

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA  
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM  
SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR – PPGAT

**LEIRIANE ALVES DE SOUZA**

**GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL E ACREDITAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE (SUS): IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

UBERLÂNDIA/MG  
JUNHO/2020

**LEIRIANE ALVES DE SOUZA**

**GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL E ACREDITAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE (SUS): IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Professora Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo

Coorientadora: Professora Dra. Marisa Aparecida Elias

UBERLÂNDIA/MG  
JUNHO/2020

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S729 Souza, Leiriane Alves de, 1977-  
2020 GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL E ACREDITAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) [recurso eletrônico] : IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR / Leiriane Alves de Souza. - 2020.

Orientadora: Liliane Parreira Tannús Gontijo.  
Coorientadora: Marisa Aparecida Elias.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.757>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Gontijo, Liliane Parreira Tannús, 1962-, (Orient.). II. Elias, Marisa Aparecida, 1968-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. IV. Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador  
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador		
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, número 92, PPGAT.		
Data:	30/06/2020	Hora de início:	10:30
		Hora de encerramento:	13:00
Matrícula do Discente:	11812GST014		
Nome do Discente:	LEIRIANE ALVES DE SOUZA		
Título do Trabalho:	"GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL E ACREDITAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR."		
Área de concentração:	SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR		
Linha de pesquisa:	SAÚDE DO TRABALHADOR		
Projeto de Pesquisa de vinculação:			

Reuniu-se em web conferência pela plataforma RNP, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas - UFSC; Prof. Dr. Álex Moreira Herval - UFU; e Profa. Dra. Liliene Parreira Tannús Gontijo - FOUFU - UFU; orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Profa. Dra. Liliene Parreira Tannús Gontijo, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

[https://www.sei.ufu.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=2381978&infra\\_sistema=100000100&infra\\_unidade\\_atual=110000308&infra...](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=2381978&infra_sistema=100000100&infra_unidade_atual=110000308&infra...) 1/2

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Alex Morreira Herval, Professor(a) do Magistério Superior**, em 11/11/2020, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Liliene Parreira Tannús Gontijo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 01/12/2020, às 17:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sérgio Fernando Torres de Freitas, Usuário Externo**, em 03/02/2021, às 14:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2107721** e o código CRC **2045D414**.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por cumprir todas as suas promessas em minha vida, direcionar as minhas decisões e apontar o caminho reto a ser seguido.

Aos meus familiares, não só por entenderem minha ausência, mas por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus colegas, amigos e professores do mestrado, pelo companheirismo, pela troca e pelo aprendizado, compartilhados. De forma especial, agradeço às queridas Mônica, Elinausa, Elcilene e Rosana que com companheirismo e amizade me ajudaram a trilhar essa difícil jornada.

Aos meus colegas de trabalho, pela amizade e por toda ajuda e parceria diárias, principalmente no importante compromisso de humanização e qualificação da assistência, buscando de forma incessante a excelência dos serviços prestados no âmbito da saúde pública.

Aos meus gestores e coordenadores, pelo apoio imprescindível, sem o qual não teria sido possível concluir essa importante etapa acadêmica.

À todos que direta ou indiretamente se dispuseram a participar desse estudo, compartilhando um pouco de suas experiências, seus sentimentos e percepções.

À minha querida orientadora, professora doutora Liliane Parreira Tannús Gontijo, pelo carinho, pela paciência e pela inspiradora coragem de lutar pelo que é justo e correto.

À minha querida coorientadora, professora doutora Marisa Aparecida Elias, pelos preciosos direcionamentos e pela marcante sensibilidade e empatia.

Aos professores doutores Alex Moreira Herval e Sérgio Fernando Torres de Freitas, pelas correções precisas e essenciais para conclusão dessa dissertação, a vocês minha admiração e o meu reconhecimento.

*“Á minha querida filha, que mesmo na saudade  
fez uma madura escolha, resignou-se por mim...  
A você, meu orgulho e amor inabalável...”*

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho, por causa do qual a gente se pôs a caminhar”.

*Paulo Freire*

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), são recentes o reconhecimento e a consequente inclusão de políticas, estratégias e práticas, com ênfase na proteção da saúde dos seus trabalhadores. As práticas vigentes nesse campo são incipientes e frágeis, no que concerne ao estudo das causas do adoecimento do trabalhador, assim como sua análise sociológica por meio dos conceitos da psicodinâmica do trabalho. Os trabalhadores do campo da saúde estão submetidos, usualmente, às condições precárias de trabalho, estresse e aos riscos ocupacionais próprios da profissão. Em adição, houve a introdução de novas exigências da gestão pública, mediante organização social (OS), acompanhadas da implementação dos padrões e da avaliação/certificação de qualidade, em busca de cumprir os requisitos de elegibilidade da Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) para unidades de saúde. Embora, essa última inovação, gere reconhecida melhoria contínua da atenção e qualidade na assistência à saúde dos seus usuários, paradoxalmente, decorre aumento das exigências e sobrecarga de atribuições, com possíveis implicações na saúde de seus trabalhadores. **OBJETIVO:** Avaliar as implicações da gestão de organização social e da acreditação da qualidade na saúde dos trabalhadores de uma unidade do SUS, sob a percepção dos trabalhadores e gestores. **METODOLOGIA:** Estudo de abordagem qualitativa, com suporte da análise temática de conteúdo. Desenvolvido em uma unidade de saúde mista (atenção básica; ambulatórios especializados; e urgência e emergência), da rede SUS municipal, administrada por OS e inserida na avaliação/certificação de qualidade ONA. Utilizou-se as técnicas de grupo focal (GF) e entrevista individual (EI), selecionou-se 38 participantes sendo: 30 profissionais de saúde da assistência (escolaridade superior), 14 (GF) e 16 (EI) e 8 gestores (EI), por amostragem intencional. **RESULTADOS:** Trabalhadores e gestores legitimam a Acreditação, uma vez que promove qualificação, com melhorias contínuas nos processos de trabalho e na assistência à saúde. Entretanto, trabalhadores consideram, agravantes à sua saúde e bem-estar, os episódios de sobrecarga de atribuições e elevadas exigências de metas/indicadores compulsórios (semiparticipativos), somadas a excessivos registros documentais, em detrimento da atenção ao usuário. Em contraponto, gestores reconhecem o cumprimento das exigências de produtividade e metas (pelo trabalhador), inerentes ao duo - ‘compromisso e responsabilidade’ com o trabalho. Não reconhecem a presença de sobrecarga de atribuições, estresse e decorrente adoecimento do trabalhador, resultantes dos padrões de qualidade da acreditação. Refletem a ‘Acreditação’, exclusivamente, pelos seus benefícios, desconsiderando seu ônus no desenvolvimento e/ou agravamento de condições de saúde, sejam elas ocupacionais ou não.

Ainda, na visão dos mesmos, a ‘Gestão OS’ transfere lucratividade à gestão municipal e favorece a saúde da população, além de ganhos na transparência e controle público. Já os trabalhadores, consideram que o vínculo celetista e a ausência de progressão na carreira conduzem a insegurança, ao receio de desligamento laboral, à baixa perspectiva de valorização, insatisfação profissional e adoecimento. Essa problemática, é acirrada por uma educação na saúde esporádica e fragmentada, inadequações estruturais e de ambiência. Em adição, observou-se pressões causadas por alta e exigente demanda assistencial dos usuários e gestores e decorrente uso de medicação pelos trabalhadores. Esses fatores agregados, resultam em um profissional tensionado e desmotivado, com graves implicações em sua saúde (física e psíquica). Gestores e trabalhadores indicam fatores protetivos à saúde dos trabalhadores e destacam a ampliação de benefícios, a implementação de capacitações continuadas para formação de líderes e preparação das equipes para os processos de qualidade. Trabalhadores apontam progressão na carreira e estabilidade no labor; o desenvolvimento da resiliência e resistência; a união entre pares; o bom relacionamento interpessoal e entre equipes; as relações familiares e de amizade; rotina de exercícios físicos; implementação de planos de ação, voltados para o relaxamento/alongamento, a descontração e apoio emocional, para equilibrar os efeitos desgastantes do trabalho. CONCLUSÃO: A gestão OS, com destaque para a avaliação de qualidade ONA adotada, traz consigo exigências de metas, normas e seguimento de protocolos, gerando sobrecarga de atribuições e ampliação do trabalho clínico assistencial e de responsabilidades no registro documental de procedimentos, nem sempre compatíveis com as condições estruturais, físicas e psicossociais concedidas, gerando adoecimento dos seus trabalhadores. Em contraponto, resultam em benefícios para os usuários e boas práticas de organização dos processos de trabalho. Os resultados indicam necessidade de valorização, progressão e estabilidade laboral do trabalhador, criação de espaços para negociação e ajustes de metas e normas, mediação de conflitos, formação de grupos e estratégias de compartilhamento (de percepções e sentimentos) e apoio psicológico aos trabalhadores. A concordância de gestores, diante da ampliação de ações promocionais à saúde e preventivas de doenças e agravos dos trabalhadores, mesmo conflitantes aos efeitos deletérios da ‘acreditação’ e da gestão OS, no adoecimento dos mesmos, pode indicar abertura para introdução de processos de horizontalização e simetria nas relações de trabalho, promotores de espaços de negociação democráticos, essenciais para tomadas de decisão equânimes, coparticipativas e efetivas na proteção à saúde do trabalhador.

**Palavras chave:** Saúde do trabalhador. Política de Saúde. Gestão em Saúde. Acreditação.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In the context of the Unified Health System (SUS), the recognition and consequent inclusion of policies, strategies and practices are recent, with an emphasis on protecting the occupational health. The practices in force in this field are incipient and fragile, with regard to the study of the causes of the illness of the worker, as well as their sociological analysis through the concepts of psychodynamics of work. Health care workers are usually subjected to precarious working conditions, stress and occupational risks typical of the profession. In addition, there was the introduction of new public management requirements, through social organization (OS), accompanied by the implementation of standards and of the quality evaluation/certification, seeking the fulfillment of the eligibility requirements of the Organization's 'Accreditation' National Accreditation (ONA) for health units. Although this latest innovation generates a recognized continuous improvement in care and quality in the health care of its users, paradoxically, it results in increased demands and overload of duties, with possible implications for the occupational health. **OBJECTIVE:** To evaluate the implications of management of social organization and 'quality accreditation' on the occupational health at a SUS unit, under the perception of workers and managers. **METHODOLOGY:** Qualitative study, supported by thematic content analysis. Developed in a mixed health unit (basic attention; specialized ambulatories; e urgency and emergency), of the municipal SUS network, administered by OS and inserted in the evaluation/certification of quality ONA. The techniques of focus group (FG) and individual interview (EI) were used, 38 participants were selected, being: 30 health care professionals (higher education degree), 14 (GF) and 16 (EI) and 8 managers (EI), by intentional sampling. **RESULTS:** Workers and managers legitimize 'Accreditation', as it promotes qualification, with continuous improvements in work processes and health care. However, workers consider, aggravating their health and well-being, the episodes of overload of assignments and high requirements of mandatory targets/indicators (semi-participatory), added to excessive documentary records, to the detriment of attention to the user. In contrast, managers recognize the fulfillment of productivity requirements and goals (by the worker), inherent to the duo - 'commitment and responsibility' with work. They do not recognize the presence of overload of duties, stress and the resulting illness of the worker, resulting from the quality standards of accreditation. They reflect 'Accreditation' exclusively for its benefits, disregarding its burden on the development and / or worsening of health conditions, whether they are occupational or not. Still, in their view, 'OS Management' transfers profitability to municipal management and favors the health

of the population, in addition to gains in transparency and public control. The workers, on the other hand, consider that the employment relationship and the absence of career progression lead to insecurity, fear of dismissal from work, low prospect of appreciation, professional dissatisfaction and illness. This problem is compounded by sporadic and fragmented health education, structural and ambience inadequacies. In addition, there were pressures caused by high and exigent care demand from users and managers and the resulting use of medication by workers. These aggregate factors result in a stressed and unmotivated professional, with serious implications on his health (physical and mental). Managers and workers indicate protective factors for workers' health and highlight the expansion of benefits, the implementation of continued training for the formation of leaders and the preparation of teams for quality processes. Workers point to career progression and job stability; the development of resilience and resistance; the union between pairs; good interpersonal and team relationships; family and friendship relationships; physical exercise routine; implementation of action plans, aimed at relaxation/stretching, relaxation and psychological support, to balance the stressful effects of work. CONCLUSION: The OS management, with emphasis on the adopted ONA quality assessment, brings with it requirements for goals, standards and protocol follow-up, creating overload of attributions and expansion of clinical care work and responsibilities in documenting procedures, which are not always compatible with the structural, physical and psychosocial conditions granted, causing illness of its workers. In contrast, they result in benefits for users and good practices in organizing work processes. The results indicate the need for valorization, progression and work stability of the worker, creation of spaces for negotiation and adjustment of goals and norms, conflict mediation, formation of groups and sharing strategies (of perceptions and feelings) and psychological support to workers. The agreement of managers, in view of the expansion of health promotion and preventive actions for workers' diseases and conditions, even if they conflict with the deleterious effects of 'accreditation' and OS management, in their illness, may indicate openness to introduce horizontalization processes and symmetry in labor relations, promoting democratic negotiation spaces, essential for equitable, co-participating and effective decision-making in protecting workers' health.

**Keywords:** Occupational Health; Health Policy; Health Management; Accreditation.

## LISTA DE SIGLAS

ADI	Ação direta de inconstitucionalidade
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSC	<i>Balanced Score</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de ética na pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhista
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IAC	Instituição acreditadora credenciada
IES	Instituto de Ensino Superior
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
JBÍ	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MBA	<i>Master in Business Administration</i>
MS	Ministério da Saúde
OGP	<i>Open Government Partnership</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da sociedade civil de interesse público
PCCS	Plano de cargos, carreiras e salários
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho e do Estado
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente na Saúde
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPP	Parceria público-privada
RNAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde
SPDM	Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina
SRQR	<i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>
STF	Superior Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade básica de saúde
UBSF	Unidade básica de saúde da família
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
USP	Universidade de São Paulo
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	22
2.1 Objetivo geral.....	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	23
3.1 Contexto da criação das organizações sociais.....	23
3.2 Modelos de Gestão no SUS.....	26
3.3 Gestão da Qualidade: Acreditação dos serviços de Saúde.....	28
3.4 Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS.....	31
3.5 Implicações do trabalho no processo saúde-doença.....	33
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	36
4.1 Ética e Protocolo.....	36
4.2 Tipo de estudo.....	37
4.3 Contexto da Pesquisa.....	37
4.4 Participantes do estudo.....	38
4.5 Método e Instrumentos de coletas de dados.....	41
4.6 Análise de dados.....	44
<b>5 RESULTADOS</b> .....	45
5.1 Tema 1- Gestão OS: Vínculo laboral celetista e metas/indicadores.....	47
5.2 Tema 2- Gestão OS: Potencialidades e fragilidades.....	49
5.3 Tema 3- Gestão OS: Educação na saúde (capacitação profissional) .....	53
5.4 Tema 4- Gestão OS: Saúde do trabalhador/adoecimento físico e mental.....	55
5.5 Tema 5- Gestão OS: Acreditação da Qualidade ONA .....	59
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	65
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	75
<b>APÊNDICES</b> .....	87
Apêndice A – Declaração da Instituição Coparticipante.....	87

Apêndice B – Roteiro para Grupo focal.....	88
Apêndice C – Roteiro para Entrevista individual.....	89
Apêndice D – Roteiro para Entrevista com gestores.....	90
Apêndice E – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
<b>ANEXOS.....</b>	<b>95</b>
Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	95
Anexo B - <i>Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)</i> .....	105
Anexo C - <i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)</i> .....	107
Anexo D - <i>JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research</i> .....	108

## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de Mestrado é resultado da concretização de um projeto de pesquisa, desenvolvido em uma unidade de saúde mista, onde atuo, mestranda-pesquisadora. Entretanto, antes de introduzi-la, apresento breve exposição do meu caminho percorrido, em vinte anos de experiência profissional.

Assim, em dezembro de 2000, me graduei em Odontologia, pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), em Minas Gerais, e, já nessa época, possuía clareza sobre a opção pela clínica geral, pois tornou-se insuficiente, para mim, atuar somente em uma especialidade odontológica. Nesse sentido, dirigir minha formação para cirurgiã-dentista generalista não tem relação com incertezas sobre a especialidade a escolher, em contraposição evidenciou-se uma escolha consciente, apaixonada e de reconhecimento pela proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa sequência, decidi traçar um plano de carreira que culminaria na atuação exclusiva na saúde coletiva, na função de cirurgiã-dentista da assistência odontológica.

O tempo transcorrido, até a realização desse propósito, foi de aproximadamente dez anos, nos quais atuei, inicialmente, em clínicas da rede privada. Em 2010, mediante processo seletivo, demarcou-se o início da minha carreira no campo da saúde pública, em uma Organização Social (OS) Missão Sal da Terra, uma das gestoras das unidades da Rede SUS, em Uberlândia. Posteriormente, em 2014, ingressei, mediante processo similar, para a Fundação Saúde do Município de Uberlândia (FUNDASUS), agora extinta, com sub-rogação de seus trabalhadores para a Associação Paulista pelo Desenvolvimento da Medicina (SPDM), também representante de OS, atuante nesse município. Assim, em 2015, passei a atuar exclusivamente, com carga horária contratual integral, na Rede SUS municipal.

Logo, pela Missão Sal da Terra, atuo como cirurgiã-dentista no âmbito da atenção básica, em uma unidade de saúde de caráter de atenção mista, denominada Unidade de Atendimento Integrado (UAI), 'Acreditada' pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), mediante avaliação do Instituto Qualisa de Gestão (IQG). Já pela FUNDASUS, tive oportunidade de atuar, primeiramente, no 'Container Odontológico', inserido no Programa Saúde na Escola, instalado em uma escola municipal, sob supervisão da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), para em seguida ingressar em Unidade Básica da Estratégia de Saúde da Família (UBSF), na função de cirurgiã-dentista da estratégia de saúde da família. E nos dias de hoje, atuo pela SPDM, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), como cirurgiã-dentista da atenção básica.

Saliento a importância da minha experiência profissional na UAI São Jorge, do bairro Laranjeiras, pois foi a partir da mesma que houve o despertar para os campos da gestão e da avaliação/acreditação da qualidade em saúde. E esses foram os fatores preponderantes para a escolha do tema do meu projeto de pesquisa.

A referida UAI, recebeu em outubro de 2010, a certificação ‘Acreditada nível 1’, na modalidade “Serviços de Pronto Atendimento”, sendo que meu ingresso, se deu nesse mesmo ano. Portanto, iniciei minha carreira na saúde coletiva, em uma unidade que estava se preparando para essa certificação, mediante capacitações de suas equipes. O objetivo era inserir padrões, normas, protocolos e fluxogramas, reorganizar processos de trabalho e do espaço físico, com o intuito de oferecer qualidade nos atendimentos e segurança ao paciente e ao trabalhador. Em adição, tinha como propósito a implementação do gerenciamento de risco e dos procedimentos operacionais padrão, dentre outras finalidades afins.

