo (a) ( ) Outro. Qual? _____	<b>8) Qual seu último grau de instrução:</b> ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Especialização/Pós-graduação latu sensu ( ) Ensino fundamental completo ( ) Mestrado ( ) Ensino médio ( ) Doutorado ( ) Ensino superior incompleto ( ) Pós-doutorado ( ) Ensino superior completo

## QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO

### Condições de trabalho: contratuais e jurídicas

<b>1) Vínculo com a UFMG</b> ( ) Técnico administrativo de Educação (RJU) ( ) Celetista concursado (p. ex., Ebserh) ( ) Celetista terceirizado ( ) Professor Dedicação exclusiva ( ) Professor 40 h ( ) Professor 20 h ( ) Cedido de outro órgão ( ) Voluntário, como: _____ ( ) Contrato temporário, como: _____ ( ) Estagiário: _____ ( ) Outro. Qual? _____	<b>2) Tipo de Cargo</b> ( ) Nível básico ( ) Administrativo nível médio ( ) Administrativo nível superior ( ) Técnico ou auxiliar de enfermagem ( ) Outro técnico de nível médio ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Outro profissional assistencial, de nível superior ( ) Professor de Ensino Fundamental e/o Médio ( ) Professor de Ensino Superior ( ) Outros. Qual? _____
<b>2.1) Qual é sua principal atividade/cargo na UFMG?</b> _____	
<b>2.2) Sua atuação na UFMG é sua principal atividade profissional?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>3) Em relação à função de coordenação, supervisão ou chefia, você:</b> ( ) Nunca exerceu ( ) Exerce, mas não é remunerado ( ) Exerceu no passado e foi remunerado ( ) Exerce e é remunerado ( ) Exerceu no passado, mas não foi remunerado	
<b>4) Sua atuação na UFMG prevê contratualmente uma jornada de trabalho de quantas horas semanais?</b> ( ) 20 horas semanais ( ) 44 horas semanais ( ) 30 horas semanais ( ) Outras. <b>Especifique:</b> _____ horas ( ) 40 horas semanais ( ) Não se aplica	
<b>5) Na prática, quantas horas você trabalha normalmente por semana para UFMG?</b> ( ) 20 horas semanais ( ) 40 horas semanais ( ) 30 horas semanais ( ) 44 horas semanais ( ) 31 horas e 15 minutos semanais ( ) Outras. <b>Especifique:</b> _____ horas	
<b>6) Normalmente, quantos dias por semana você trabalha na/para a UFMG?</b> _____ dias por semana	
<b>7) Normalmente, quantas vezes por mês trabalha durante a noite (pelo menos 2 horas entre 10 horas da noite e 5 horas da manhã)?</b> _____ noites por mês ( ) Nunca	
<b>8) Quantas vezes por mês (em média) você trabalha aos sábados e/ou domingos?</b> _____ sábados/domingos por mês ( ) Nunca	
<b>9) Gostaria de trabalhar...</b> ( ) 44 horas semanais ( ) 20 horas semanais ( ) 40 horas semanais ( ) outras. <b>Especifique:</b> _____ horas ( ) 30 horas semanais	

10) Em média, quantos minutos por dia você demora no percurso de casa para o trabalho e do trabalho para casa (total/soma)?

\_\_\_\_\_ minutos ( ) Não se aplica

11) Você trabalha...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
11.1) com registro eletrônico de ponto						
11.2) com horários fixos de entrada e de saída						
11.3) por turnos ou escala						

12) Com relação às suas férias e descanso semanal, você: (pode marcar mais de uma alternativa)

- ( ) Usufriui anualmente de trinta dias ou mais de férias  
( ) Divide suas férias em duas ou três vezes  
( ) Costuma vender parte de suas férias  
( ) Tem outro trabalho durante suas férias  
( ) Aproveita suas férias para realmente descansar

13) Com relação ao adicional de insalubridade/periculosidade, penso que:

- ( ) Não recebo e não tenho direito a receber ( ) Recebo o percentual justo  
( ) Não recebo, mas penso que tenho direito a receber ( ) Recebo, mas o percentual é injusto  
( ) Recebo, mas não tenho direito a receber ( ) Não sei opinar

14) Com relação à sua aposentadoria, seu benefício será pago:

- ( ) integralmente  
( ) parcialmente e complementado de alguma previdência privada (como FUNPRESP)  
( ) parcialmente e sem complementos ( ) Não sei informar

15) Você é sindicalizado? ( ) Sim ( ) Não 16.1) Se sim, especifique o sindicato: \_\_\_\_\_

16.2 – Com que frequência participa das atividades sindicais?

- ( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Algumas vezes ( ) Muitas vezes ( ) Todo o tempo ( ) Não se aplica.

16) O seu salário é composto normalmente por (pode marcar mais de uma alternativa):

- ( ) salário fixo ( ) horas extraordinárias  
( ) comissão por desempenho ou produção fixa ( ) participação em lucro  
( ) Benefícios pagos em dinheiro ( ) apenas de acordo com sua produção

17) Quanto você ganha por mês (salário bruto/total):

- ( ) menos de R\$ 1.500,00 ( ) de R\$ 8.000,00 a R\$ 11.000,00  
( ) de R\$ 1501,00 a R\$ 3.000,00 ( ) de R\$ 11.001,00 a R\$ 15.000,00  
( ) de R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00 ( ) de R\$ 15.001,00 a R\$ 20.000,00  
( ) de R\$ 5.001 a R\$ 8.000,00 ( ) acima de R\$ 20.000,00

18) O que você ganha é:

- ( ) a única renda de sua família ( ) aproximadamente a metade da renda familiar  
( ) quase a totalidade da renda familiar ( ) uma parcela pequena da renda da família

19) Você tem outra atividade profissional (fora da UFMG)? ( ) Sim ( ) Não

4.1) Se sim, especifique qual: \_\_\_\_\_

4.2) Se sim, ela é remunerada? ( ) Sim ( ) Não

4.3) Se sim, quantas horas de trabalho por semana essa outra atividade profissional lhe exige?

- ( ) 20 horas semanais ( ) Outras. **Especifique:** \_\_\_\_\_ horas semanais  
( ) 30 horas semanais ( ) Não se aplica  
( ) 40 horas semanais

## Condições de trabalho: físicas e materiais

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

Quanto você está exposto às condições de trabalho abaixo?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
1) Vibrações provocadas por instrumentos manuais, máquinas, etc.						
2) Ruídos fortes que obrigam você a levantar a voz para falar com as pessoas						
3) Calor desconfortável						
4) Exposição prolongada ao sol						
5) Frio desconfortável						
6) Mudança brusca de temperatura						
7) Umidade excessiva						
8) Falta de ventilação (p. ex., ambiente sem janela)						
9) Ventilação inadequada (p. ex., mau cheiro, ventilação contaminada, etc.)						
10) Fumaça (p. ex., de soldas, de canos de escape e de caldeira), pó (p.ex., de giz, de algodão/tecido e de madeira) ou poeiras (p. ex., de cimento, de terra e fuligem)						
11) Inalação de vapores (p. ex., de solventes, de diluentes, de inseticidas e/ou de material de limpeza)						
12) Manuseio ou contato da pele com produtos ou substâncias químicas (p. ex., tinta de pincel atômico, produtos de laboratório, solventes e/ou material de limpeza)						
13) Contato com pessoas com doenças infectocontagiosas						
14) Manuseio ou contato direto com materiais que podem transmitir doenças infecciosas (p. ex., lixo, dejetos, sangue, fluidos corporais e/ou materiais de laboratório)						
15) Radiações, raio x, radioatividade, luz de soldadura, raios laser						
16) Fumaça de cigarro de outras pessoas						
17) Iluminação insuficiente						
18) Iluminação excessiva						
19) Riscos de acidentes físicos (p. ex., desabamentos, quedas de materiais, etc.)						
20) Riscos de acidentes com ferramentas, instrumentos e maquinários						
21) Falta de higiene no ambiente de trabalho (p. ex., sala de trabalho e/ou áreas comuns)						
22) Uso de instalações inapropriadas para suas necessidades orgânicas						
23) Riscos de pequenos acidentes de trabalho						
24) Riscos de acidentes de trabalho incapacitantes ou fatais						
25) Riscos de acidentes no trânsito durante o desenvolvimento da atividade						
26) Posições dolorosas ou fatigantes						
27) Levantar ou deslocar pessoas						
28) Transportar ou deslocar cargas pesadas						
29) Operar máquinas e ferramentas que exigem de você acentuado esforço físico						
30) Usar máquinas, equipamentos e/ou ferramentas com defeitos						
31) Ficar em pé ou andar por longos períodos						