Vivenciar processos e o percurso supramencionado, determinou a profissional de saúde que me transformei e direcionou a tomada de decisão pessoal-profissional. O conhecimento da saúde coletiva, com relações humanizadas e atenção qualificada, impulsionou-me a buscar o aprimoramento dos meus conhecimentos, intentando melhor servir aos meus pacientes e contribuir para o desenvolvimento das equipes e das unidades de saúde, as quais me integro.

Desta forma, em 2014, ingressei na *Master in Business Administration* (MBA) em Gestão em Saúde, pela Universidade de São Paulo (USP). Em 2016, apresentei meu Trabalho de Conclusão de Curso, com o tema: ‘Gestão da Qualidade: ferramentas utilizadas no processo da Acreditação no Brasil’, com a finalidade de analisar as evidências disponíveis na literatura sobre as ferramentas utilizadas no processo de gestão da qualidade, no contexto da ‘Acreditação Hospitalar’ brasileira. Constituiu-se em experiência excepcional, na qual apreendi sobre vários temas que envolvem a complexa gestão em saúde, nas esferas pública e privada e, mediante casuística, conheci relatos práticos e experiências exitosas nesse campo.

Após a conclusão desse curso, acumulando seis anos de experiência no serviço público, senti-me impulsionada em retornar para os estudos na universidade, tendo em vista aprofundá-los em saúde coletiva, com ênfase no trabalhador e sua saúde. Nesse sentido, em 2018, ingressei no Programa de Pós-Graduação (Mestrado Profissional) em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da UFU.

Cursar o mestrado profissional trouxe para mim uma compreensão ampla dos processos que envolvem o adoecimento dos trabalhadores, suas causas e consequências, assim

como sua relação com o ambiente e as condições de trabalho. E essas percepções somadas a minha vivência profissional, já marcada pelo desgaste decorrente das minhas atribuições técnicas e burocráticas, também relacionadas ao aumento da demanda assistencial e aos processos contínuos de implementação da acreditação, convergiram para a escolha do tema desse estudo.

Enfim, essa dissertação somente se tornou possível porque os participantes do estudo, trabalhadores e gestores, se dispuseram, de forma sincera e corajosa, a compartilhar seus sentimentos e percepções, a respeito de sua rotina de trabalho. Por outro lado, o nosso papel foi de identificar, conhecer, compreender e analisar os processos de trabalho correlacionados ao nosso labor diário e implicados com nossa saúde e adoecimento. Todavia, por vezes, não estamos cientes, não reconhecemos e, por conseguinte não priorizamos a devida relevância, origem e consequências da tríade trabalho-saúde-adoecimento.

## 1 INTRODUÇÃO

O setor da saúde se mostra bastante complexo, no que diz respeito a sua gestão, organização, fundamentação, investimentos, qualificação profissional, entre outros fatores, nas esferas pública e privada. E, essas características, fazem com que o estudo das instituições e serviços de saúde se tornem dificultosos, mas imprescindíveis. Nesse contexto, inclui-se além da necessidade de ampliar o conhecimento sobre suas particularidades, visando a melhoria contínua da atenção, entender os processos de trabalho que determinam questões pertinentes a saúde e o decorrente adoecimento dos trabalhadores, que efetivamente operacionalizam todo esse sistema. (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; SOUZA, 2016).

A saúde do trabalhador do SUS tem, em âmbito nacional, o Ministério da Saúde (MS) como gestor. Em 2003, criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), propondo desenvolver soluções aos desafios e problemas nessa área. A seguir, em 2004, definiu-se estratégias e políticas intersetoriais para o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). E ainda, como marco da normatização da assistência aos trabalhadores e trabalhadoras, em 2012, foi homologada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), com o objetivo de desenvolver “a atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos”. Destarte, não se pode negligenciar o debate sobre essa questão, pois a atenção à saúde do trabalhador, apesar de ser objeto de lei no país, ainda é incipiente em sua efetivação, bem como na análise entre os processos de trabalho e o binômio saúde/doença (BRASIL, 2004a; 2012; MAGNAGO et al, 2017)

Nesse contexto, encontram-se o trabalhador da saúde e toda a sua vulnerabilidade diante do ambiente e das condições de trabalho, incluindo o estresse e os riscos ocupacionais que implicam na sua efetividade e no desempenho das suas funções. Inclusive, com o conseqüente desenvolvimento de doenças ocupacionais, definidas pela Lei 8213/91, no artigo 20, como aquelas desencadeadas ou “pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social” (doenças profissionais) ou “em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente” (doenças do trabalho) (BRASIL, 1991).

Assim, as instituições de saúde precisam voltar o seu olhar e ações, também, para os profissionais que operacionalizam o cuidado e para suas condições no campo da saúde, pois são eles também os responsáveis pela qualificação da assistência e conseqüente potencialização dos

resultados, almejada pelos gestores, a partir da implantação de políticas de qualidade (PEDROSO; PILATTI, 2010; JORGE; CARVALHO; MEDEIROS, 2013).

E nessa busca pela excelência, vários são os programas versando sobre avaliação da qualidade na saúde, dentre eles, destaca-se a certificação para ‘Acreditação’, oferecida pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, desde 1999, por ser a avaliação externa mais comum entre as instituições credenciadas no Brasil, alcançando 80% desse mercado. Essa organização, mediante suas instituições credenciadas, avalia hospitais, ambulatórios, laboratórios, serviços de pronto atendimento, *home care*; e serviços: oncológicos; de medicina hiperbárica; de hemoterapia; nefrologia e terapia renal substitutiva; diagnóstico por imagem; radioterapia e medicina nuclear; odontológicos; processamento de roupas para a saúde; dietoterapia; manipulação; esterilização e reprocessamento de materiais. De acordo com seus padrões pré-estabelecidos, a ONA tem o intuito de tornar seus acreditados em referências de assistência qualificada, mediante ambientes cooperativos organizados e profissionais comprometidos, e essas adequações favorecem a manutenção de uma equipe saudável e eficiente (DITOMASSI, 2012; JORGE; CARVALHO; SALES, 2014; SCHIESARI, 2014; ONA, 2020a).

A partir dessa lógica, torna-se importante salientar que a busca da qualidade na saúde, está relacionada também com a escolha de uma política de gestão que prima pela eficácia em produzir resultados satisfatórios, e que a partir de paradigmas pré-definidos tenta-se otimizar as ações, os recursos materiais e financeiros, com o objetivo de aumentar a produtividade. Entretanto, para que isso ocorra, não se pode desconsiderar o fator humano, isto é, o sujeito que executa o trabalho, precisa estar integrado aos processos de forma equilibrada e saudável. Nessa perspectiva, resgata-se a relevância do trabalho não somente como fonte de sofrimento e angústia, mas também como local de prazer e satisfação. Essa dicotomia coexiste no âmbito do trabalho de forma perene, entretanto, atualmente, o desequilíbrio nas relações trabalhistas e a discrepância entre o que se espera e a realidade, trouxe uma gama de insatisfações aos profissionais que incidem inclusive na sua saúde mental, tornando o labor diário desgastante e não mais prazeroso (GAULEJAC, 2007; ARAÚJO; PALMA; ARAÚJO, 2017; DEJOURS, 2012).

Ademais, os modelos de gestão têm por finalidade demonstrar o modo com que uma instituição define, gere, organiza, padroniza e direciona seus processos, políticas institucionais e normativas. E isso, independente do padrão adotado, está diretamente ligado a “função” e a “forma”, sabendo-se que a primeira define o molde da organização e, a segunda, determina

quais são as tarefas a serem realizadas. Atualmente, as organizações tendem a buscar modelos referenciados mais na função do que na forma (FERREIRA et al, 2010; BARBOSA; COSTA, 2012).

Além disso, vê-se um direcionamento para a competitividade individual que sobrepõe o coletivo e põe em prova a cooperação, que sempre esteve presente nas relações sociais. Sendo assim, o trabalhador tem sido avaliado somente pela sua produtividade e não mais pela sua capacidade de interagir com o outro, contudo, sabe-se que “trabalhar não é apenas produzir, é também conviver”, e isso precisa ser resgatado, pois a convivência, por mais difícil que seja é a base para a construção e consolidação de um ambiente de trabalho tranquilo e saudável (DEJOURS, 2012, p.370).

Posto isso, torna-se premente propostas concretas, fundamentadas na participação do trabalhador que a executa, para uma ressignificação desse contexto, no qual o empregado e o empregador encontrem formas de resgatar a satisfação e a alegria no ambiente corporativo, buscando o equilíbrio entre os fracassos e as vitórias, entre as inseguranças e a confiança em si mesmos. E isso vem, na maioria das vezes, em resposta à motivação e à valorização recebida pelos profissionais, e da necessária dissociação entre o ser que executa a ação e a pessoa que coexiste nele: o indivíduo não pode ser determinado apenas pela sua avaliação profissional, mas também pelo o que é e sente (DEJOURS, 2012).

Assim, faz-se necessário observar se as instituições que se preocupam com a qualificação dos serviços de saúde, sendo elas públicas ou privadas, primam não só pelo desenvolvimento de estratégias que possibilitem a melhoria contínua na assistência, no ambiente e nas condições de trabalho, mas também em processos de trabalho humanizados que contemplam também a subjetividade individual e coletiva dos trabalhadores. Desta forma, contemplando também a identificação dos riscos psicossociais ocupacionais, que identificam os aspectos estressores do ambiente do trabalho e suas implicações sobre o estado de saúde geral do trabalho (psíquico e fisiológico) (SIMÕES; HASHIMOTO, 2013; DITOMASSI, 2012; OLIVEIRA et al, 2016; BARUKI, 2018).

Por conseguinte, nesse estudo, o foco da discussão está nas consequências e implicações de um conjunto de processos interligados da gestão, experienciados pelos trabalhadores de uma unidade de saúde municipal, no contexto do SUS, categorizada como unidade mista. A referida unidade é gerida, há 12 anos, por uma associação considerada de direito privado, natureza filantrópica, reconhecida de utilidade pública municipal, estadual e

federal e qualificada como uma OS, contando com a participação de aproximadamente 294 trabalhadores.

Destacam-se entre os fatores que corroboram para a análise desse estudo, com base no pensamento dejouriano, a compreensão do modelo de gestão adotado, incluindo os elementos advindos do contrato de gestão (entre a Prefeitura Municipal - Secretaria de Saúde e a OS), contemplando cinco elementos: (1) o modelo de gestão do trabalho e a educação em saúde; (2) o cumprimento de metas; (3) o vínculo empregatício pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (BRASIL, 1943); (4) o ingresso de seus trabalhadores via processo seletivo público (desde sua fundação); e (5) o processo de certificação de acreditação da unidade, via metodologia da ONA (nível 1).

Nessa perspectiva, com base teórica da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (2012), considerou-se o debate sociológico sobre as questões que envolvem a relação do trabalhador contemporâneo com o trabalho e o impacto delas sobre sua saúde (BRASIL, 2004a; 2007; 2012). E compreendeu-se as dimensões que algumas políticas contribuem e se relacionam com os processos de trabalho e o bem-estar do trabalhador, destacando-se: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Esse estudo tem por primícias conhecer sob a percepção dos trabalhadores e gestores as *implicações, ônus e bônus, do modelo de gestão do trabalho e educação na saúde e do programa de qualidade, sobre a saúde do trabalhador*. Espera-se que apesar da coexistência de consequências e implicações contraditórias, as boas práticas de gestão e a qualificação dos serviços de saúde podem trazer, indubitavelmente, qualidade na assistência e melhorias no ambiente e nas condições de trabalho dessa instituição, mas em contrapartida, têm propiciado o adoecimento dos profissionais. Esse fato exige a implementação conjunta de políticas de proteção ao trabalhador, promovendo o cuidar da saúde de quem cuida.

## **2 OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar as implicações da gestão de organização social e da acreditação da qualidade na saúde dos trabalhadores de uma unidade do Sistema Único de Saúde – SUS, sob a percepção dos trabalhadores e gestores.

### **2.2 Objetivos específicos**

2.2.1. Compreender a política de gestão do trabalho e educação na saúde e o sistema de avaliação/acreditação de qualidade ONA, adotados pela OS e aplicados na unidade de atenção mista de saúde;

2.2.2. Relacionar os elementos de gestão e avaliação de qualidade supracitados com a saúde dos trabalhadores, com base na percepção dos trabalhadores e gestores participantes do estudo.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Histórico das organizações sociais no Brasil

No cenário mundial, e da mesma forma no cenário brasileiro, a implementação de determinado modelo de gestão está ligado ao momento histórico vivenciado e sob influência das ondas internacionais, vindas principalmente dos modelos europeus e americanos. Neste contexto, cita-se o movimento de Reforma do Estado, acontecido na década de 90, que trazia como primícias uma diminuição do controle estatal e maior abertura, trazendo ajustes macroeconômicos e flexibilização administrativa (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 2000; CONTREIRAS; MATTA, 2015). Esses movimentos também impactaram na organização dos sistemas de saúde, pois a partir da pressão das organizações internacionais, que colocaram como condição para empréstimos, a transição de um formato que orienta um gradual aumento da participação financeira do setor privado no financiamento da saúde (BUSTAMANTE; MENDEZ, 2014).

No Brasil, impulsionado por esse movimento, em 1995, foi criado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho e do Estado (PDRAE), que dentre suas diretrizes, trazia como burocrática, a gestão no serviço público, e sugeriria a criação de Organizações Sociais – OSs, entidades privadas, sem fins lucrativos, a quem seriam delegadas a gestão de alguns serviços públicos (BRASIL, 1995)

A partir da Lei 9637/98, que dispõe sobre a criação das mesmas, ficou definido que a sua atuação abrangeria as áreas “do desenvolvimento tecnológico, do ensino, da proteção e prevenção do meio ambiente, da pesquisa científica, da cultura e da saúde”. Além disso, conforme previsto na legislação, o instrumento de formalização dessa parceria seria o contrato de gestão e nele estaria previsto “as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social”, assim como a pactuação de metas e prazos para execução das mesmas; os processos de trabalho da OS; e a responsabilização financeira, com limites de despesas e recebimentos. Esse contrato deveria ser aprovado e assinado por seus signatários, e sua fiscalização se daria pela entidade do poder público, correspondente ao serviço prestado (BRASIL, 1998).

A partir da normatização da participação das OSs na gestão pública, os estados e municípios que optaram por esse modelo, construíram legislações locais, baseadas na legislação federal supracitada, acrescentando, por exemplo, necessidade de licitação ou processo seletivo para escolha das mesmas, questão que não estava, anteriormente prevista, no texto original da lei

(CONTREITAS; MATTA, 2015). Entretanto, mesmo com a formalização desse tipo de parceria com o setor privado, na gestão pública, o contexto histórico da Reforma Sanitária, pós 8ª Conferência de Saúde, e recente criação do SUS, fizeram com que essa iniciativa viesse a sofrer intensa oposição, que culminou na Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI, nº 1923, distribuída ao Superior Tribunal Federal - STF, em dezembro/1998, que questionava a legitimidade constitucional do convênio público com as OSs.

Assim, somente, em abril/2015, o STF declarou a constitucionalidade da Lei 1936/98, mas considerou ADI, nº1923, parcialmente procedente, no que se refere, principalmente a qualificação das entidades e sua operacionalização, que por força da lei, devem também seguir os princípios da Administração Pública, previstos na Constituição Federal (CF), no artigo 37: ” legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”. Assim, dentre outras exigências que passaram a constar nessa lei, cita-se a necessidade de processo seletivo para contratação dos trabalhadores e ausência de restrição do controle do Ministério Público e do Tribunal de Contas da União. Posteriormente, foram incorporados a lei, artigos complementares, descritos no Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017 e Decreto nº 9.469, de 14 de agosto de 2018 (BRASIL, 1998; 2017;2018a)

É inegável, que frente a autonomia conferida às OSs decorrem processos administrativos e financeiros menos burocráticos e mais eficientes. No que se refere a arranjos instituições, reabastecimentos de materiais de consumo, compras de insumos, aquisição de equipamentos e redimensionamento de recursos humanos, se previstos no contrato de gestão e executados conforme legislação vigente; passam a ser realizados em menor tempo, com otimização dos recursos e maior eficácia nos serviços prestados. Em contrapartida, na administração direta, ainda persiste um modelo tecno-burocrático de gestão, que prevê etapas morosas que tendem a dificultar a reposição imediata de recursos já escassos, favorecer os gastos excessivos, mediante aquisições de materiais a longo prazo; e que associado a uma má gestão dos processos, dificultam a reposição de insumos e medicamentos, de equipamentos estragados ou obsoletos e o aumento do quadro de funcionários (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Destarte, esses pontos de vista apresentados, seria muito simplista concluir que só existem bônus na gestão realizada pelo terceiro setor, e que por outro lado a administração direta tem em si, somente fragilidades. O que se propõe a revelar é que a gestão pública, possui entraves que determinam e condicionam sua incapacidade de prover em tempo real, as necessidades estruturais e processuais, que o aumento progressivo das demandas gera; e isso faz com que os modelos de gestão pública tradicionais sofram ataques massivos, também dos

meios de comunicação, que fazem com que a cada dia, caia mais em descrédito, a administração pública, perante a sociedade (BARBOSA; ELIAS, 2010; CARNEIRO; SILVA; RAMOS, 2018).

A partir dessa realidade, a administração pública, tem buscado inovar seu formato de gerenciamento, com a adaptação e uso do *Balanced Scorecard* - BSC, metodologia criada por Kaplan e Norton (1992) que de forma resumida, é um instrumento validado e exitoso de gestão estratégica que reorganiza os processos, baseado na melhoria contínua de desempenho e no alcance de metas e objetivos, como exemplo o Tribunal de Contas da União (TCU), que a partir de 2005, passou a utilizar o BSC. (SOUZA, 2010). Desta forma, a gestão pública passou a ser realizada, por meio de um Modelo de Excelência, que obedece a oito critérios, relacionados entre si, com a finalidade de aperfeiçoar a gestão das organizações públicas, sendo eles: liderança, estratégias e planos, cidadãos, sociedade, informações e conhecimento, pessoas, processos e resultados. Não é o intuito desse estudo, detalhar esse modelo, todavia a sua apresentação evidencia a busca por um aprimoramento e modernização dos modelos de gestão aplicados, tendo como base os princípios da administração pública. Entretanto, uma crítica relevante a esse modelo, está na ausência da gestão participativa, pois as tomadas de decisão são feitas pela alta gerência, de forma ainda verticalizada (CARNEIRO; SILVA; RAMOS, 2018; ANGELIS, 2013).