Quanto você está exposto às condições de trabalho abaixo?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
32) Repetir movimentos com a mão ou o braço						
33) Repetir movimentos em intervalos menores que um minuto						
34) Repetir movimentos em intervalos menores que dez minutos						
35) Manter membros superiores suspensos por longos intervalos de tempo						
36) Trabalhar em casa, desempenhando suas atividades profissionais						
37) Trabalhar em outros locais que não sejam a sua casa ou instalações da organização/instituição p. ex., nas instalações de clientes ou usuários e/ou em viagem)						
38) Estar em contato direto com público externo p. ex., clientes, pacientes, familiares ou fornecedores)						
39) Estar em contato direto com público interno, ex., alunos, professores, funcionários						
40) Trabalhar com computadores, rede de dados, servidor, atividades referentes ao trabalho						
41) Trabalhar com internet, e-mail, redes sociais para fins profissionais.						
42) Usar telefonia celular e aplicativos como what's app para realizar comunicações necessárias ao trabalho						
43) Falta de material necessário para a realização de suas tarefas						
44) Falta de equipamentos/ferramentas adequadas						
45) Trabalhar com colegas e/ou atendendo o público interno e/ou o externo em espaço insuficiente.						
46) Precisar do uso de EPIs (equipamentos de proteção individual) nas suas atividades						
47) Poder contar com o fornecimento de EPIs (equipamentos de proteção individual) pela organização						

## Condições de trabalho: processos e características de trabalho

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

1) O horário de seu trabalho é ...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
1.1) definido pela organização/instituição sem possibilidade de alteração.						
1.2) adaptado por você.						
1.3) inteiramente determinado por você.						
1.4) influenciado pelas demandas do usuário.						
1.5) combinado com chefia/superiores/colegas.						
1.6) alterado pela chefia/superiores.						
2) O seu trabalho implica ...						
2.1) ritmo acelerado.						
2.2) prazos rígidos e curtos.						

(Continuação) <b>2) O seu trabalho implica ...</b>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
2.3) prazos incompatíveis com a realização da tarefa.						
2.4) incompatibilidades entre demanda(s) e seu horário de trabalho (entrada, intervalo e saída).						
2.5) incompatibilidade entre demanda(s) e número de pessoas no setor de trabalho.						
2.6) realizar atividades além das atribuições previstas para seu cargo/função.						
2.7) o preenchimento de formulário com detalhes que você desconhece a necessidade.						
2.8) cumprimento de sequências de tarefas e normas com detalhes cujas finalidades não se explicam.						
2.9) acompanhar longos trâmites administrativos-burocráticos.						
<b>3) Seu trabalho depende ...</b>						
3.1) do trabalho dos seus colegas e/ou outros setores.						
3.2) das demandas do público interno e/ou externo.						
3.3) da velocidade automática de uma máquina.						
3.4) do controle direto da chefia/superiores.						
3.5) de aprender coisas novas.						
<b>4) O seu trabalho lhe exige ...</b>						
4.1) cumprir normas administrativas.						
4.2) cumprir procedimentos operacionais padronizados.						
4.3) cumprir normas de segurança.						
4.4) cumprir metas de produção e/ou desempenho.						
4.5) resolver problemas por você mesmo.						
4.6) lidar com normas e/ou legislações conflitantes.						
4.7) realizar tarefas monótonas.						
4.8) realizar tarefas complexas.						
4.9) interromper uma tarefa para realizar outra(s).						
4.10) atender telefonemas e/ou responder mensagens por e-mail ou outras mídias.						
<b>5) Você pode escolher ou modificar...</b>						
5.1) a sequência das suas tarefas.						
5.2) seus métodos de trabalho (ou modos de realizar o trabalho).						
5.3) o ritmo da realização das tarefas.						
<b>6) Na execução de suas atividades de trabalho, você...</b>						
6.1) recebe ajuda de colegas.						
6.2) recebe ajuda dos seus chefes/superiores.						
6.3) pode receber ajuda externa à organização/instituição.						
6.4) faz pausa quando deseja.						
6.5) pode planejar e/ou negociar o tempo necessário para terminar seu trabalho.						
6.6) é livre para decidir quando tira férias ou dias de folga						