Em adição, em 2011, o governo brasileiro, em parceria com os EUA, articulou a criação da Parceria para Governo Aberto – OGP, em inglês *Open Government Partnership*, que tem por objetivo promover práticas governamentais que tornem os governos mais abertos aos cidadãos essa iniciativa pode ser considerada um modelo de gestão pública emergente, construído a partir de um espaço de debates cooperativo entre o governo e a sociedade (NEVES, 2013). Em 2018, foi lançado 4º Plano de Ação Nacional de Governo Aberto, que reforça os principais avanços conseguidos pelos planos anteriores: criação do Sistema Federal de Acesso à Informação (1º Plano de Ação); desenvolvimento do site brasileiro da OGP, para monitoramento público das ações (2º Plano de Ação); a ampliação das discussões também com a presença dos poderes legislativo e judiciário (3º Plano de Ação); e ainda lançou como um dos compromissos prioritários a “Transparência e Controle no Processo de Reparação de Mariana e de outros Municípios da Região” (BRASIL, 2018b).

Portanto, percebe-se um movimento ainda incipiente de modernização dentro da gestão pública brasileira, que em termos gerais ainda se encontra enraizada nos modelos tradicionais e por isso ainda carece de um olhar mais atento e perene, no sentido de promover

mudanças mais rápidas e eficazes. Paradoxalmente, considera-se nesse estudo, um contraponto a essa modernização do modelo de gestão, pois, usualmente, é implementado mediante visões, unilaterais e tendenciosas, ao se considerar ‘moderno e melhor’. Posto isso, o Brasil tende a importar soluções de outros países sem considerar sua realidade plural, visando somente otimizar economicamente os serviços ao custo da precarização dos trabalhadores.

### **3.2 Modelos de Gestão no SUS**

Diante das mudanças na gestão pública, com a entrada do terceiro setor, em parceria da administração direta, verificou-se no setor saúde expressiva introdução de organizações sociais. E essa modalidade de gestão, classificada como administração privada complementar, compõe uma das três formas de administração da saúde, há saber (SCHEFFER; AITH, 2016):

1. Administração direta: serviços integrados da administração pública, nos três níveis de governo, responsável pela gestão do SUS;
2. Administração indireta: autarquias, sociedades de economia mista, fundações e empresas públicas;
3. Administração privada complementar: organizações sociais (OSs); organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP); e parcerias público-privadas (PPP);

A instituição do SUS se baseia em um modelo de gestão descentralizado, participativo e compartilhado, no qual se torna decisivo a ocupação desses espaços de debate para que a condução do sistema se faça mediante as necessidades prioritárias da população (BRASIL, 1990). Contudo, o modelo de gestão da administração privada complementar, por vezes se mostra mais fechado no que tange a transparência e o controle social, e isso acaba por dificultar o caráter participativo e democrático do SUS. Além disso, ele cria uma disparidade tanto de recursos estruturais quanto na gestão dos trabalhadores, entre as unidades geridas por elas e pela administração direta, estabelecendo um contexto complexo em que o mesmo rol de serviços de saúde, possui múltiplas modalidades de gestão (IBAÑEZ; NETO, 2007; SHEFFER; AITH, 2016).

Entretanto, a ausência de uma reforma administrativa no setor público, que pudesse resolver o aumento de demanda por serviços de saúde e a conseqüente expansão da rede atenção associada, que gera a necessidade de aumentar o número de trabalhadores, foram também

fatores determinantes para a busca, no setor privado, de instituições que pudessem de forma complementar minimizar ou resolver esses problemas (ARAÚJO, 2010).

Outro questionamento presente, relacionado a entrada das OSs na gestão da saúde, está no seu caráter não lucrativo, pois as instituições que hoje se destacam nessa categoria, são consideradas empresas bem sucedidas que entram nesse mercado, não só visando o bem comum e a filantropia, pois o seu contrato de gestão prevê o pagamento de salários para seu gestores e também por isso, percebe-se uma expansão, no campo da saúde, desse formato de administração da saúde pública, que depende da transferência de fundos públicos para a execução de sua gestão e para seu desenvolvimento, pois pode não gerar lucro, mas com certeza gera receita (MORAIS et al, 2018; CONTREITAS, MATTA, 2015).

Cabe aqui, refletir sobre a intencionalidade da organização social que se propõe a entrar nesse campo de atuação, não nos abstendo da crítica. Afinal, tem-se um contexto, no país, de conservadorismo e tradições capitalista e neoliberal. Nesse cenário, suas empresas (organizações) visam lucro e a concorrência no mercado de trabalho. Nessa perspectiva, é fato que elas possuem suas particularidades e justificativas, por isso, torna-se cada vez mais importante o papel da administração direta, mediante olhar criterioso e nos moldes da legislação vigente, escolher ou manter essas empresas na gestão, além de usar de dispositivos legais para fiscalizar suas ações (CONTREITAS; MATTA, 2015).

Concomitante aos questionamentos e críticas, a respeito desse modelo de gestão, as OSs representam uma opção inovadora no campo da saúde pública, trazendo em si uma possibilidade de melhoria e de desenvolvimento homogêneo nas unidades de saúde ou setores sanitários administrados por elas, como por exemplo, a introdução dos programas de qualidade, que propõe a adequação dos serviços de saúde a padrões, normais e protocolos, que tornam a assistência ao paciente, mais segura e humanizada (VECINA; MALIK, 2016).

A partir dessas reflexões, este estudo articula-se em defesa, incondicional, dos princípios organizativos e filosóficos do SUS, na vinculação de parcerias e complementação da assistência à saúde, porém, sobretudo, defende a gestão própria (administração direta e indireta) dos recursos humanos (regime estatutário e estabilidade no trabalho) e serviços essenciais. E, dessa forma, a terceirização dos serviços complementares (como por exemplo, a compra de insumos, medicamentos e equipamentos). Atenta-se a vigilância da interpretação e exploração de ‘brechas da Lei’, tentando privatizar o setor saúde e subsequente precarização dos direitos dos trabalhadores. Nessa perspectiva, se propõe a analisar as implicações desse modelo de

gestão e seus processos de trabalho, na saúde do trabalhador, atuante em uma unidade mista, gerida por OS e por força do contrato de gestão, acreditada pela ONA.

### **3.3 Gestão da Qualidade: Acreditação dos serviços de Saúde**

A partir da opção pelos modelos de qualificação da atenção em saúde, a gestão da qualidade surge como responsável pela enculturação desse formato de prestação de serviço que prima pela melhoria contínua não só dos processos, mas também por mudanças estruturais e de comportamento nos trabalhadores dessas unidades que buscam a excelência na assistência (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Historicamente, a preocupação com a qualidade dos serviços, apesar de ter surgido no início do século 20, com a iniciativa dos médicos americanos Abraham Flexner e Ernest Coldman. Esse movimento, por assim dizer, tomou força na década de 80, com publicação dos primeiros artigos de Donald Berwick, um pediatra norte-americano, e posteriormente com as determinantes contribuições de Avedis Donabedian, que se tornou referência no estudo da implantação dos paradigmas da qualidade, principalmente nos hospitais (DONABEDIAN, 1999; LUONGO et al, 2011)

No Brasil, também a partir anos 80, ainda de forma incipiente e localizada, os conceitos de qualidade nos serviços de saúde foram sendo disseminados, primeiramente no estado de São Paulo, pela Federação de Hospitais que de forma subsequente conseguiu apoio da Organização Pan-americana de Saúde, que posteriormente iniciou uma série de publicações no tema da qualidade na saúde (LUONGO et al, 2011; D'INNOCENZO, 2010).

Após esse lento e dificultoso início, já no fim da década de 90 e início dos anos 2000, houve uma considerável expansão da cultura da qualidade na assistência, com o foco das discussões também voltadas para a segurança do paciente, desta forma, iniciou-se a inserção de protocolos e padrões que pudessem minimizar ao máximo os riscos de danos aos pacientes, também com o objetivo de desonerar, principalmente os hospitais, dos processos decorrentes dessas situações (D'INNOCENZO 2010).

E a partir do momento que se inicia a implantação dos padrões de qualidade, cria-se um movimento de avaliação comparativa, para se saber se realmente essa instituição se preocupa com a melhoria contínua dos seus processos, inicialmente de forma interna, para posteriormente migrar para as avaliações externas, via certificações de qualidade. Assim

organizações se profissionalizaram, nesse novo ramo, e ganharam respaldo nacional e internacional, como avaliadoras externas, tendo em sua maioria modelos baseados na *Joint Commission*, norte americana, pioneira nessa área (FELDMAN; CUNHA; D'INNOCENZO, 2013; VECINA; MALIK, 2016).

Conforme dito, as instituições de saúde públicas, no Brasil, têm buscado as certificações de qualidade, e uma das mais difundidas é a Acreditação, ofertada pela ONA, desde de 1999, através das Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs). A partir das normas do primeiro Manual Brasileiro de Acreditação (1998) e suas posteriores atualizações e do Sistema Brasileiro de Acreditação, a ONA, determina três níveis de certificação (ONA,2020b):

- **Nível 1 - Acreditado:** baseado nos critérios de segurança do paciente (atividades, estrutura e assistência);
- **Nível 2 - Acreditado Pleno:** além da segurança a instituição precisa ter uma gestão integrada, principalmente em relação aos processos e às atividades;
- **Nível 3 - Acreditado com Excelência:** além dos requisitos dos níveis anteriores, a organização precisa alcançar uma maturidade organizacional de melhoria contínua.

Ademais, apesar do movimento para qualificação dos serviços de saúde terem sido focados nas unidades hospitalares, percebeu-se a necessidade de ampliar a 'Acreditação' para outros estabelecimentos e serviços de e para saúde, mediante convênios com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, em 2003, foram lançados o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviço de Hemoterapia, o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratórios Clínicos e o Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva. Posteriormente, em 2010, esses manuais foram compilados em um só e ainda foi divulgado o Manual de Acreditação de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Em 2011, foi publicado o Manual para Avaliação e Certificação dos Serviços para a Saúde e dois anos depois, em 2013, foi consolidado o Manual Brasileiro de Acreditação para serviços odontológicos. E por último, em 2018, foi lançada a última versão do Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde, que engloba os padrões e normas para a acreditação de hospital, ambulatório, pronto atendimento, atenção domiciliar, atendimento oncológico, nefrologia e terapia renal substitutiva, medicina hiperbárica, hemoterapia, laboratórios e diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear (ONA, 2020c).

Desse modo, torna-se importante registrar que o impacto das certificações de qualidade, mostra-se positivo também na medida que, na adequação dos padrões e processos, há uma melhoria na rotina de trabalho, na qualificação profissional, nas condições do ambiente, nas relações interpessoais e na organização das instituições. E ainda, acrescenta-se que nesse processo de melhoria, os trabalhadores da saúde são os principais agentes de mudanças, porque estão no operacional do cuidado, e que por isso desenvolvem, na prática, as ações baseadas nos princípios da qualidade (DITOMASSI, 2012; MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Em contraposição a ideologia do produtivismo e do capitalismo contemporâneo na gestão da qualidade, entende-se que a avaliação em saúde deva se constituir em uma prática social, não se limitando a cumprir regras e normas, mas ser uma ferramenta para a consolidação da democracia, afirmação de direitos e empoderamento dos cidadãos. (TESTON et al, 2018).

Nesse cenário, vem se tornando essencial a construção de uma crítica ao processo produtivista. Para isso, dialoga-se nesse estudo, no sentido de repensar a política de avaliação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O referido contraponto, a atual fase do capitalismo, é marcada por uma crise que atinge profundamente a economia (em uma perspectiva global). Segundo Teston et al (2018), as soluções escolhidas para amenizar os seus efeitos envolvem a adoção, pelas políticas austeras, de enérgicas reduções no gasto público, especialmente no gasto relacionado com as políticas sociais, impactando a saúde e, conseqüentemente, o processo de avaliação em saúde. Contestam que a avaliação em saúde tende a ser permeada pela lógica utilitarista, refletindo a ideologia do produtivismo, ao ser pautada pelas leis de mercado, em que a saúde de uma população é medida por meio do consumo de serviços, procedimentos e produtos médico-hospitalares, o que não significa, necessariamente, melhoria das condições de saúde dessa população.

Nesse sentido posto, de quantificação do cuidado e da vida, se concentram as reflexões desse estudo, pois mesmo perante os benefícios que as certificações de qualidade possam gerar, há controvérsias de seus benefícios para os trabalhadores, nos aspectos sobrecarga de trabalho, exigências e imposições, considerando, que ao longo do tempo, podem gerar implicações sobre a saúde dos trabalhadores (CUNHA; MELLO, 2012).

### 3.4 Atenção à Saúde do Trabalhador no SUS

Em concordância com essa hipótese levantada, relacionada à qualificação dos serviços de saúde e a necessidade de se desenvolver ações voltadas para o monitoramento, cuidado e proteção da saúde do trabalhador, torna-se primordial apresentar, primeiramente, o histórico da atenção à saúde do trabalhador no SUS, para posteriormente retomar as reflexões supracitadas.

Logo, a preocupação com a saúde dos trabalhadores que atuam nas redes de atenção do SUS e na rede privada, assim como a classificação dos mesmos na categoria de profissionais com alto risco para acidentes de trabalho, ocorreu após a epidemia de AIDS/HIV, na década de oitenta, que funcionou como um gatilho para a criação de normas de segurança nesses ambientes (NISHIDE; BERNATTI; ALEXANDRE, 2004).

No cenário mundial, um marco importante, em relação atenção à saúde dos trabalhadores, foi a Conferência Mundial de Alma Ata (1978), na qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) trouxe sugestões específicas para atenção à saúde do trabalhador, em especial para os que atuavam nas minas, nas áreas rurais e para os migrantes; e no âmbito sul-americano, um fato importante foi a apresentação do *Programa de Acción em la Salud de los Trabajadores*, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1983, com orientações para formulação de programas de saúde pública e de serviços sanitários para os trabalhadores (UNASUS/UFMA, 2017).

No Brasil, os principais debates sobre a atenção à saúde dos trabalhadores surgiram na década de 1980. Nesse período, além da luta pelo processo de redemocratização do país, várias questões, principalmente relacionadas às políticas de saúde pública passaram a permear esses espaços de discussão (MINAYO-GOMES; MACHADO; PENA, 2011).

A Lei Orgânica do SUS, traz em seu texto que as ações voltadas para a Saúde do Trabalhadores têm por finalidade a proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores. Nesse contexto, tanto na Constituição quanto no SUS, ficou determinado que a saúde dos profissionais deveria ser de responsabilidade pública e que também deveriam seguir os princípios básicos dos SUS: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988;1990).

Entretanto, essa responsabilização não significou a efetiva operacionalização dessa rede de atenção. E foi, a partir da organização das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNSTs), que foi possível uma discussão mais ampla sobre esse tema. Assim, em 2002, houve uma iniciativa concreta com o estabelecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalho (RNASST), baseada na proposta de criação dos Centros de

Referências em Saúde do Trabalhador (CERESTs) (BRASIL, 2002; DIAS; LACERDA e SILVA, 2013).

Outro marco importante, foi no ano de 2003, no qual o Ministério da Saúde passou por uma reestruturação e foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com as seguintes finalidades: enfrentar os desafios relacionados aos recursos humanos na saúde, determinar estratégias e políticas intersetoriais para formação e qualificação dos trabalhadores. Dentre as principais ações dessa secretaria está a formulação da agenda positiva da SGTES, constituída por temas relevantes como: direcionamentos para a criação do plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) da saúde, do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (MAGNAGO et al, 2017; BRASIL 2004b; BRASIL, 2006).

Posteriormente, em 2008, foi criada a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança do Trabalho, que tinha como fim a ampliação e a organização da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), homologada pelo Decreto nº7.602/2011, que tem por objetivos principais “a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos (...), por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (BRASIL, 2011a).

Após quatro anos, 2012, foi criada a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, para delimitar as responsabilidades das três esferas de governo no SUS: federal, estadual e municipal; no que se refere à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012a). Essa política trouxe o importante conceito da transversalidade das ações nesse campo, pois o trabalho deve ser considerado como relevante no processo doença/saúde (PEREZ; BOTTEGA; MERLO, 2017).

Entretanto, percebe-se que apesar dos esforços em se estabelecer de forma normativa, ações em favor da saúde dos profissionais, fica claro que na prática elas ainda são pouco efetivas. Por isso, faz-se necessário ampliar não somente as redes de atenção, mas também fazer com que eles estejam presentes e funcionando, para que o cuidado não seja interrompido, e seja qualificado, integrado, integral, efetivo e eficaz (AGUIAR; VASCONCELOS, 2015).

Principalmente, quando se trata da atenção aos trabalhadores da saúde, pois esse setor é considerado complexo, por abrigar a assistência completa ao paciente, tanto no acolhimento como no cuidado, dessa forma esses profissionais são acometidos por doenças causadas pelo

estresse e esgotamento, muito comuns em profissionais da área da saúde (MANZO et al, 2012; CUNHA; SOUZA; MELLO, 2012).

Assim, cabe também aos gestores e coordenadores terem a sensibilidade de perceber que sobre os trabalhadores da saúde pesa uma sobrecarga de cobranças e metas a serem cumpridas que geram estresse e descontentamento; e para equilibrar essa situação mudanças precisam ser feitas, principalmente com a criação de políticas de gratificação e motivação para os trabalhadores da saúde (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Portanto, nessa conjuntura, torna-se imprescindível, correlacionar as diretrizes dessas políticas supra citadas, com a prática vigente, na unidade selecionada para o estudo. E partir disso, compreender as implicações, dessa realidade, na saúde do trabalhador.

### **3.5 Implicações do trabalho no processo saúde -doença**

Á vista do que foi apresentado, o contexto da busca por resultados que levam a instituição à excelência, incidem diretamente sobre a saúde do trabalhador, devido às cobranças e à pressão constante para o cumprimento de metas, e as exigências passam a fazer parte da rotina diária, fazendo com que os gestores banalizem o sofrimento no trabalho, causado pelo estresse, pela ansiedade e pelo esgotamento profissional dos trabalhadores (GAULEJAC, 2007).

E é nesse contexto das mensurações dos programas de qualidade, que de forma direta ou indireta, o trabalhador também passa a ser medido, pois a sua produtividade é monitorada, e no caso de ela não alcançar os números pré-estabelecidos, existe uma culpabilização não só do processo, mas também do ser executante, causando adoecimento, absenteísmo e presenteísmo dos profissionais (BARUKI, 2018).

O absenteísmo é definido usualmente como a ‘falta ou ausência no trabalho’, esse evento pode ser voluntário, quando está relacionado a férias ou folgas programadas; ou involuntário, quando é motivado por afastamentos, licenças médicas, atestados ou ainda problemas pessoais (CHIAVENATO, 2000). E o presenteísmo, oposto de absenteísmo, que se refere ao fato de o trabalhador estar presente, mas por motivos diversos não conseguir exercer completamente suas funções, ele pode ou não estar doente, pode estar desmotivado pelo ambiente organizacional, ou vivenciando conflitos pessoais, ou ainda disperso por alguma razão, e isso afeta não só sua produtividade, mas também suas relações profissionais. (DEWA; MCDAID; ETTNER, 2007; JOHNS, 2010; ARAÚJO, 2012). Ademais, outros fatores podem ainda levar ao presenteísmo, tais como: medo de perder o emprego, alta demanda de trabalho, receio de

sobrecarregar os colegas de trabalho e de ter seu senso de responsabilidade e compromisso questionados (HANSEN; ANDERSEN, 2008).