(Continuação)	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
<b>6) Na execução de suas atividades de trabalho, você...</b>						
6.7) tem oportunidades para realizar o que sabe fazer melhor						
6.8) pode fazer um trabalho bem feito nas condições de trabalho atuais						
6.9) pode pôr em prática as suas ideias						
6.10) é desafiado intelectualmente no seu trabalho						
6.11) é orientado a apresentar certas emoções						
6.12) deve regular e/ou controlar suas emoções						
6.13) preenche formulários que se sobrepõem ou se repetem						
6.14) preenche formulários com vários itens desnecessários						
<b>7) O que você faz é definido...</b>						
7.1) em manuais, regimentos, normas e/ou protocolos						
7.2) por seu chefe/superior sozinho ou por instância colegiada superior a você						
7.3) pela equipe de trabalho						
7.4) por você, planejando independentemente						
<b>8) Suas atividades e funções exigem...</b>						
8.1) qualificações e experiências que você já tem						
8.2) domínio de novos processos de trabalho						
8.3) uso de programas de informática (em rede interna/externa ou não)						
8.4) uso de internet para execução do trabalho (p. ex., busca de informações/conteúdos)						
8.5) uso de novos meios de comunicação (p. ex., videoconferência, redes sociais)						
8.6) manter-se atualizados (p. ex., participar de congressos, realizar leituras e/ou estudar)						
8.7) formação suplementar (como titulações e outros cursos) além do que você já tem						
<b>9) Quanto às suas responsabilidades você responde...</b>						
9.1) por danos a equipamentos, máquinas e objetos						
9.2) pela qualidade dos serviços prestados às pessoas e/ou produtos técnicos						
9.3) por erros técnicos no desenvolvimento de seu trabalho						
9.4) pela aplicação e/ou prestação de contas de recursos públicos						
9.5) pela captação de recursos públicos ou privados						
9.6) pela guarda e preservação de documentos impressos e/ou digitais						
9.7) pelo recebimento e conferência de documentos, insumos e/ou materiais						
9.8) pelo preenchimento de formulários e registro de informações						
<b>10) Quanto à concepção do seu trabalho, você pode afirmar que seu setor:</b>						
10.1) O bom planejamento das atividades facilita sua execução com qualidade.						
10.2) Os objetivos maiores da universidade guia o estabelecimento adequado de prioridade.						
10.3) Todos estão seguros da relevância dos objetivos de cada atividade.						

(Continuação) 10) Quanto à concepção do seu trabalho, você pode afirmar que seu setor:	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
10.4) As tarefas sempre envolvem aspectos que não se sabe o que os justificaria.						
10.5) É evidente a necessidade de melhor organização e racionalização.						
10.6) Ocorre “retrabalho” por equívocos de organização e planejamento.						
10.7) O ritmo e/ou a morosidade das decisões dificultam a consecução dos objetivos de trabalho.						
10.8) Todos têm clareza dos objetivos do que fazem.						