Em contraponto, o presenteísmo pode conduzir-se em caráter crítico-reflexivo, mediante discussão evolutiva do seu conceito, no contexto da saúde e do capitalismo contemporâneo, contrária aos defensores da empresa no contexto neoliberal. Assim, a instabilidade financeira, a dificultosa progressão na carreira, o desemprego e a insegurança, também ocorrem para incidência do presenteísmo. Logo, enquanto nos Estados Unidos a principal causa do presenteísmo está relacionada ao fato de as pessoas terem excesso de trabalho, no Brasil, o medo de perder o emprego ainda é fator determinante (ARAÚJO, 2012). Diante disso, é comum que muitos empregados compareçam ao trabalho queixosos, por exemplo, dores nas costas, alergias, artrite e outras doenças. Quando a organização perpassa por uma reestruturação que implica em diminuição do efetivo e aumento do trabalho, origina-se um sentimento de insegurança que aumenta consideravelmente o presenteísmo, mesmo quando do aumento das demandas de trabalho (ANTONIO GARCIA, 2011; RIBEIRO, 2011).

Inicialmente, afirma-se que os desgastes físicos e emocionais decorrentes do trabalho trazem implicações sobre a saúde do trabalhador, isso é fato, entretanto estabelecer o nexo causal entre as particularidades do trabalho e o processo de adoecimento dos profissionais é muito complicado, pois a maioria das enfermidades são multifatoriais e se iniciam com sinais e sintomas comuns a outras doenças e, por isso, só são identificados e correlacionados com os processos de trabalho quando estão em estágios avançados e a saúde dos mesmos se encontra comprometida (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Assim, faz-se necessário iniciar um debate que permeie não só as questões técnicas e objetivas do trabalho, mas que contemple o subjetivo, aquilo que na maioria das vezes não é visto, mas sentido, ou seja, que vem do registro das percepções e sentimentos inerentes ao trabalhador, no exercício de suas funções. E a partir disso, trazer também para o foco do estudo, os riscos psicossociais ocupacionais, assim como a relação entre o prazer e sofrimento, decorrentes do labor diário, e como isso implica sobre a saúde dos trabalhadores, em um contexto de identificação das correlações existentes entre o mundo do trabalho e o processo saúde-doença do indivíduo (POTOKA, 2012; BARUKI, 2018).

No contexto da subjetividade, o trabalho pode ser considerado um ambiente contraditório, pois nele se vivencia o melhor e pior, tanto nas relações interpessoais, como nas práticas de gestão. Desta forma, ocasionalmente, se reconhecem climas organizacionais da gestão do trabalho no Brasil, de caráter participativo, em busca de relações horizontalizadas,

espaços abertos para o debate e a expressão de opiniões e sugestões, em contraposição, prepondera a exploração, individualidade e competitividade, causando sofrimento e adoecimento ao trabalhador, podendo inclusive afetar sua saúde mental (CARNEIRO; SILVA; RAMOS, 2018; MACÊDO et al, 2013).

Assim, a mudança no modelo de gestão e nos processos de trabalho, considerados hierárquicos e verticalizados, é desafiador, pois oferece ao trabalhador o poder de se expressar de forma criativa e livre, inclusive em temas relacionados às melhorias nas condições e no meio ambiente do trabalho, e isso vai de encontro às teorias organizacionais tradicionais que impõe rotinas de trabalho sacrificantes, nas quais os profissionais são submetidos a uma sobrecarga de funções e cobranças que implicam em consequências severas e deletérias sobre os mesmos, que além de provocarem desgastes físicos e emocionais, acabam por causar agravos temporários e/ou permanentes à sua saúde (CARNEIRO; SILVA; RAMOS, 2018).

Enfim, urge a incorporação de estratégias (de distintas ordens) nas organizações de trabalho, intentando minimizar os riscos psicossociais e os desgastes decorrentes do trabalho. Nesse cenário, a ‘Psicodinâmica do Trabalho’ é uma teoria explicativa da relação homem e trabalho. Não é um modelo de gestão ou técnica a ser aplicada. Ela denuncia os problemas e apresenta soluções. Carrega consigo, a partir do estudo do processo de trabalho, elementos que são promotores de saúde e também os que são prejudiciais para os trabalhadores (DEJOURS, 2012).

A Psicodinâmica do Trabalho, nesse sentido, traz contribuições muito importantes, principalmente quando coloca em debate o quanto o desgaste mental nas atividades laborativas, associado a um ambiente de trabalho tóxico, no qual a competitividade e o individualismo, potencializados pela cobrança de metas e resultados, afeta a saúde geral do trabalhador. E em resposta a essa situação, reforça a urgência de se equilibrar essas necessidades atuais do mercado contemporâneo, com ações concretas voltadas para o resgate da humanização nas relações de trabalho, tanto verticais, quanto horizontais. E isso se faz, para que o labor diário seja ressignificado e se aproxime de um ideal, que não o limite a ser somente local de sofrimento, mas que possa ser também fonte de prazer e satisfação (BOUYER, 2010; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Portanto, nesse modelo, o agir coletivamente sobrepõe o individualismo; a valorização e a cooperação são estimuladas; e o reconhecimento de suas competências passa a ser uma prática constante e bem-vinda (DEJOURS, 2012).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Ética e Protocolo

Conforme exigência do Departamento de Gestão de Pessoas, da Prefeitura Municipal, a coleta de dados teve início somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com número do C.A.A.E: 06075019.7.0000.5152 / **Número do Parecer: 3.221.277 (CEP – UFU)**, em 25 de março de 2019. Desta forma, esse estudo foi realizado segundo projeto de pesquisa aprovado no CEP-UFU – anexo A.

A construção da dissertação seguiu as orientações do *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*, que sugere padrões para pesquisas qualitativas, baseados em 21 itens essenciais para o aprimoramento, a confiabilidade, a qualidade e a transparência, tanto na produção dos relatórios, quanto na avaliação dos mesmos. O SRQR não deve ser entendido como um formato rígido a ser seguido, mas como um guia que tem por finalidade auxiliar os pesquisadores que optam pela abordagem qualitativa em seus estudos – anexo B (BRIDGET et al, 2014).

Foi realizado também o check list *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*. Consiste em 32 questões, para verificar o rigor metodológico e validar os estudos qualitativos, mediante critérios de três domínios: (1) equipe de pesquisa e reflexividade; (2) desenho do estudo; (3) análise e achados. A relevância da aplicação desse questionário está relacionada a necessidade de colocar a pesquisa qualitativa num patamar de credibilidade que exige do pesquisador uma maior preocupação com seus critérios e métodos, no decorrer de todas as suas etapas de execução – anexo C (EQUATOR, 2017; TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; PORTUGAL et al, 2018).

E, posteriormente, para avaliar a congruência da metodologia com as demais fases do estudo, foi utilizado o *Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research* do *Joanna Briggs Institute (JBI)*, que traz uma avaliação criteriosa da pesquisa, mediante dez questionamentos que correlacionam não só o percurso metodológico com os resultados, a discussão e as conclusões, mas também o papel do pesquisador, analisando se houve ou não influência dele, no decorrer do estudo – anexo D (JBI, 2017).

## 4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Esse método, advém das Ciências Humanas e da Saúde, e tem como característica, não focar no fato, mas na sua significação coletiva ou individual, ou seja, o significado do objeto do estudo, extrapola o simples conhecimento do mesmo. A partir disso, o pesquisador precisa ter um olhar holístico e amplo para relacionar os fatos, as percepções e, apresentar um modelo novo, construído essencialmente a partir da visão e dos sentimentos dos participantes do estudo; sem, contudo, abrir mão do rigor científico que deve reger todos os métodos de pesquisa e as suas respectivas etapas. Neste método de pesquisa, o pesquisador se coloca no papel de mediador e não de detentor dos saberes assim os resultados são interpretados sob a ótica dos participantes com o objetivo de produzir novos conceitos e não simplesmente de confirmação de teorias pré-estabelecidas (TURATO, 2005; CANZONIERI, 2010).

## 4.3 Contexto da Pesquisa

O município brasileiro, onde se encontra a unidade de saúde selecionada para o estudo, é classificado como de médio porte e é polo de sua Região de Saúde, contemplando, assim, ações e serviços: da atenção primária, da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; de urgência e emergência, da atenção psicossocial e de vigilância em saúde (BRASIL, 2011b). A gestão da saúde pública é composta por uma rede de prestadores do Sistema Único de Saúde que inclui além das instituições públicas, duas Organizações Sociais – OS, que compartilham a corresponsabilidade de gestão de 100% das unidades da atenção básica e da média complexidade.

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de saúde sob a gestão de OS (mediante contrato de gestão, com a Secretária Municipal de Saúde) há 12 anos, a partir da autorização da mesma, via assinatura de Declaração de Instituição Coparticipante (apêndice A). O seu registro atual no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES é de Unidade Mista, definida pelo MS, como um tipo de estabelecimento de saúde destinado a prestação de atendimento básico integral e de especialidades médicas, com leitos de internação, podendo dispor de urgência/emergência, além de atendimento odontológico e do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) (BRASIL, 2019).

A referida unidade mista presta serviços ambulatoriais com demanda programada para as especialidades médicas, tais como: oftalmologia, cardiologia, endocrinologia, dermatologia, ortopedia, angiologia, urologia, clínica geral e otorrinolaringologista. Além de oferecer exames de audiometria, impedanciometria, raio x, eletrocardiograma; e possuir uma unidade de exames laboratoriais terceirizado. Os serviços de apoio existentes são: farmácia, central de esterilização de materiais, lavanderia, necrotério e ambulância. E ainda possui leitos de internação, sendo dezessete (17) para clínica geral e três (3) para pediatria.

E em relação a certificações de qualidade, até o momento, a unidade é ‘Acreditada’, na modalidade ‘Serviços de Pronto Atendimento’ e está em fase de adequação para avaliação de ‘Acreditado Pleno’, previsto para ocorrer em dezembro de 2020. A gestão da unidade mista registrou essa intenção em julho/2019, entretanto os avaliadores entenderam que haviam fragilidades, relacionadas aos processos de trabalho intra e intersetores, requerendo ajustes, nesse sentido somente ocorreu a manutenção do seu nível de acreditação.

Ademais, nessa unidade, oferece-se os serviços médicos de urgência/emergência - 24 horas, e odontológico - 8h às 21h. Destarte, o setor de odontologia oferece também cobertura de saúde bucal para oito equipes da estratégia da saúde da família que não possuem profissionais dessa área, via liberação de triagem para avaliação de risco odontológico, que indica e direciona a organização da demanda programada e, posterior, marcação das primeiras consultas programáticas odontológicas.

#### **4.4 Participantes do estudo**

O quadro de trabalhadores da unidade de saúde, em 2019, correspondia a duzentos e noventa e quatro (294) trabalhadores. Dessa forma, realizou-se um recorte, incluindo as principais e mais frequentes categorias profissionais de saúde, optando-se pelo nível de escolaridade superior, ligados diretamente à assistência. Em dados do início do estudo, março/2019, estavam cadastrados 73 (setenta e três) médicos, 19 (dezenove) enfermeiros, 8 (oito) dentistas, 2 (dois) fisioterapeutas, 3 (três) farmacêuticos, 5 (cinco) assistentes sociais e 2 (duas) nutricionistas; perfazendo um total de 112 (cento e doze) trabalhadores.

Similar a amostra intencional das categorias profissionais supramencionadas, selecionou-se os gestores municipais; da OS; e da unidade de saúde, participantes do estudo, que exerciam as funções e atribuições diretamente relacionadas a gestão do trabalho e que possuíam governabilidade sobre essas ações.

A seleção do número de participantes para compor os dois grupos focais e as entrevistas individuais, foi realizada segundo os critérios a seguir: a) manter a representatividade de pelo menos um profissional de cada categoria, nos dois grupos focais, no intuito de tornar o debate plural e representativo; b) garantir a participação de no mínimo (5) cinco trabalhadores e no máximo (15) quinze, em cada grupo focal; c) viabilizar a liberação dos mesmos, junto à coordenação da unidade; d) negociar as datas e os horários de realização dos grupos, respeitando a disponibilidade dos pesquisadores e a conveniência dos participantes do estudo.

A liberação dos trabalhadores para participação no grupo focal, condicionou-se, exclusivamente, a disponibilidade de um profissional de cada área (médico, enfermeiro, farmacêutico e assistente social), decorrente da laboração nas escalas de plantão. Por sua vez, os cirurgiões-dentistas, tiveram sua participação ampliada, por interesse e conveniência do estudo, em número de participantes, adequando suas agendas e atendimentos eletivos para participarem do estudo, sem prejuízo para a atenção à população. Assim, (30) trinta trabalhadores foram selecionados, conforme quadro 1. Além dos trabalhadores, selecionou-se (9) nove participantes gestores, sendo: (2) dois municipais, (3) três da organização social e (4) quatro da unidade de saúde.

Nesse sentido, a amostragem do estudo foi '*não probabilística intencional*' pois mediante o julgamento do pesquisador foram escolhidos trabalhadores mais acessíveis, de todos os turnos de trabalho e com funções ou atribuições distintas, no intuito de garantir a variabilidade e a heterogeneidade da amostra (COOPER; SCHINDLER, 2003)

As categorias profissionais presentes, entre o grupo de gestores foram: administradores, engenheiros, médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e assistentes sociais. Dentre os (9) nove gestores, (7) sete foram respondentes pela OS, nos seguintes setores: administrativo; técnico; setor de enfermagem; e executivo, assim responsáveis pelas ações da OS. No caso dos gestores, somente (1) um representante da gestão municipal (cirurgiã-dentista) não aceitou participar, conforme as exigências éticas da pesquisa. Desta forma, (8) oito dos nove gestores responderam às questões do roteiro das entrevistas individuais. Ressalta-se não comprometimento dos resultados do estudo, pois manteve-se a participação dos três níveis hierárquicos envolvidos na gestão da unidade de saúde, conforme quadro 2.

Assim, foram selecionados 38 participantes, sendo 30 trabalhadores da saúde (14 no grupo focal e 16 nas entrevistas individuais) e (8) oito gestores (entrevistas individuais). Isso garantiu a pluralidade dos debates e das informações coletadas.

Quadro 1 – Participação dos profissionais no grupo focal e na entrevista individual.

<b>Grupo Focal 1</b>	<b>N</b>	<b>Grupo Focal 2</b>	<b>N</b>	<b>Entrevistas individuais</b>	<b>N</b>
Médico	1	Médico	1	Médicos	8
Enfermeiro	1	Enfermeiro	0	Enfermeiros	5
Cirurgiões Dentistas	2	Cirurgiões Dentistas	3	Cirurgião Dentista	1
Farmacêutico	0	Farmacêutico	1	Farmacêutico	1
Assistente Social	1	Assistente Social	1	Assistente Social	0
Nutricionista	1	Nutricionista	1	Nutricionista	0
Fisioterapeuta	1	Fisioterapeuta	0	Fisioterapeuta	1
<b>Subtotal</b>	<b>7</b>	----	<b>7</b>	----	<b>16</b>
<b>Total</b>			<b>30</b>		

Fonte: dados obtidos pela autora.

Quadro 2 – Gestores selecionados, segundo formação profissional e cargo.

<b>Gestores</b>	<b>N</b>	<b>Formação Profissional</b>	<b>Cargo</b>
Municipal	2	Assistente social	Assessor Técnico do Secretário Municipal de Saúde
		Cirurgião dentista	Contratos de Gestão com Organizações Sociais
OS	4	Engenheiro de Produção	Coordenador da Superintendência de Saúde da OS
		Engenheiro Civil	Coordenador de Talentos Humanos da OS
		Administrador	Coordenador da Controladoria da OS
		Administrador	Coordenador de Suprimentos da OS
Unidade de Saúde	3	Administrador	Coordenador Administrativo da Unidade de Saúde
		Médico	Coordenador Técnico da Unidade de Saúde
		Enfermeiro	Coordenador da Enfermagem da Unidade de Saúde
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	-----	-----

Fonte: dados obtidos pela autora.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: estar em atuação, na função do cargo em que é vinculado a unidade de saúde, há pelo menos (2) dois anos; fazer parte do recorte amostral das classes profissionais supracitadas: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas,

farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas; estar liberado pela instituição para participar do estudo; e aqueles que consentiram participar da pesquisa. Respeitando-se os critérios de inclusão do estudo, não houve aspectos de exclusão.

#### **4.5 Método e Instrumentos da pesquisa**

A partir dessa abordagem escolhida, optou-se pela utilização da técnica do grupo focal, pois o mesmo tem sido amplamente utilizado na área da saúde coletiva, pois permite dar amplitude na compreensão de eventos que implicam uma multidisciplinaridade, pois levam em consideração a percepção dos sujeitos da pesquisa, à medida que os mesmos são impulsionados a problematizar questões críticas, para juntos chegarem a uma tomada de decisão coletiva e comprometida (CARLINE; CONTRIM, 1996; NOVAES, 2000; TANAKA; MELO, 2004). Orienta-se que sejam formados por cinco a quinze pessoas. Nesse estudo, optou-se pela realização de dois grupos e foram selecionados quinze profissionais de saúde da assistência, em cada um dos grupos, para que todos pudessem ter espaço para expor e debater suas ideias (PIZZOL, 2004).

Além dessa técnica, foram realizadas também entrevistas, as quais dispõem o pesquisador e o entrevistado frente a frente, exigindo do entrevistador conhecimento da técnica e do assunto a ser abordado; além de ser necessário ao mesmo uma postura de imparcialidade e empatia pelo entrevistado, para que se consiga obter as respostas necessárias à pesquisa realizada (CANZONIERI, 2010). As entrevistas individuais foram direcionadas aos gestores e aos profissionais da assistência (que por algum motivo, não puderam participar do grupo focal).

Assim, no percurso metodológico do estudo, utilizou-se as técnicas de *Grupo Focal* (GF) e *Entrevistas Individuais* (EI). Em ambas, os instrumentos de pesquisa constituíram-se de *roteiros semiestruturados*. No GF construiu-se questões norteadoras, utilizadas para mediação e debate, junto aos trabalhadores (apêndice B); e na EI, o roteiro semiestruturado de questões objetivas, similar ao utilizado no grupo focal para os trabalhadores (apêndice C) e para os gestores (apêndice D).

Primeiramente, a amostragem foi estratificada de acordo com a formação profissional e o tempo na função/cargo na unidade de saúde. E a coleta de dados foi realizada em duas etapas, utilizando as seguintes técnicas destacadas – figura 1:

Figura 1 – Resumo esquemático do método de coleta de dados do estudo.



Fonte: produzido pela autora.

**(a) Na primeira etapa aplicou-se a técnica do grupo focal**

Os integrantes da amostra, profissionais da saúde de nível de escolaridade superior foram instigados, por meio de um roteiro contendo questões norteadoras, a refletir sobre o ambiente, condições de trabalho, políticas de gestão, o programa de qualidade, as normativas e demais fatores que pudessem influenciar a saúde dos mesmos.