### Condições de trabalho: ambiente sociogerencial

Utilizando a seguinte escala, de ‘Nunca’ a ‘Todo o tempo’, responda cada item, marcando com X:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
<b>1) Na sua organização/instituição o investimento em capacitação pessoal é em forma de...</b>						
1.1) liberação sem suspensão de salário.						
1.2) liberação com suspensão do seu salário.						
1.3) aumento salarial por capacitação.						
1.4) custeio total ou parcial (p. ex. bolsas, auxílios, isenções de taxas ou mensalidades).						
1.5) oferta de cursos, treinamentos e/ou palestras.						
<b>2) Desde que está nesta organização/instituição, você realizou/participou de...</b>						
2.1) formação (p. ex., graduação, especialização, mestrado).						
2.2) treinamento introdutório.						
2.3) treinamento de atualização/reciclagem.						
2.4) programa de tutorização.						
2.5) eventos e/ou congressos.						
2.6) ações de autoaprendizagem, atualizações etc..						
<b>3) Na sua organização/instituição o plano de carreira...</b>						
3.1) é aplicado adequadamente.						
3.2) estimula seu desempenho.						
3.3) aumenta sua dedicação.						
3.4) fortalece sua permanência.						
<b>4) Você...</b>						
4.1) influencia a escolha dos seus colegas de trabalho.						
4.2) participa da escolha dos seus chefes/superiores.						

(Continuação) <b>4) Você...</b>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
4.3) mantém um diálogo de qualidade com o seu chefe/superior acerca do seu trabalho.						
4.4) participa do planejamento de mudanças na organização do trabalho e/ou nas suas condições de trabalho.						
4.5) observa que a qualidade das decisões melhoram e se incorporam melhor, quando são discutidas nos colegiados e outras instâncias.						
4.6) observa que os conflitos são bem administrados.						
4.7) observa conflitos na aplicação das normas e/ou regimentos.						
4.8) observa conflitos na forma de aplicação de direitos informais (direitos adquiridos pelo costume).						
4.9) tem seu desempenho avaliado.						
4.10) recebe feedback (retorno) sobre seu desempenho.						
4.11) é orientado sobre os riscos de acidentes no trabalho.						
4.12) é orientado sobre os riscos de adoecimento decorrente do trabalho.						
4.13) é respeitado nas suas necessidades de tratamento de saúde.						
4.14) é pressionado a trabalhar além de suas condições de saúde.						
4.15) é respeitado na necessidade de afastamento por problemas de saúde.						
<b>5) Em seu trabalho, você está exposto a:</b>						
5.1) pressão por decisões rápidas.						
5.2) dificuldades de aquisição/solicitação do material necessário para a realização de suas tarefas.						
5.3) dificuldades de aquisição e atualização de equipamentos, aparelhos e/ softwares necessários a realização de suas atribuições.						
5.4) dificuldades para consertos e ajustes nas instalações utilizadas.						
5.4) exigências desproporcionais às condições de trabalho.						
5.5) conflitos com colegas de trabalho.						
5.6) conflitos com superiores/chefias.						
5.7) exigências conflitantes com seus princípios e valores.						
5.8) realizar tarefas diferentes das suas atribuições.						
5.9) sobrecarga de tarefas.						
5.10) realizar tarefas conflitivas ou contraditórias.						
5.11) ficar sem fazer nada.						
5.12) assumir responsabilidade por aplicar punições ou sanções.						
<b>6) No último ano, você observou no seu ambiente de trabalho...</b>						
6.1) agressões verbais.						
6.2) situações de constrangimento.						
6.3) ameaça de transferência e/ou remoção de setor.						
6.4) transferência e/ou remoção de setor de maneira arbitrária (sem motivo justo).						