As pesquisadoras, docentes de Instituição de Ensino Superior – IES, foram as mediadoras dos grupos focais. Cuidou-se para que uma das pesquisadoras, trabalhadora da saúde e vinculada a unidade em estudo, não participasse do grupo focal, buscando manter imparcialidade na condução dessa técnica e para que não houvesse conflitos de interesse no desenvolvimento da pesquisa. A referida pesquisadora participou somente das entrevistas individuais com os gestores e trabalhadores.

Após o grupo focal, as pesquisadoras definiram pela realização das entrevistas com os trabalhadores (que não puderam estar nos grupos focais), para ampliar o espaço de escuta das percepções desses sujeitos. Observou-se que os referidos depoimentos seriam importantes para preservar a pluralidade dos dados coletados, pois apesar de serem as mesmas categorias profissionais, ampliar-se-ia para percepção de trabalhadores afetos a outros turnos e/ou com atribuições distintas.

**(b) Na segunda etapa, entrevistas com roteiro semiestruturado:** nessa fase as entrevistas foram realizadas com os gestores, responsáveis pela elaboração e condução das políticas de gestão do município, da organização social no SUS e da unidade de saúde. Assim, buscou-se o registro da percepção, dos responsáveis, pela gestão nessa unidade, na OS e no

município, de acordo com seus cargos e atribuições específicas. Os gestores não foram convidados a participar do grupo focal, no sentido de não inibirem as manifestações de seus subordinados, isto é, constranger a expressão das percepções, sentimentos e emoções dos trabalhadores, frente ao trabalho, no coletivo do grupo focal. O referido desenho supracitado, viabilizou a obtenção de vozes e percepções de todos os envolvidos, isto é, trabalhadores e gestores em momentos distintos, todavia, seguiu-se o mesmo roteiro para as duas técnicas de coleta de dados: grupo focal e entrevista individual.

A coleta de dados foi realizada entre julho de 2019 e novembro de 2019. Posteriormente à finalização das entrevistas e grupos focais, foram realizadas as transcrições dos depoimentos dos referidos participantes. Os dados do estudo foram obtidos mediante gravação dos depoimentos, utilizando o gravador de voz PRO RECORDER ® e a transcrição manual, com auxílio do aplicativo EXPRESS SCRIBE TRANSCRIPTION ®.

Os principais pontos abordados com os trabalhadores, tanto no grupo focal, quanto nas entrevistas, foram:

- **Gestão do trabalho** (recursos humanos, sobrecarga de trabalho, trabalho em equipe, relação com a chefia, condições físicas para o trabalho; política de talentos humanos e suas normativas, principalmente em relação aos direitos e deveres dos trabalhadores, benefícios e incentivos; atestados e compensação e horas);
- **Gestão da Qualidade** (Acreditação: importância, processos de trabalho, sobrecarga de funções e saúde do trabalhador).

As entrevistas com os gestores também foram pré-agendadas, sendo realizadas 8 entrevistas, sendo abordados os seguintes temas:

- **Política (Modelo) de gestão** (Introdução da organização social na gestão do SUS; contrato de gestão e metas pactuadas; interlocução da gestão da OS com a gestão municipal; processo de trabalho);
- **Gestão do trabalho** (capacitações/educação continuada e permanente; benefícios e incentivos; monitoramento e ações voltadas a manutenção para saúde do trabalhador);
- **Gestão da Qualidade** (acreditação: importância, processos de trabalho e saúde do trabalhador).

#### 4.6 Análise dos dados

A interpretação dos dados foi realizada a partir da técnica de análise temática de conteúdo, com base no modelo proposto por Bardin (2016), com adaptação de Minayo (2013). Essa interlocução entre os métodos das duas autoras buscou melhor compreensão do conteúdo e da mensagem dos discursos registrados, mediante o rigor metodológico, conferindo validade e credibilidade ao estudo, e promovendo, também, um aprofundamento na interpretação dos dados, mediante a inclusão de fatores históricos e contextuais, embasados na literatura nacional e internacional.

Para tanto, adotou-se a análise de conteúdo temática indicada como a forma mais adequada de estudar opiniões, valores, atitudes e crenças, com a utilização do método hermenêutico-dialético, para melhor compreensão das falas, em seu sentido e contextualização (BARDIN, 2016; MINAYO, 2013; SILVA; FOSSÁ, 2015).

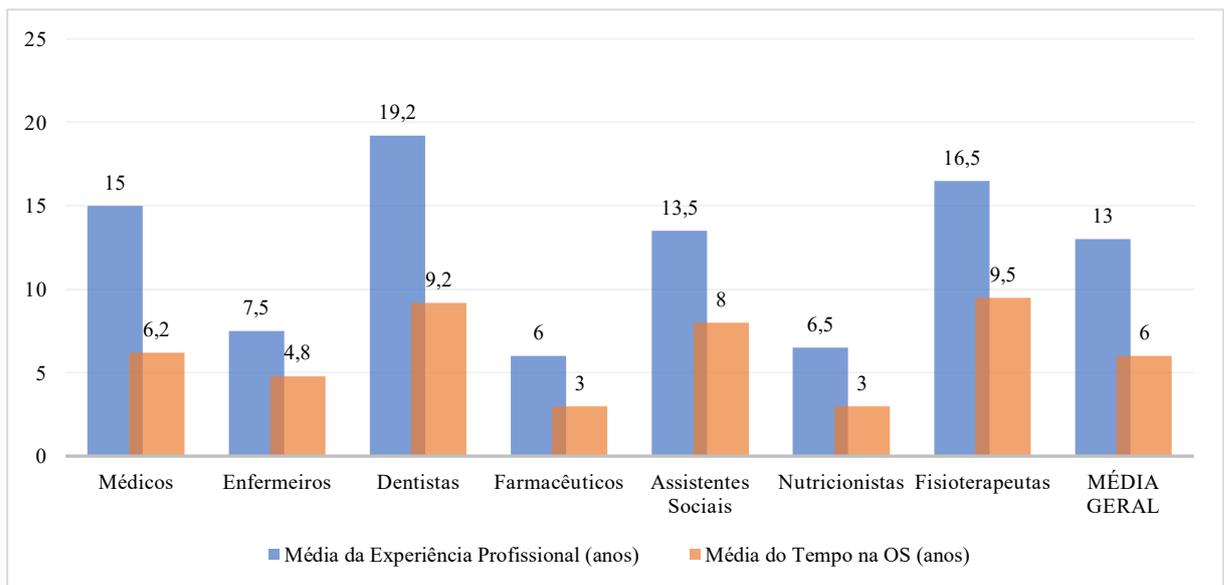
Ademais, a inteiração com o método da Minayo (2013), na análise de dados, trouxe uma concordância com o embasamento teórico do estudo, que buscou não só a compreensão da situação de saúde dos trabalhadores, mas também uma análise sociológica, na interpretação e discussão dos resultados, mediante os conceitos da Psicodinâmica do Trabalho, apresentados por Christophe Dejours (2012) e seus colaboradores.

A seguir, apresenta-se e discute os resultados, com base nesse referencial teórico e método selecionado, na busca de alcançar os objetivos da pesquisa e responder sua questão norteadora. É importante salientar que os resultados provêm da análise comparativa dos depoimentos dos trabalhadores e dos gestores, participantes do estudo.

## 5 RESULTADOS

Inicialmente, caracterizou-se o perfil dos participantes trabalhadores, a partir das informações autorreferidas, nos grupos focais e nas entrevistas individuais, segundo as variáveis: formação, experiência profissional e tempo na instituição, conforme figura 3.

Figura 3 - Relação entre a média de experiência profissional e do tempo de trabalho no vínculo laboral na OS, por categoria profissional.



Fonte: dados obtidos pela autora.

De acordo com esses dados, a média em anos da formação profissional dos trabalhadores foi de 13 (treze) anos e a de tempo trabalhado na OS de 6 (seis) anos. Evidencia-se que a maioria dos participantes do estudo já possui extensa experiência profissional e tempo suficiente (de vínculo laboral junto à OS) para avaliar os processos estabelecidos. Dentre as categorias do estudo, a dos cirurgiões-dentistas, seguidos pelos fisioterapeutas, médicos e assistentes sociais, nessa ordem, possuem maior tempo de experiência profissional e de vinculação a OS. Já os enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas, possuem o menor tempo. Este fato, decorre da ampliação, adequação e remanejamento dessas categorias profissionais (nos últimos anos), bem como pela renovação das equipes multiprofissionais.

Em relação aos resultados obtidos, por intermédio dos grupos focais e entrevistas individuais, percebeu-se em concordância com os autores, anteriormente citados, que durante os momentos em grupo, os trabalhadores se mostraram mais dispostos a compartilharem seus

sentimentos. Assim motivados pelas falas de seus colegas de trabalho, vários assuntos foram despertados, advindos de diferentes visões que os levaram a refletirem e a se sentirem pertencentes à um grupo que vivencia em unidade tanto as dificuldades diárias, quanto as conquistas. Além disso, foram capazes de se reconhecerem um no outro, a partir dos desabafos relacionados ao esgotamento e adoecimento, decorrentes de suas atribuições laborais.

A partir da análise de dados foi construída a árvore de categorização do estudo (quadro 3), que traz as principais categorias, que se formaram a partir dos depoimentos mais significativas e frequentes verbalizações dos trabalhadores e gestores, fazendo um contraponto entre suas percepções. Importa ressaltar que as categorias, apesar de estarem agrupadas didaticamente em temas distintos, não são achados isolados, ao contrário elas se interacionam durante todo o percurso dos grupos focais e das entrevistas, em movimentos ora concordantes, ora antagônicos. E foram assim construídas, no intuito de apresentar as similaridades e as contraposições dos depoimentos dos participantes, assim como demonstrar a relevância dos debates propostos pelo estudo.

Desta forma, para facilitar a compreensão, as categorias foram agrupados em cinco temas pertinentes a ‘Gestão OS’ na relação gestor-trabalhador, sendo: (Tema 1) vínculo laboral celetista e metas/indicadores; (Tema 2) potencialidades e fragilidades; (Tema 3) educação na saúde (capacitação profissional); (Tema 4) saúde do trabalhador/adoecimento físico e mental; e (Tema 5) ‘Acreditação’ da qualidade ONA.

A seguir, apresenta-se a transcrição dos depoimentos dos trabalhadores e gestores, sistematizados de forma categorial, mediante análise de conteúdo temática. Utilizou-se a transcrição *ipsis litteris*.

Quadro 3 – Árvore de categorização do estudo.

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>TEMAS</b>
<b>Trabalhadores</b>	Instabilidade pelo contrato via CLT	<b>TEMA 1</b> <b>Gestão OS: vínculo laboral celetista e metas/indicadores</b>
	Cobranças e exigências do contrato de gestão	
<b>Gestores</b>	Características do Contrato de Gestão e da Gestão da OS	
	Fortalezas da gestão via OS	
<b>Trabalhadores</b>	Benefícios oferecidos pela OS e suas fragilidades	<b>TEMA 2</b> <b>Gestão OS: Potencialidades e fragilidades</b>
	Fragilidades da Gestão do trabalho na OS	
	Precarização das condições de trabalho	
	Ambiente de trabalho na OS	
<b>Gestores</b>	Características e limitações da Gestão do Trabalho na OS	
<b>Trabalhadores</b>	Percepções sobre a Capacitação Profissional na unidade do estudo	<b>TEMA 3</b> <b>Gestão OS: Educação na saúde (capacitação profissional)</b>
<b>Gestores</b>	Diretrizes da Capacitação Profissional da OS	
<b>Trabalhadores</b>	Sinais e sintomas de adoecimento físico e mental	<b>TEMA 4</b> <b>Gestão OS: Saúde do trabalhador/adoecimento físico e mental</b>
	Possíveis implicações sobre a saúde do trabalhador	
	Sugestões para minimizar as implicações sobre a saúde do trabalhador	
<b>Gestores</b>	Fortalezas e Fragilidades da atenção à saúde do trabalhador	
<b>Trabalhadores</b>	Fragilidades no processo de acreditação	<b>TEMA 5</b> <b>Gestão OS: Acreditação da qualidade ONA</b>
	Fortalezas no processo de acreditação	
	Sugestões de melhoria	
<b>Gestores</b>	Fortalezas da acreditação	
	Percepções sobre a relação da acreditação e o trabalhador	

Fonte: dados obtidos pela autora.

### 5.1 Tema 1 - Gestão OS: Vínculo laboral celetista e metas/indicadores

A unidade de saúde em estudo, é gerida por OS, desde sua abertura, por consequência todos são contratados pelo vínculo laboral celetista (CLT). A gestão pela OS ocorre por meio de um ‘contrato de gestão’ que estabelece obrigações entre os dois entes: Prefeitura Municipal (Secretário de Saúde) e a OS. Decorre desse referido contrato, as recomendações do cumprimento de metas e responsabilidades compulsórias, tanto para os gestores, quanto para os trabalhadores. Isto posto, observou-se que os depoimentos dos trabalhadores (profissionais de saúde da assistência) convergiram para três elementos: (1) ausência de estabilidade no

emprego e o conseqüente receio de desligamento laboral da OS, nem sempre, justo para ambas as partes; (2) as exigências constantes (e, por vezes, opressivas) na relação gestor-trabalhador e o cumprimento de metas e indicadores; e (3) a ausência de progressão na carreira, atendendo a Plano de Cargos Carreiras e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS - SUS).

*"[...] Eles ficam de olho... Tem a cobrança, não só por parte deles, mas da prefeitura também... Eles têm acesso a quantos atendimentos a gente tem... Tem, tem meta sim... Eu já vi gente que não atendia muito [...] aí foi demitido..." (M10)*

*"E então se eu não fizer meu trabalho, tem outra melhor que vai fazer [...]. E coloca outra pessoa no lugar... É isso que acontece... E eu morro de medo porque eu tenho minhas contas, mas manda quem pode e obedece quem tem conta para pagar..." (NU1)*

*"Mas eu acho que falta alguma coisa ali... talvez alguma coisa, sei lá... É, mas não tem como né... Um plano de carreira, alguma coisa assim [...] Não sei bem como funcionaria, mas falta, essa parte... [...]" (FA1)*

Em contraponto, os gestores demonstram racionalização desse processo de exigências, e justificam seus comportamentos na relação gestor-trabalhador 'atrelado' às normas do 'contrato de gestão' e determinados pela gestão municipal, com mediação do Ministério Público, em casos de impasses, como exemplo, no processo de 'prestação de contas' da OS. Justificam as exigências e ajustes constantes, junto ao trabalhador, pois são condicionantes para o repasse integral dos recursos financeiros à OS, advindos da gestão municipal do SUS. Em adição, destacam superioridade da gestão OS, devido aos quesitos flexibilização, transparência e agilidade nos processos administrativos e de compra de insumos (licitações) e, decorrentes vantagens financeiras para a gestão municipal.

*"Vejamos, é uma organização privada, certo? Sem fins lucrativos.... Então, ela também tem uma vertente, que é muito interessante... isso gera benefício ao município.... Com a questão da cota patronal, ela já tem um negócio 25% mais barato que qualquer empresa.... Então é interessante para o município.... Você ter uma condição que flexibiliza para eles as contratações, evita essa questão também de ficar com o ônus da contratação do pessoal... Todo o corpo de colaboradores, todo a equipe multidisciplinar... [...]. Ela desonera a folha de pagamento e tudo mais... E além disso, ela propicia... através da OS, uma flexibilidade, uma maior agilidade daquilo que são as licitações." (G4)*

*"[...] hoje, por exemplo, tem prestação de contas da OS, todo mês tem prestação de contas, a OS tem que atingir as metas, se não atinge as metas, ela vai receber um recurso menor, e isso é ruim [...] para a OS, porque é dinheiro a menos [...]. A prestação de contas ela é aberta, é pública... quando há divergências, o ministério público entra como mediador." (G1)*

Em suma, evidenciou-se, na percepção dos trabalhadores, o fato da gestão OS permeiar incertezas da permanência do vínculo laboral, agravado pelo monitoramento, constante, do cumprimento de metas e indicadores, desdobra-se em um profissional sentindo-se, cotidianamente, pressionado (com implicações em sua saúde), pois acima de tudo deverá manter sua produtividade, temendo substituição repentina e, por vezes, injusta. Adiciona-se a este fator, o fato da gestão OS gerar desmotivação profissional, diante do ‘não reconhecimento da evolução na carreira, junto a correspondente incentivos financeiros’. Em contrapartida, gestores consideram natural e recomendável a referida Gestão e suas exigências de produtividade, reconhecendo a parceria público-privada, lucrativa para gestão municipal e favorável na atenção à saúde da população. Ademais, gestores reforçam ganhos dos quesitos transparência e controle, exigidos pelos órgãos públicos, em detrimento do fator humano e as implicações na saúde do trabalhador. Demonstra que os gestores trabalham absortos e desinformados, focados nas pressões que sofrem e se descuidam do cuidado ao cuidador.

## **5.2 Tema 2 - Gestão OS: Potencialidades e fragilidades**

A gestão OS dessa unidade de saúde é considerada portadora de potencialidades e fragilidades. Entre os pontos fortes são relatados os seguintes benefícios: redução de mensalidades para estudo em instituições de ensino superior; e liberação para participação em um congresso anual (restrito a médicos e dentistas). No caso dos médicos é condicionada a suspensão do recebimento dos honorários do plantão (referente as horas em congresso), negociada junto aos gestores, conforme depoimentos obtidos.

No quesito fragilidades, os trabalhadores reivindicam revisão das condições para recebimento dos benefícios oferecidos advindos de acordos coletivos, considerando que o usufruir dos mesmos, entre eles, ‘folga de aniversário’ e o ‘vale alimentação’, estão condicionados à ausência de afastamentos por agravos/doenças (médico/odontológico).

*"[...] Os benefícios são o vale alimentação.... A folga de aniversário, sempre incentivando que se caso pegar atestado mais que 3 dias, vai perder o vale alimentação [...].*

*A folga de aniversário é agendada, tem que ser um até um mês depois, do seu aniversário... Às vezes a gentes escolhe, as vezes o dia pode não dar certo, mas é negociável..." (EN1)*

*"A instituição, como qualquer outra instituição, dá aquele desconto [...] em uma faculdade, numa pós... Nesses casos tenta negociar com a coordenação [...]" (EN3)*

*"Uma vez por ano, a gente tem direito a 1 Congresso, só que tipo, 30 dias antes eu apresento, onde vai ser, apresento a inscrição... Só que eu não vou receber os dias que eu faltar... Eu tenho direito de sair da escala e ir nesse congresso, uma vez por ano... Eu acho que poucos médicos sabem disso." (M5)*

Os trabalhadores reivindicam a adoção pela gestão OS, de outros benefícios ou estratégias que possam motivá-los no trabalho, considerando a insuficiência de ações que valorizem os mesmos. Ponderam, na impossibilidade do recebimento de incentivos financeiros pelo cumprimento das metas/indicadores, a criação de outro tipo de ‘adicional financeiro ou de outra ordem’ (como folgas e atenção psicológica), ou, a exemplo, do adicional e prêmios financeiros (por números de plantões realizados), restrito a categoria medica.

*"Tem alguns benefícios... Para médicos quando vem muitas vezes tem um prêmio... Isso faz aumentar o valor, porque a hora é muito pouca... Então o que aqui compensa é que tem esse prêmio [...]. Tem aquele bônus de aniversário... É folga ou recebe um ‘tantim’ a mais..." (M10)*

*"Então, pode ter incentivo de várias formas... Às vezes, melhoraria a motivação de trabalhar... O psicológico também... É melhor do que depender de medicação, porque hoje nós somos cobrados, até crianças tem problemas com ansiedade... Isso só está aumentando..." (M1)*

Ainda no quesito fragilidades da gestão OS, identificados como prejudiciais aos processos de trabalho e a saúde do trabalhador, têm-se: a sobrecarga dos trabalhadores designados ‘líderes’, ao subdividirem a assistência clínica e a gerencia dos seus setores, durante a jornada de trabalho, e, usualmente, geram horas extras, as quais raramente são remuneradas. Nesse contexto, decorre a criação do ‘banco de horas’ do profissional, isto é, compensação das horas extras trabalhadas, mediante folgas negociadas com os gestores. Outro fator, requerente de atenção pela gestão, refere-se à ‘coordenação administrativa unificada’, que padronizou a gestão de duas unidades de saúde por um único gestor, resultando em distanciamento presencial

do gestor junto ao trabalhador, dificuldades na resolução dos problemas e atraso nas tomadas de decisão.

*"Antigamente, tinha coordenadores de cada unidade, tinha coordenador administrativo, coordenador técnico e tinha coordenador da qualidade... Aqui e na outra unidade... Então, você tinha mais proximidade... era mais fácil de falar com o seu coordenador [...]. Hoje é diferente, hoje para conversar com o coordenador é mais difícil... O coordenador administrativo é aqui e na outra unidade..." (D5)*

*"Eu acho assim, por exemplo, igual a questão do líder tem muitos indicadores, tem muitas coisas a serem monitoradas, então a gente deveria sair da assistência para fazer isso. Acho que o correto seria isso, liderar e coordenar..." (D5)*

As condições e o clima organizacional do trabalho na unidade também foram mencionados, de forma recorrente, incluindo fragilidades estruturais (físicas), do abastecimento de medicamentos, assim como das condições dos equipamentos e dos computadores que são insuficientes para todos os profissionais e obsoletos.

Salienta-se, reflexões afirmativas sobre as relações interpessoais entre os trabalhadores. Há unanimidade de elogios entre os profissionais e equipes de trabalho, fortalecendo o companheirismo, compartilhamentos e união entre pares, para alcançar os objetivos dessa unidade de saúde.

*"A estrutura física, a gente percebe que está passando por reformas agora, a gente não é totalmente preparado para internação [...], então a gente, assim, passa alguns apuros, porque fica na maca, nem sempre ficam bem acomodados [...]. Então a gente dispõe de poucos leitos de cama... E, a gente vai improvisando com as macas, para tentar atender, o mínimo de conforto do paciente, mas infelizmente essa parte é um pouco falha..." (EN4)*

*"Os computadores têm que melhorar, porque eles travam muito, o sistema cai bastante, mas eu acredito que com essa reforma que eles estão fazendo, eu espero que eles troquem também os computadores, a sala, o ambiente... O tamanho da sala é bom, as coisas que a gente precisa no geral são boas... É de vez em quando falta um medicamento que a gente precisa [...], mas passa um tempo e logo vai repondo essas medicações..." (M9)*

*"A gente tem uma equipe muito unida, muito comprometida, muito comprometida mesmo, então assim, por isso que as coisas caminham, entendeu? Tem a questão da união e de*

*comprometimento, porque se a gente tivesse uma equipe desunida, que não tivesse unida no mesmo propósito, com certeza não tínhamos chegado aonde à unidade chegou." (D5)*

A visão dos gestores se aproxima dos trabalhadores, ao reconhecerem suas limitações, diante das necessárias alterações no ‘contrato de gestão’, referente a ampliação de benefícios e incentivos financeiros. Entretanto, se afirmam conscientes e sensíveis a premência em buscar estratégias de valorização dos trabalhadores. Em contraponto, no que diz respeito às exigências de metas/indicadores, ponderam baixo envolvimento e comprometimento dos trabalhadores frente aos acordos. Ademais, a gestão relaciona a sobrecarga de trabalho a escassez de compreensão e amadurecimento do trabalhador, quanto aos seus processos de trabalho e que, portanto, para alguns setores o redimensionamento de recursos humanos é a solução, mas para outros não.

*"A gente é limitado, como eu disse, o que a gente consegue, por exemplo, é uma parceria com instituições de ensino, como descontos, com bolsas, né [...], mas a gente busca, lógico, sempre dentro da carga horário dele, se ele consegue conciliar, né? [...] Em acordos com instituições de ensino, e treinamento também [...]" (G5)*

*"Desde de que você faça as orientações para a pessoas e ela aceita isso, não é cobrança... Eu não vejo isso [...] quando você estabelece isso, é só uma questão de responsabilidade, compromisso [...]. Toda vez que eu falo compromisso, eu penso em responsabilidade... [...]" (G4)*

*"Na realidade, a gente trabalha e tem trabalhado todos os dias, com os talentos humanos, esse departamento, também é uma questão diferente do poder público, porque a gente pelo contrato, força do contrato, a gente não pode ter plano de cargos e salários [...] que seria o ideal, mas o que a gente consegue, às vezes, dentro do nosso escopo de trabalho é promover alguém aqui dentro, ou em relação a alguma bonificação de algum trabalho extra que ele faz [...]. (G5)*

*"[...] Em alguns setores, foi solicitado, um redimensionamento, um aumento de equipe, e para outros, não necessariamente é a solução do caso...porque, é muito simples, você sempre falar que não dá conta, que não tem jeito... é um amadurecimento do processo... às vezes você vai adicionar, mais pessoas, e vai ver que a produtividade diminuiu... " (G6)*

Verificou-se convergência de percepções entre trabalhadores e gestores, destacando-se a necessidade de ampliação de benefícios oferecidos aos trabalhadores pela OS. Os

trabalhadores consideram o bom relacionamento interpessoal e entre equipes, bem como a união entre pares, necessárias para compensar as exigências da gestão e a promover superação das dificuldades do trabalho diário. Destacam entre os entraves diários as inadequações estruturais do ambiente de trabalho, a sobrecarga de atribuições, a realização de “horas extras” e a não proximidade dos coordenadores da unidade (colaborando na tomada de decisões cotidianas). Os gestores consideram o cumprimento de metas/indicadores, base para o desenvolvimento de cultura organizacional do compromisso e responsabilidades na relação gestor-trabalhador. E, ponderam, que as distintas situações precisam ser analisadas a partir de suas particularidades, antecedendo os devidos ajustes, como por exemplo o redimensionamento das equipes para otimizar a produtividade e redistribuir as demandas. Nesse sentido, a designada, pelos próprios gestores, de se sentirem ‘sensíveis’ (as demandas dos trabalhadores no quesito benefícios), aparenta-se como ‘identificação do gestor’ se reconhecendo, também, um trabalhador explorado e com poucos benefícios, e por consequência, indicar reconfortante início para negociações compartilhadas, horizontalizadas, simétricas, democráticas e participativas entre gestores e trabalhadores, desejáveis a saúde de ambos.

### **5.3 Tema 3 - Gestão OS: Educação na saúde (capacitação profissional)**

No âmbito da gestão municipal, os trabalhadores consideram as estratégias de educações, permanente e continuada, ainda incipientes e fragmentadas, com iniciativas isoladas e ausência de programas consolidados. Refletem que na unidade de saúde, também, ocorre essa fragmentação, pois as capacitações oferecidas, geralmente, não se iniciam por meio de planejamento estratégico e não seguem um plano de continuidade, sendo realizadas mediante as demandas mais urgentes, tais como os treinamentos para implementação de programas, protocolos ou alterações nesses últimos.

*“Não faltam só capacitações internas... O sistema mesmo... o sistema operacional é algo que gera muitas dúvidas, muita controvérsia... E que a Prefeitura [...] não consegue sentar todo mundo numa sala, reunir e capacitar todo mundo no sistema... É jogado e todo mundo vai assim aprendendo na marra... [...] não tem uma capacitação efetiva, assim... Sempre tem alguma coisa... Eu já fiz em algumas, que porventura não eram para todas as pessoas, era só para os responsáveis de cada setor [...] os profissionais da rede mesmo começam aquela conversa dentro da reunião e no final das contas não sai nada”. (D6)*

"Não tem assim... Uma educação continuada para chamar todo mundo... Tem assim pequenos focos de educação só." (M5)

"É esporádica, a gente tem alguns protocolos que quando são instituídos a gente até é capacitado para isso, mas assim, nada contínuo não... Uma capacitação com plano de educação continuada... Não tem não... É esporádico." (M7)

"Não tem a educação continuada aqui, é em relação à demanda, a gente está com dificuldade em alguma coisa, a gente está com uma demanda [...]Então eu vou pegar a equipe e treinar específico naquilo... Depois que eu já tenho um problema específico... Eu não tenho, isso da prevenção... Eu não consigo ter, infelizmente, aquele treinamento, a capacitação antes..." (EN6)

"Para enfermagem agora tem educação continuada... Porque tem uma enfermeira direcionada para educação." (EN2)

"[...] A gente trabalha com a capacitação de lideranças, né.... Porque a gente tem equipes sendo geridas por gestores que precisam também desse subsídio e desse apoio, desse suporte, então a gente oferece." (G5)

"[...] E para a educação continuada é desejável, o desenvolvimento dos líderes, é desejável.... Então o desenvolvimento de pessoas é algo que é prioritário, que é desejável e que nós fazemos dentro daquilo que é possível.... Vamos trabalhar dentro das possibilidades..." (G3)

"Hoje a gente percebe que quer trabalhar com qualidade, a gente vai começando a ver que para os processos funcionarem, você tem que ter treinamento na equipe... Então a gente vai, organiza com o corpo que a gente tem mesmo, e faz... mas é constante... treinamento tem constante... mas de um por dia... tem horários... Às vezes não dá para tirar eles do horário de levar, a gente vai em loco, treina um por um... Mas isso é feito permanente..." (G8)

"Juridicamente a gente não pode, infelizmente ir liberando, as pessoas, para fazerem determinados tipos de ações, porque como a gente é engessado em metas, a gente faz uma contratação que é por CLT, que tem um carga de trabalho, então a gente sabe que um curso externo, alguma coisa fora, a gente vai alterar a carga horário de trabalho do trabalhador, e como a gente presta conta em relação àquela carga horária e a meta que ele tem que cumprir, isso fica um pouco difícil. " (G5)

Observou-se que surge, ora na percepção dos trabalhadores, ao apontar a contratação de um profissional (da equipe de enfermagem), voltado para educação continuada, como positivo, ora pelos gestores, que se mostram receptivos frente a necessidade de melhoria nessa área, sugerindo implementação de programas continuados de formação de líderes e treinamentos da equipe.

Os trabalhadores da unidade são motivados a participarem de cursos, congressos e atualizações, entretanto, desde que haja reposição dessa carga horária, essa antítese, restringe e dificulta a adesão às capacitações externas. Os gestores consideram as horas em capacitação geradores de absenteísmos, uma vez que comprometem a meta e decorre em descumprimento da carga horária prevista no seu contrato de trabalho, e por isso se dizem ‘impossibilitados’, por força do ‘contrato de gestão’ e da legislação trabalhista, de liberarem seus trabalhadores. Desta forma, é recomendado ao trabalhador a negociação, junto ao coordenador, para posterior reposição no trabalho, das correspondentes ‘horas perdidas em capacitação’ ou a participação dos cursos externos extra horário de seu trabalho.

Em suma, a política de capacitações da gestão da OS é limitada as exigências de conclusão de metas e formação de líderes, incipiente e cativa de uma concepção dicotomizante entre assistência clínica (trabalho) e educação permanente (qualificações). Assim, eventualmente, em necessidades específicas do trabalho, ocorrerão as qualificações. Em contraponto, a política oficial de educação permanente em saúde traz em seu bojo a exigência ético-política de um processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial (no trabalho), que apesar de ser um desafio ambicioso, faz-se necessário (BRASIL, 2004a; CECCIM, 2005).

#### **5.4 Tema 4- Gestão OS: Saúde do trabalhador/adoecimento físico e mental**

Os depoimentos demonstram sinais e sintomas de adoecimento dos profissionais da saúde, corroborados pela precarização das condições de trabalho, aumento da demanda assistencial, acúmulo de atribuições e exigências do cumprimento de metas/indicadores. É perceptível aos trabalhadores a relação entre a vivência de fatores afetos a sua rotina de trabalho, atuando como ‘potencializadores’ de problemas de saúde pré-existentes e ocupacionais (ansiedade, estresse, enxaquecas, etc.) ou desencadeadores de adoecimentos físico e/ou mental. Reconhecem a resiliência e a resistência como atitudes essenciais para o enfrentamento dos desafios diários do trabalho.

*"A rotina do dia-a-dia, acaba gerando esse estado de estresse, de ansiedade... Eu percebo ao longo do dia... Então a cobrança tanto do paciente que quer receber um tratamento de qualidade em todas as áreas, quanto da coordenação, por exemplo, e da secretaria de saúde, que quer exigir meta,[...], a gente fica no meio daquela situação, aonde a gente se sente pressionado, isso é evidente, gera uma situação de ansiedade, estresse... E tem que ter um controle muito, muito bom, ao longo do ano, do mês, para poder suportar tudo isso.." (D6)*

*"E eu vejo assim, [...] mesmo que seja para desabafar, a gente não tem a quem acessar com relação a isso... Um psicólogo, uma equipe de apoio com relação a doença ocupacional mesmo, assim... para aliviar mesmo o estresse... [...]E infelizmente, eu fui umas das pessoas que fui parar no psiquiatra e que faço uso de medicações..." (EN6)*

*"Eu também tenho enxaqueca muito forte, muito forte... Chegou alguns momentos que eu achei que estava com algum tipo de tumor no cérebro... [...] Aí, eu entrei de férias, foi como se eu nunca tivesse sentido dor de cabeça na vida... No primeiro dia que eu volto, a dor de cabeça volta..." (D2)*

Os trabalhadores relatam as possíveis causas desse adoecimento, descrevendo em seus depoimentos os principais fatores externos e internos ligados diretamente e indiretamente à assistência ao paciente e às atribuições diárias próprias de suas categorias profissionais.

*"O estresse que dá é muito paciente para atender... Muita cobrança... você entendeu? Cobrança assim... A gente mesmo se cobra, você vê um tanto de paciente lá... você quer resolver as coisas... Até você se cobra... Então, mas esse é o estresse de pronto socorro... Todo pronto socorro vai ter um estresse... Eu acho que sem estresse não funcionaria... Não funcionaria certo?" (M6)*

*"Eu acho que a gente tem ficado muito exposto, a população não tem compreendido. E como tem sobrecarregado, e ficado bem cheio o pronto socorro, eles têm ficado muito [...] nervosos, e ficado agressivos com a gente, a gente já teve problemas aqui, problemas sérios, além da falta de educação... ficam xingando a gente... Ameaçam também a gente... Então eu tenho ficado com medo de abrir de porta, aí eles falam um monte de coisa para gente... ameaçam... Então, com isso aí, eu tenho ficado um pouco receosa..." (M9)*

*"Olha, no geral sempre falta alguma coisa, mas, por exemplo não é ruim não... tem lugares piores... O que falta aqui ou em todas as unidades do setor público, é, em relação a*

*transferência de paciente...[...] O problema é a questão de transferência de paciente grave que precisa de uma UTI, fica dois, três dias, entubado aqui." (EN3)*

*"Eu acho mais difícil a parte das pessoas, de número de pessoas, do que em relação a insumos... Os insumos a gente acaba se virando mesmo, se organizando, improvisando, mas agora a parte de pessoal realmente a gente chegou no limite..." (EN6)*

*"Eu tenho muito medo de ficar afastada... e em muitos momentos eu já senti que eu precisei, tanto por questões físicas [...] E por problemas emocionais também..., mas eu tenho medo de afastar, não por minha causa ou por medo de ser demitida... Eu tenho medo de comprometer a equipe [...]. Então as vezes eu suporto, para não ter que causar um transtorno para a equipe." (D2)*

Ainda dentro desse tema, os trabalhadores listaram sugestões que acreditam ter o poder de minimizar o impacto dessa realidade tanto no ambiente profissional quanto em sua vida privada.

*"Não sei se tem a ver, mas eu vou falar porque eu comparo com outros serviços... Faz falta de a gente ter um momento no plantão de relaxar sabe? [...]A gente tinha uma equipe que chegava lá e falava assim... agora a gente vai fazer alongamento... E ficava 10 minutos com a gente, ficava 10 minutos com a gente assim... E era uma coisa maravilhosa, você parece que saia tão bem [...]" (EN4)*

*"[...] Nossa senhora, eu acho que nós deveríamos ter um acompanhamento psicológico, tinha que ser obrigatório, qualquer um da área da saúde, eu acho que deveria ter sabe... Um grupo de... não sei. Alguma coisa..." (EN3)*

*"Eu faço academia, 3x na semana. E a gente dá plantão também no final de semana, mas eu consigo conciliar o momento que eu estou de folga, eu desligo mesmo... Vou curtir minha família, curtir minha filha, tranquilo..." (AS2)*

*"[...] Todo mundo está no mesmo barco, ninguém tem privilégios, todo mundo está nessa pressão desses protocolos, desses resultados, de vez em quando você vê um com a saúde mental piorando... Chora, sai correndo... Mas você vê como está a situação lá fora... Aí pensa... O emprego não está muito fácil... Começar numa casa nova vai chegar também os protocolos... Então um vai apoiando o outro e vai levando..." (M5)*

Em contrapartida, a percepção dos gestores, sobre a saúde de seus trabalhadores, refere-se à implementação de ações direcionadas para segurança ocupacional. Se mostram

abertos e conscientes da necessidade de uma maior atenção nessa área, pois entendem que ações para proteção da saúde física e emocional de seus profissionais precisam ser implementadas. Revelam ainda, que existem projetos em desenvolvimento e que reconhecem a importância do monitoramento, da condição de saúde dos trabalhadores da unidade, inclusive para determinarem se existe ou não umnexo causal entre a o adoecimento e o trabalho, como por exemplo, na Síndrome de Burnout.