(Continuação) <b>6) No último ano, você observou no seu ambiente de trabalho...</b>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Todo o tempo	Não se aplica
6.5) designações para locais ou atividades incompatíveis com o cargo ou função.						
6.6) ameaças de violência física.						
6.7) violência física.						
6.8) intimidações / perseguição.						
6.9) elogios inadequados e/ou inapropriados.						
6.10) assédio moral.						
6.11) discriminação de sexo (homem x mulher).						
6.12) insinuações de natureza sexual.						
6.13) assédio sexual.						
<b>7) No último ano, você observou no seu ambiente de trabalho insinuações relacionadas...</b>						
7.1) à idade.						
7.2) à nacionalidade, regiões e/ou microrregiões.						
7.3) ao setor e/ou atividade de trabalho.						
7.4) aos aspectos raciais.						
7.5) à classe social.						
7.6) à religião.						
7.7) ao vínculo empregatício.						
7.8) aos posicionamentos políticos.						
7.9) às características pessoais (p. ex., peso, altura).						
7.10) às deficiências físicas e mentais.						
7.11) às preferências/orientações/identidades sexuais.						
7.12) à história pessoal (p. ex., prostituição, ex-presidiários, portadores de doenças contagiosas ou crônicas).						
<b>8) No último ano, você observou no seu ambiente de trabalho exclusão e/ou diminuição de oportunidades relacionadas...</b>						
8.1) à idade.						
8.2) à nacionalidade, regiões e/ou microrregiões.						
8.3) ao setor e/ou atividade de trabalho.						
8.4) aos aspectos raciais.						
8.5) à classe social.						
8.6) à religião.						
8.7) ao vínculo empregatício.						
8.8) aos posicionamentos políticos.						
8.9) às características pessoais (p. ex., peso, altura).						
8.10) às deficiências físicas e mentais.						
8.11) às preferências/orientações/identidades sexuais.						
8.12) à história pessoal (p. ex., prostituição, ex-presidiários, portadores de doenças contagiosas ou crônicas).						

## AVALIAÇÃO DE ESTRESSE NO TRABALHO

		Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Não concordo e nem discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
1	Eu me sinto constantemente pressionado para fazer muito trabalho em pouco tempo					
2	Constantemente interrompem e atrapalham meu trabalho					
3	Eu tenho muitas responsabilidades no meu trabalho					
4	Eu sou pressionado com frequência a trabalhar além do horário					
5	Meu trabalho exige esforço físico					
6	Nos últimos anos, meu trabalho tem se tornado cada vez mais exigente					
7	Eu tenho o respeito que mereço dos meus superiores					
8	Eu recebo o respeito que mereço dos meus colegas					
9	Eu recebo apoio adequado em situações difíceis					
10	Eu sou tratado injustamente no trabalho					
11	Minhas perspectivas de promoção no trabalho são poucas					
12	Aconteceu ou está para acontecer uma mudança indesejável na minha situação de trabalho					
13	Minha garantia no emprego é pequena					
14	Minha posição atual no trabalho reflete adequadamente meu nível educacional e meu treinamento					
15	Considerando todos os meus esforços e realizações, eu recebo o respeito e o prestígio que mereço no trabalho					
16	Considerando todos os meus esforços e realizações, minhas perspectivas de trabalho são adequadas					
17	Considerando todos os meus esforços e realizações, meu salário/renda é adequado.					

		Concordo fortemente	Concordo em parte	Discordo em partes	Discordo fortemente
1	Eu fico facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço				
2	Eu começo a pensar nos problemas de trabalho logo que acordo de manhã				
3	Quando chego em casa, eu consigo relaxar e desligar-me do trabalho com facilidade				
4	As pessoas próximas de mim dizem que eu me sacrifico demais pelo meu trabalho				
5	O trabalho raramente me deixa. Ele ainda está na minha cabeça quando eu vou para a cama				
6	Se eu adiar alguma coisa que deveria ter feito, terei dificuldades para dormir à noite				

**OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO**

**ANEXO**

**APROVAÇÃO PROJETO DE PESQUISA**

Projeto: CAAE – 67413417.0.0000.5149



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS COMITÊ  
DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Projeto: CAAE – 67413417.0.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Livia de Oliveira Borges  
Depto. Psicologia  
FAFICH- UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 10 de maio de 2017, o projeto de pesquisa intitulado “ **Identificação e análise de condições de trabalho e riscos psicossociais em trabalhadores de uma organização hospitalar**”, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

  
Profa. Dra. Vivian Resende  
Coordenadora do COEP-UFMG