*"No meu entendimento como gestor, eu penso que a gente sempre deveria estar fazendo mais... Bom, a gente tem a gestão de pessoas, que a gente tem a psicóloga organizacional que dá esse suporte... mas tudo que se faz nessa área é pouco, porque a demanda é grande... Eu gostaria que tivéssemos outros momentos, de outras oportunidades de estar fazendo mais... Às vezes, pelo nosso colaborador, porque é bem estressante [...]" (G5)*

*"O que eu vejo de ações efetivas do SESMT, eles promovem ações [...] de relaxamento... eu não sei se se perdeu..., mas eu participei dessas motivações... [...] mas é uma coisa que tem que se recuperar... [...] a gente trabalha mesmo é a questão de cuidados, de equipamentos de proteção individual... A gente quer retomar aquela questão do aniversário mensal... que era uma coisa que descontraia... Que interagia... Tinha um trabalho que se fazia aqui, que era interessante, que era a perda de peso da equipe, fazia um trabalho de cuidado da saúde dele, enxergando que ele precisa cuidar do peso, de dieta... Envolvia nutrição. Então, são experiências que se perderam e que a gente precisa retomar... É um ponto, talvez de fragilidade da instituição, que precisa ser melhorado... Com certeza..." (G7)*

*"Na saúde, existem os riscos, existe problemas porque é insalubre... existe possibilidade de contaminação, de ferimentos... Agora, uma questão... já que o pensamento é sobre o trabalho, o que precisa ver, é a pessoa integral..., porque as vezes trata como uma pessoa que está com Síndrome de Burnout, que ela adquiriu isso no ambiente de trabalho.... Mas como é a vida dela? A vida particular dela? Como é a situação que ele vive né? Porque existem pessoas... Tanto que chamam doenças psicossomáticas... Então elas vão somatizando tantas coisas... e aí não dá para colocar a culpa no trabalho... Eu acredito que precisaria ampliar esse diagnóstico porque as vezes você tem uma série de fatores e depois você quer pegar um fator e culpalizar um único fator..." (G3)*

*"[...]No que tange a nós, a gente tem que trabalhar isso... Já temos ações específicas... iniciativas... de sensibilidade, de olhar, porque hoje o contato que tem de pessoas, de rede social, traz informações para gestão de pessoas, existe uma conversa, uma busca, né..."*

*Entendeu? Então isso já está sendo cuidado... Assim, nós precisamos melhorar em tudo, né? Mas existe essa sensibilidade já em andamento..." (G3)*

*"Mas a instituição, com certeza precisa melhorar e muito na abordagem tanto nas questões de condição de ambiência, quanto no aspecto de suporte emocional para esse profissional que está ali na ponta, na assistência... Porque aquilo ali é uma guerra [...] Com certeza, é uma fragilidade, e a gente tem que assumir e encarar, e precisamos ver como nós vamos melhorar isso..." (G7)*

Os trabalhadores, em concordância com a linha de pensamento da Psicodinâmica do Trabalho, identificam os efeitos deletérios do trabalho, especialmente sobre a saúde mental do trabalhador, sentem-se cômicos da conexão entre sinais e sintomas de adoecimento que afetam sua saúde afetos ao trabalho. Somam-se a isso, o sentimento de pressão/tensão e exigências, ora de gestores, ora da demanda de assistência clínica dos usuários, implicando diretamente em sua saúde e bem-estar, decorrentes de desgastes físico e emocional. Relatam como fator protetivo e de suporte às pressões diárias, o fortalecimento atitudinal - 'se sentirem fortes'. Ademais, sugerem políticas voltadas ao relaxamento/alongamento e descontração e apoio psicológico. A família, os amigos e desenvolvimento regular de exercícios físicos são também reconhecidos como fatores protetores que promovem equilíbrio, em suas exaustivas rotinas de trabalho. Por sua vez, gestores assumem que essa problemática exige ações concretas, manifestam-se receptivos e atentos aos cuidados e a proteção à saúde do trabalhador (afetos as doenças ocupacionais) e relatam projetos em andamento com essa finalidade.

## **5.5 Tema 5 - Gestão OS: Acreditação da qualidade ONA**

A percepção hegemônica dos trabalhadores é que a 'Acreditação' é benéfica para si e para os usuários. Em paradoxo, essa constatação vem acompanhada pelo reconhecimento de que os padrões de qualidade podem trazer uma sobrecarga de atribuições, exigências e, também, um distanciamento do paciente, permeado pelos inúmeros registros procedimentais, ocorridos durante o atendimento profissional-usuário, exigindo ajustes nos processos de trabalho. Sugerem priorizar, durante o atendimento do usuário o acolhimento, e a atenção 'frente a frente'/ 'olho no olho' (contato visual para franquear escuta ampliada), em detrimento de inúmeros registros formais exigidos pela metodologia de avaliação/acreditação da qualidade ONA.

Segundo suas percepções, as principais fragilidades da implementação da acreditação são: burocratização do trabalho; falta de gerenciamento dos protocolos; subdimensionamento de profissionais em algumas áreas, especialmente, dos técnicos de enfermagem; e a ausência da 'cultura da qualidade', ainda em construção. Quando das visitas dos avaliadores da acreditação, os trabalhadores se sentem sobrecarregados pelos ajustes que precisam ser desempenhados/elaborados, em curto período de tempo. E, desta forma, todos esses fatores geram estresse, principalmente pela cascata de exigências que recaem sobre o trabalhador.

*"Também concordo que sobrecarrega um pouco porque o excesso de protocolo, o excesso de diretriz, às vezes, te deixa um pouco mais preso, no que você vai fazer, em relação ao atendimento, a gente acaba tendo menos tempo com o paciente, e mais tempo com o protocolo, quando você acaba o atendimento, você vai preencher papel". (D6)*

*"Eu vejo de forma muito positiva essa questão de implantar a qualidade, só que, as metas que a prefeitura impõe, dificultam a gente fazer essa gestão da qualidade, acaba que gera trabalhos extras, muitos trabalhos extras, muitas planilhas, muitas coisas para serem monitoradas..." (D5)*

*"Se tivesse na época da visita do avaliador uma ação preventiva, eu acho que a gente conseguiria até mais níveis... Porque assim, a gente nos sobrecarrega, sobrecarrega os nossos colaboradores... Não é perder tempo... a gente entende que é necessário participar de reuniões, só que próximo a visita do avaliador, por elas terem que sair da unidade para ir para outras unidades, elas perdem tempo..." (FA2)*

*"Eu consigo lidar até bem... Eu estou a tanto tempo aqui, que eu já absorvi muita coisa..., mas acaba que atrapalha um pouquinho, que as vezes tem que ter um excesso de trabalho por causa disso... Às vezes há um pouquinho de sobrecarga sim..." (M7)*

*"[...] O meu trabalho é extremante exaustivo, angustiante e doentio perto da visita... É... vamos ao psiquiatra sim, tomamos remédio sim... Temos uma sobrecarga muito grande de trabalho na véspera da visita [...] é muita cobrança e muita falta de apoio..." (EN6)*

*"Eu acho que ainda não temos uma cultura de qualidade... A gente tem uma cultura de visita... [...]. Tem visita, todo mundo surta, e trabalha um mês... Eu acho que uma visão que grande parte das pessoas tem... E isso acaba gerando um descrédito com relação ao processo de qualidade... É... fica assim, é... tapando o sol com a peneira, maquiando para visita... Infelizmente..." (EN6)*

Entretanto, mesmo com as dificuldades, existe um consenso a respeito da relevância da implementação da acreditação, e que o referido programa de qualidade, traz padronização dos protocolos e atendimentos, além da organização dos processos de trabalho, contribui para a melhoria contínua da assistência ao paciente e de sua segurança. E, traz respaldo ao profissional, mediante o registro seguro nos prontuários e planilhas de apoio. Os trabalhadores sugerem melhorias, dentre elas, a criação de um ‘plano de ações continuadas’, tentando preparar os profissionais para seu desempenho nos processos da acreditação, quando das visitas dos avaliadores. Relatam a necessidade de uma revisão dos protocolos visando sua otimização e reduzi-los em quantidade.

*"Cada setor tem um volume de protocolos de tudo que é feito dentro daquele setor, e aí tem um protocolo geral da OS, então eu acho que é uma maneira ideal de organizar, de organização que deixa bem à frente das outras unidades e vem crescendo, isso vem crescendo ao longo dos anos, de alguns anos para cá, tem ficado cada vez mais à frente o desenvolvimento de um atendimento de qualidade..." (D6)*

*"Eu acho benéfico, acho que ajuda, para a instituição se organizar melhor, para ver os fluxos funcionarem [...] a gente esbarra em algumas questões físicas, questão de funcionários, de demanda de pacientes, mas no geral eu acho que é uma coisa produtiva, que vai ajudar, se conseguisse focar, a equipe toda focar nisso, acho que vale a pena, acho que é uma coisa positiva sim." (M7)*

*"Eu só vejo pontos positivos... A Acreditação faz a gente trabalhar mais em cima de protocolos, faz a gente promover mais protocolos, quando eles vêm aqui na unidade, eles enxergam coisa que a gente já está engessado e não está vendo mais, então eu só vejo que teve melhoria para o paciente, para o respaldo do nosso trabalho... Então, eu não vejo nenhuma negatividade para a gente. Eu vejo mais positividade..." (EN1)*

*"E outra coisa que eu percebo, tem protocolos e mais protocolos e não se revisam os que já estão defasados... Que poderia extinguir... Então, a gente é ‘acreditado’... então são os protocolos da acreditação... Até a visita dos avaliadores que teve agora... Eu achei muito válida porque eles conseguiram enxergar que o profissional está passando mais tempo na questão de digitar, com papel, do que com o paciente..." (FA2)*

*"[...] Então assim, o objetivo maior disso aí tudo é o bem-estar do paciente... É estressante porque tem muitos protocolos que tem que seguir, tem “n” coisas, tem que preencher muito papel, quando tem a visita dos avaliadores tem que acompanhar... Então*

*assim, é muito desgastante..., mas, é bem positivo para o paciente... É, o que você não pode fazer... é deixar a casa arrumada, só quando vai receber visita... Tem que ser todo dia..."* (EN5)

Similarmente, os gestores evidenciam percepção positiva em relação à implementação da 'Acreditação' da qualidade ONA, decorrente, em seu primeiro momento, de exigência do 'contrato de gestão', todavia, atualmente, transcendeu-se, sendo bem aceito e consolidado na unidade de saúde, evidenciado pelos bons resultados e benefícios, aos usuários e trabalhadores, especialmente, nos quesitos segurança e qualidade da assistência.

*"Na assistência tem muita diferença nos processos de trabalho [...] Na assistência a gente vê muito isso... Até o próprio paciente, o colaborador da ponta, ele vê diferença... Nossa, é muito diferente aqui, em relação as outras unidades [...]"* (G8)

*"E a qualidade não para, sempre tem desafios e a gente entende cada vez mais que esses processos, eles trazem organizações e metodologias eficazes para o desenvolvimento das tarefas... [...] Então a gente entende que isso é muito importante, isso traz qualidade, mas principalmente, resolutividade no atendimento da população. Dentro disso que a gente procura ter um atendimento humanizado..."* (G5)

*"[...] Não tem como você trabalhar a saúde, sem preocupar com a segurança [...] Então, quanto mais você cuidar dessas questões, discutir, e trabalhar com sua equipe, a questão da segurança, para o paciente e conseqüentemente para o trabalhador, melhor para todo mundo... Melhor para instituição, melhor principalmente, para o paciente... Então, eu não consigo enxergar a prática da assistência, na área da saúde, sem estar associada com a busca da segurança... E quando a gente fala segurança, a gente está falando da busca de qualidade... Para mim, eu não consigo dissociar uma coisa da outra, de forma alguma."* (G7)

*"Em uma unidade acreditada a exigência é maior, tanto de quem está trabalhando, como de quem busca o atendimento [...] você exige mais daquela unidade... E não quer dizer que você, por ter qualidade, você não tem erros, ou falhas no processo... Pelo contrário, quando você institui um processo de qualidade você consegue enxergar melhor e entender que aquilo que está sendo feito, talvez não seja da melhor forma, você então faz todas as adequações necessárias, as implantações necessárias."* (G2)

Entretanto, quando o assunto são as implicações na saúde do trabalhador, os gestores, em sua maioria, discordam que os padrões de qualidade da acreditação possam trazer

sobrecarga de atribuições ou mesmo estresse. Paradoxalmente, concordam que as exigências aos trabalhadores são maiores, em unidades acreditadas, quando comparadas as unidades de gestão convencional. Conforme visão da gestão, quando o trabalhador incorpora o registro completo, o seguimento dos protocolos e o preenchimento das planilhas, à sua rotina de trabalho, mesmo que enfrentem, inicialmente, uma certa resistência, usualmente, profissionais comprometidos aderem, de forma natural e progressiva, sem implicações em sua saúde física e mental.

*"A qualidade não é um fator a mais de estresse... pelo o que estou vendo em termos de protocolos, em termos do dia-a-dia... [...]então, pode até gerar um estresse, um cansaço, talvez.... qualquer coisa para quem não está a fim é estressante... né?" (G6)*

*"Se ele tiver um olhar... 'nossa eu estou cansado de anotar, cansado de escrever... Isso está aumentando minha carga de trabalho'... Tem uma coisa errada, o registro em si é parte da atividade... É parte da função... Então inserir planilhas, retirar planilhas, digitar isso, digitar aquilo... Não necessariamente acarreta uma carga de trabalho, uma carga excessiva, que vai causar estresse... Não em todas as situações... cada caso é um caso..." (G6)*

*"Bom, eu entendo assim, um processo de trabalho bem instituído ele nunca vai causar doença no trabalhador, ao contrário, ele vai melhorar a condição de trabalho, o que a gente precisa entender, é como que esse processo é proposto, como esse protocolo novo é proposto, e aí que entra essa questão do dimensionamento de profissionais, eu estou propondo um protocolo que vai me exigir mais registro, eu estou bem dimensionado... Se eu não estiver bem dimensionado de recursos humanos, ele tende a ser um fracasso... Se eu não estou bem dimensionado de equipamento, de insumos, ele tende a ser um fracasso..." (G7)*

*"Então inserir planilhas, retirar planilhas, digitar isso, digitar aquilo... Não necessariamente acarreta uma carga de trabalho, uma carga excessiva, que vai causar estresse... Não em todas as situações... cada caso é um caso..." (G4)*

*"Eu não vejo como acrescenta serviço a mais... Eu acho que [...] faz parte da rotina... E hoje, como a qualidade está sendo buscada em todos os níveis, então é uma coisa que o profissional precisa adequar e adaptar... É, logicamente que a cobrança do trabalho, ela aumenta, porque a exigência é aumentada, os critérios de acompanhamento, mas isso eu vejo como algo importante para empresa e mais importante é para o colaborador que participa de um processo de qualidade, entendendo até como algo diferencial no seu currículo, de ter um olhar diferenciado no porquê que eu estou fazendo aquilo..." (G2)*

Os gestores e os trabalhadores validam a implementação da acreditação, uma vez que agrega inovações aos processos de trabalho e promove organização dos serviços de saúde. Na ótica dos trabalhadores, o preenchimento excessivo de planilhas e o seguimento de vários protocolos, têm concentrado sua atenção em atividades de ‘preenchimento de papéis’ e desviado seu real propósito – *a atenção ao usuário*, exigindo ajustes, reorganização e otimização do trabalho burocrático (documental). Sugere-se, também, melhor preparo das equipes, mediante capacitações periódicas, buscando equilíbrio entre o tempo gasto nas anotações/registros inseridas, via computador, e na atenção com o usuário. Os gestores, apesar do reconhecimento de que a acreditação da qualidade promove maiores exigências do trabalhador, não acreditam que gerem adoecimento do trabalhador. Essa percepção se mostra restrita e unilateral, ao vislumbrar somente os benefícios da acreditação, desconsiderando o adoecimento do trabalhador. E dentro dessa perspectiva, os gestores se omitem e transferem para o trabalhador a responsabilidade de lidar com as consequências do esgotamento profissional, negando assim, seu nexos causal e a sua parcela de responsabilidade sobre essa situação.

Evidencia-se a necessidade de um olhar para o ambiente e as condições de trabalho, que fortaleça a implementação de ações na busca do equilíbrio, humanização e simetria dos processos gerenciais, em direção ao incentivo da cooperação e participação dos trabalhadores, na construção de relações trabalhistas que minimizem o sofrimento, o estresse e o desgaste dos profissionais, causadores de adoecimento, em um movimento de valorização da identidade individual e coletivo dos mesmos (DEJOURS, 2012). E isso se dá pela importante construção de espaços abertos de fala e escuta entre trabalhadores e gestores.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados nesse estudo mostram que a gestão OS, de caráter público-privado, na visão dos gestores, transfere lucratividade a gestão municipal e favorece a saúde da população e ganhos na transparência e controle, exigidos pelos órgãos públicos. Já, na ótica dos trabalhadores, essa mesma gestão, ao vincular seus trabalhadores, sob condução laboral celetista, estabelece o sentimento de instabilidade e insegurança do trabalhador, em relação a permanência e continuidade ao seu trabalho. Adiciona-se, desmotivação profissional, em razão da não progressão na carreira e baixo incentivo na educação na saúde, considerada principiante e dicotomizada (trabalho e educação), contrastante com desejável processo educativo incorporado ao cotidiano do trabalho.

Os trabalhadores e os gestores legitimam a ‘Acreditação da qualidade ONA’, uma vez que agrega inovações, organização dos processos de trabalho e promove melhorias contínuas da atenção, segurança e qualidade na assistência à saúde dos seus usuários. Em contraposição, na percepção do trabalhador, ocorre a sobrecarga de atribuições e altas exigências (de produtividade, metas e indicadores), e, por vezes, concentração da atenção profissional (durante o atendimento ao usuário) em atividades meio (notações documentais), em detrimento da atenção ao usuário. Esse cenário é acirrado por inadequações estruturais e de ambiência e tensões causadas por alta e exigente demanda assistencial dos usuários, nem sempre compatíveis com as condições estruturais, físicas e psicossociais concedidas, gerando adoecimento dos seus trabalhadores.

Esses fatores mencionados, resultam em um profissional tencionado, desmotivado e temendo desligamento do trabalho, com graves implicações em sua saúde (física e psíquica). Indica-se necessidade de ajustes aos processos de acreditação da qualidade, preparação das equipes (capacitações periódicas), par e passo com cuidados que minimizem ou evitem complicações na saúde do trabalhador.

Por sua vez, gestores consideram recomendável as exigências de produtividade e metas supramencionadas, em defesa da consolidação de cultura organizacional, do compromisso e responsabilidade, na relação gestor-trabalhador. Discordam que os padrões de qualidade da acreditação possam resultar sobrecarga de atribuições, estresse e gerar adoecimento ao trabalhador. Essa é uma visão unilateral e reduzida, pois considera, exclusivamente, os bônus da acreditação, não levando em consideração o seu ônus no desenvolvimento/agravamento de doenças ocupacionais que afetam o trabalhador.

Diante da problemática posta, os fatores protetivos a saúde do trabalhador, considerados na percepção dos mesmos, perpassam por: progressão na carreira e estabilidade no labor; fortalecimento atitudinal dos profissionais, intentando resiliência e resistência, frente as tensões vividas em suas exaustivas rotinas de trabalho; união entre pares; bom relacionamento interpessoal e entre equipes; as relações familiares e de amizade; rotina de exercícios físicos; implementação de planos de ação, voltados para o relaxamento/alongamento, a descontração e apoio emocional, para equilibrar as exigências da gestão e promover a superação dos efeitos desgastantes do trabalho diário. Adiciona-se, na visão de gestores e trabalhadores, a ampliação de benefícios oferecidos aos trabalhadores pela OS, implementação de capacitações, formação de líderes e preparação das equipes. Os gestores recomendam ações concretas, cuidados e proteção à saúde do trabalhador, perante as doenças ocupacionais e relatam projetos em andamento com essa finalidade.

A instabilidade do vínculo celetista, atado à exigência do cumprimento de metas gera um receio de desligamento da instituição. De fato, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) traz que essa é a realidade do sistema de saúde brasileiro, a partir da terceirização, na qual se introduziu distintos vínculos empregatícios, nem sempre protetivos do trabalhador. E essa diversidade de vínculos resultou em ‘gestão do trabalho’ mais complexa e desafiadora, pois altera-se não só a forma de ingresso no serviço público, mas também o tempo de permanência, uma vez que esses trabalhadores não gozam de estabilidade garantida aos servidores públicos (CONASS, 2011; COSTA E SILVA, BARBOSA, HORTALE, 2016). Nesse contexto, os gestores têm maior liberdade na gestão dos ‘recursos humanos’, isso por um lado, dá uma maior autonomia, flexibilidade e agilidade para essa área, porém, ao mesmo tempo, gera medo e instabilidade para os trabalhadores por se sentirem pressionados e receosos de perderem seus empregos (COOPER, 2005). Nessa conjuntura, de transformação das relações de trabalho, urge a necessidade de criar espaços de debates que permitam estabelecer um equilíbrio entre as exigências dos gestores e as reivindicações dos trabalhadores (CONASS, 2011; PACHECO et al, 2016).

Verificou-se, na visão dos gestores, inviabilidade legal (mediante contrato de gestão vigente) para oferecer incentivos financeiros, relacionados ao cumprimento de metas e à produtividade. Entretanto, verificou-se que a motivação do trabalhador, não está exclusivamente afeta aos seus honorários e a premência de ajustes constantes (em decorrência de um contexto econômico inflacionado). Desse modo, faz-se necessário, além do tensionamento da referida inviabilidade, a busca e a implementação de outras formas de

valorização profissional, inclusivos de mudanças nas estratégias e políticas da gestão do trabalho que envolvem a qualificação profissional, atividades motivacionais e o desenvolvimento de competências que promovam segurança e autonomia profissional (HUNGA, 2013; PACHECO et al, 2016; PARAÍZO; BÉGIN, 2020). Nesse contexto, alguns estudos corroboram com a visão que a implementação de estratégias similares ao PCCS incentiva a qualificação dos trabalhadores da saúde e de suas equipes e isso faz com que os mesmos se sintam valorizados e mais seguros para realizarem desde de procedimentos básicos aos que dependem de habilidades específicas (CONASS, 2011; FERNANDES et al, 2018).

Usualmente, segundo alguns autores que se debruçaram na análise do contexto da educação na saúde, nas duas modalidades: educação continuada e permanente no Brasil, verifica-se desconhecimento ou não seguimento, no âmbito de execução das políticas e da gestão de educação na saúde, advindas da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). É raro, também, sobrevir manutenção de estratégias continuadas de educação na saúde, tanto no âmbito local, quanto no campo das macropolíticas de estado, devido a entraves financeiros e gerenciais. Agregar a educação na saúde ao contexto do trabalho, de forma ascendente, isto é, dos trabalhadores para os gestores é diretriz da PNEPS. Todavia, apesar dos avanços, observa-se no país, momentos isolados de educação ‘não-continuada’, junto a práticas insuficientes para capacitarem os trabalhadores, pois não lhes fornece conhecimentos adequados e suficientes, para completarem de forma satisfatória o processo de ensino-aprendizagem, essenciais para a qualificação e atualização das práticas clínicas e de saúde coletiva. E agravante a essa realidade, inclui-se também a escassez de oferta de cursos de ensino tradicionais (atualização e especialização), advindas da gestão, nas três esferas de governo, associada aos entraves relacionados com a liberação dos mesmos para participarem integralmente desses atividades de educação continuada (BRASIL, 2004a; 2007; 2012b; 2018; CONASS, 2011; PERES; SILVA; BARBA, 2016). Destarte, a política oficial de educação permanente em saúde traz em seu bojo a exigência ético-política de um processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial (no trabalho), que apesar de ser um desafio ambicioso, faz-se necessário (BRASIL, 2004a; CECCIM, 2005).

Observou-se alinhamento de percepções, de trabalhadores e gestores, quanto aos inúmeros benefícios da acreditação da qualidade ONA, tais como: respaldo profissional mediante os protocolos clínicos validados e organização da unidade e dos fluxos de atendimento. Cabe ainda ressaltar, que o processo de acreditação produz também orgulho nos trabalhadores, pois se sentem valorizados quando recebem uma avaliação positiva, tanto

relacionado aos processos e protocolos, quando à organização estrutural estabelecida (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Entretanto, quando se fala do aumento das exigências e cobranças da acreditação, os trabalhadores se mostraram críticos devido à sobrecarga dos profissionais da assistência e subdimensionamento de trabalhadores. Sabe-se que um dos fatores causadores de estresse do trabalhador, está relacionado as condições de trabalho, tais como a escassez de insumos e recursos humanos. Entretanto, em unidades acreditadas, esperava-se que esses problemas fossem minimizados, mesmo no âmbito da saúde pública. Desta forma, faz-se necessário identificar os principais pontos críticos, e se necessário reorganizar os processos de trabalho ou ainda redimensionar o número de profissionais, para diminuir a pressão sobre os mesmos (HIGASHI et al, 2013; PANIZZON; LUZ; FENSTERSEIFER, 2008).

Além disso, existe uma contraposição nos pressupostos de implantação do processo de acreditação, que precisa ser ajustada, pois ela deveria promover o bom relacionamento da equipe com os pacientes, e isso pressupõe momentos de escuta e de diálogo, que não poderiam ser suplantados pelo tempo de preenchimento do prontuário. Assim, a qualidade na assistência não pode estar ligada somente às adequações técnicas, ela envolve as dimensões interpessoais e ambientais, que geram mudanças tanto na relação trabalhador/paciente, no sentido da humanização dos cuidados, quanto no ambiente físico, para que o tempo do paciente nessa unidade, se torne confortável e agradável (MEZOMO, 2001; LIMA; EDERMANN, 2006).

Cabe aqui uma crítica sobre a priorização do desempenho, da produtividade, dentro das exigências dos padrões exigidos, em detrimento da pessoa executante dessas ações. Por muitas vezes, o trabalhador é visto somente como mais um dos fatores a ser moldado ou colocado na fôrma. Implantam-se padrões de medidas de qualidade a serem seguidos, mas, em contrapartida, não são mensurados os danos que o aumento da pressão pode causar na vida e na saúde dos trabalhadores, tanto daqueles que não conseguem alcançar o desempenho exigido, quanto dos que, mediante sacrifícios, transformam toda a sua energia em força de trabalho. Configura-se em falhas que precisam urgentemente ser corrigidas para que haja o reconhecimento da correlação entre essas duas medidas (GAULEJAC, 2007).

Ademais, os trabalhadores apresentam dificuldades relacionadas com as condições de trabalho, com o espaço físico inadequado, equipamentos obsoletos, falta de insumos e materiais. Nesse aspecto, a melhoria das condições do ambiente de trabalho é de responsabilidade dos gestores, e essas adequações são necessárias para diminuir os fatores extrínsecos que podem

ser considerados estressores na rotina dos trabalhadores e geradores de absenteísmo por afastamentos médicos, ou mesmo, do presenteísmo que impacta no desempenho dos profissionais. Tudo isso é prejudicial para a instituição e poderia ser evitado mediante um monitoramento periódico da condição de saúde dos trabalhadores e a promoção de práticas e ações que possam evitar o adoecimento dos mesmos (KILIMNIK et al., 2012; POTOCKA, 2012).

A saúde dos trabalhadores, da unidade em estudo é caracterizada pelo estresse momentâneo, insônia e preocupações constantes, sinais de adoecimento físico e mental, destacando-se enxaqueca, dores constantes e necessidade de uso de medicação de controle especial, para ansiedade e estresse. Os trabalhadores quando adoecidos apresentam perda de produtividade e queda no desempenho, acarretando prejuízos financeiros, também, para a organização social, na medida que aumenta a rotatividade de trabalhadores e acarreta em perdas operacionais pela ausência e/ou substituição desses profissionais (PAIVA; GOMES; HELAL, 2015; SOBRAL et al, 2018)

E esses fatores associados podem manifestar nos trabalhadores sinais e sintomas da Síndrome de Burnout, conhecida também como a Síndrome do Esgotamento Profissional, na qual o trabalhador se encontra em um estado de extrema exaustão física e emocional, ocasionada pelo excesso de cobranças por maior produtividade e alcance de metas, pelos conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e também pela sensação constante de fracasso diante da pressão por ser e fazer o melhor sempre. Essa síndrome é de difícil diagnóstico e tratamento, entretanto ela é possivelmente evitada mediante a implementação de estratégias individuais, coletivas e organizacionais, relacionadas com a promoção de saúde no ambiente laboral, que pressupõe a identificação dos fatores estressores e o desenvolvimento de ações efetivas para minimizá-los a ponto de não mais causarem adoecimento dos trabalhadores (MENDANHA; BERNARDES; SHIOZAWA, 2018).

Torna-se importante, registrar que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) ressalta a responsabilidade dos entes federativos em monitorar a condição de saúde dos trabalhadores, mediante o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), além de promover ações de prevenção e proteção dos mesmos. Portanto, a gestão municipal, dentro das suas competências tem como responsabilidade a capacitação dos profissionais e equipes para melhor atuarem na atenção à saúde do trabalhador e o fortalecimento da Rede de Atenção dos Trabalhadores, oferecendo suporte e apoio para aqueles que estão em situação de risco. Além de monitorar e analisar a produção de protocolos, de linhas

guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, muito importantes no direcionamento de práticas preventivas e de recuperação da saúde dos trabalhadores, pois sabe-se que as ações de promoção de saúde são eficazes e menos onerosas do que os gastos com o tratamento e reabilitação de profissionais adoecidos (BRASIL, 2012a; LACAZ, 2013; FERREIRA; MARTINS; VIEIRA, 2016).

Associado a isso, os profissionais reforçaram que não possuem suporte emocional de profissionais da área na unidade e que contam exclusivamente com os companheiros de trabalho para desabafarem. Relatam, também, falta de momentos/estratégias de relaxamento, planejados pela gestão. Diante da escassez de mecanismos de suporte e canalização do estresse, os trabalhadores buscam na cooperação coletiva a força necessária para suportarem as condições adversas do trabalho, nesse sentido as relações interpessoais precisam estar baseadas na confiança e acontecerem de forma natural, ou seja, sem imposições gerenciais, para que resultem em um movimento unidirecional objetivando o bem comum e a solidificação de um campo de trabalho agregador e saudável (DEJOURS, 2012; MACÊDO et al, 2013; CARNEIRO; SILVA; CAMPOS, 2018).

Os gestores consideram que quando se acordam metas e demais processos da acreditação, as mesmas são inerentes as atribuições dos trabalhadores, e por isso não geram estresse e nem adoecimento e depende, exclusivamente, do comprometimento e da responsabilidade desses trabalhadores. Essas afirmações, são discordantes com estudos que demonstram conexão direta entre as principais causas do adoecimento dos profissionais da saúde e sua rotina de trabalho estressante, exigente de atenção permanente para uma correta tomada de decisão. Assim, as exigências (cobranças), o aumento da demanda e a escassez de profissionais são alguns dos determinantes no desequilíbrio saúde-doença dos trabalhadores. Em decorrência, se faz necessária uma maior atenção dos gestores na introdução de políticas preventivas de doenças e agravos, bem como de proteção e apoio aos trabalhadores, incluindo a avaliação do clima organizacional e das condições de trabalho. Indica-se a gestão do trabalho construída de forma participativa, tornando-se mais equilibrada e justa, também na visão do trabalhador (ANDRADE, ALBUQUERQUE, ANDRADE, 2011; ALBINI et al., 2011; MAGNAVITA; HEAPONIEMI, 2012; FERREIRA et al, 2016).

O dia-a-dia dos trabalhadores da saúde é por si só desgastante, porque eles lidam não só com a vida, mas também com o risco de morte de seus pacientes. E isso também pode ser potencializado por conflitos interpessoais e familiares, que trazem um desequilíbrio para o profissional. Esses fatores mencionados, associados ao aumento da demanda e ao

subdimensionamento das equipes, geram implicações não só físicas, mas também emocionais e afetivas para seu cotidiano. Isto posto, torna-se importante a criação e implementações de estratégias gerenciais que busquem minimizar os efeitos deletérios dessas realidades, pois as condições de vida e trabalho desses profissionais impactam também na qualidade do serviço que ele oferece (BOLDOR et al, 2012; FERREIRA et al, 2016). De fato, como o trabalhador pode produzir saúde, se está adoecido?

A partir dessa constatação, e trazendo para o debate a Psicodinâmica do Trabalho, o trabalhador se vê num lugar de luta diária contra o sofrimento e angústia de permanecer no labor, quando quer fugir, e isso representa o *start* para o desenvolvimento de patologias associadas ao desequilíbrio físico e psíquico. Destarte, sugere-se a construção de espaços laborais abertos à negociação e ao debate que são capazes de gerar mudanças significativas nessa realidade deletéria, resgatando o sentimento de pertença e felicidade relacionados com o ambiente de trabalho e suas atribuições (DEJOURS 2012; CARNEIRO; SILVA; RAMOS, 2018).

Nessa perspectiva, amplia-se as discussões sobre produtividade, desempenho, remuneração, benefícios e qualidade na assistência, entretanto não se pode descuidar do fator humano do setor da saúde, na valorização das pessoas que executam e recebem as ações e que, portanto, não se pode limitar ao desenvolvimento técnico ou à exigência dos contratos pré-estabelecidos, pois todas essas mudanças e/ou exigências impactam também na vida e na saúde dos trabalhadores. Há que se desenvolver uma expertise gerencial que consiga equilibrar a visão corporativa e a identificação profissional para que os trabalhadores imersos em cobranças e exigências consigam reencontrar o verdadeiro sentido do trabalho, e que esse não seja exclusivamente um local de exigências e desgastes, mas também de crescimento e prazer (CONASS, 2011; GAULEJAC, 2007; DEJOURS, 2012).

Aliás, essas afirmações corroboram com a dicotomia do trabalho, que produz sentimentos de sofrimento e prazer, que perfazem uma relação cíclica de equilíbrio e desequilíbrio, principalmente relacionados a capacidade ou não de conseguir exercer suas atribuições e pelas exigências excessivas. No momento do fracasso o trabalhador enfrenta a angústia o medo; em contrapartida quando ele consegue ver isso ser revertido em bons resultados, o mesmo sente o prazer do dever cumprido e alegria de sentir valorizado pelo êxito alcançado. A partir desse contexto, o trabalhador tem a necessidade de resistir aos momentos difíceis e não desistir. (DEJOURS, 2012).

Essa ressignificação do trabalho está diretamente relacionada com os conceitos da ‘Psicodinâmica do Trabalho’, apresentada por Dejours (2012), os quais ressaltam ser imprescindível a implementação do trabalho vivo nas organizações, que impulsiona os trabalhadores a se movimentarem de forma participativa e cooperativa, sendo livres para exporem suas opiniões e confiantes para exercitarem sua criatividade no ambiente corporativo. Essa troca horizontal de saberes, associada a valorização subjetiva do trabalhador corroboram para a construção de um ambiente de trabalho saudável e equilibrado, no qual o sofrimento psíquico não se sobrepõe à alegria e satisfação diárias (CARNEIRO, SILVA, RAMOS, 2018).

Enfim ao longo do estudo, foi possível identificar que em meio a tantas responsabilidades a serem cumpridas, tanto pelos gestores quanto pelos trabalhadores, percebeu-se um certo negacionismo gerencial, a respeito das implicações da gestão OS e da acreditação da qualidade ONA, afetas à saúde dos trabalhadores. Ressalta-se que os padrões de qualidade da Acreditação têm seu desenho voltado aos aspectos fundamentais, porém exclusivos da assistência ao paciente, mas se mostram com significativas fragilidades, por não trazerem em suas diretrizes, a valorização profissional e atenção à saúde do trabalhador, como exigência *sine qua non* para a certificação das organizações de saúde.

E essa constatação revela uma face da acreditação pouco explorada, pois enquanto muito se fala sobre a necessidade de maior comprometimento do trabalhador com os processos burocráticos e assistenciais de implantação da acreditação, negligencia-se os fatores relacionados ao desgaste profissional potencializados pela tensão e pressão decorrentes das cobranças constantes que geram insatisfação, estresse, ansiedade e adoecimento (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2011; MANZO et al, 2012; MANZO; BRITO; ALVES, 2013). Nesse sentido, espera-se um olhar inovador das instituições promotoras dos padrões de qualidade na saúde, para que incluam medidas protetivas ao trabalhador e à sua saúde em seus manuais.

Além disso, percebeu-se morosidade para a implementação de ações práticas de proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores. Por outro lado, identificou-se que os profissionais têm dificuldade em dar voz a seus sentimentos e percepções, por insegurança, comodismo ou conveniência, e por isso muitas vezes se calam e se reinventam para conseguirem driblar as dificuldades e cumprirem suas atribuições diárias, mesmo adoecidos, desmotivados e sobrecarregados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo, teve como primícias a identificação de possíveis implicações na saúde do trabalhador, advindos da gestão OS e da Acreditação da qualidade ONA, em uma unidade do SUS, mediante as percepções dos seus trabalhadores e gestores. Nesse sentido, a partir do percurso selecionado e percorrido, foi possível, atingir seus objetivos.

A gestão OS, com destaque para a avaliação de qualidade ONA adotada, carrega consigo exigências de metas a serem atingidas, normas e seguimento de protocolos, gerando, conforme percepção de seus trabalhadores, sobrecarga de atribuições e ampliação do trabalho clínico assistencial e de responsabilidades no registro documental de procedimentos, nem sempre compatíveis com as condições estruturais, físicas e psicossociais concedidas, gerando adoecimento dos mesmos. Em contrapartida, resulta em benefícios para os usuários e boas práticas de organização dos processos de trabalho. Assim, urge adequações nos padrões e exigências dos programas de qualidade, para que a saúde dos trabalhadores alcance um patamar de importância similar à dos pacientes, no campo do cuidado, das melhorias contínuas das relações trabalhistas mais justas, cooperativas, horizontais e humanizadas, e reverberem também em um meio ambiente do trabalho saudável.

Há concordância dos gestores, diante a premência de ampliação de ações promocionais à saúde e preventivas de doenças e agravos dos trabalhadores, mesmo conflitantes, com suas percepções, aos efeitos deletérios da ‘acreditação’ e da gestão OS, no adoecimento dos trabalhadores. Este fato pode indicar abertura para introdução de processos de horizontalização e simetria nas relações de trabalho, promotores de espaços de negociação democráticos, essenciais para tomadas de decisão equânimes, coparticipativas e efetivas na proteção à saúde do trabalhador.

Considera-se que a previsão levantada, nessa abordagem qualitativa, foi confirmada pela percepção dos trabalhadores e corroborada pela ciência contemporânea, reconhecendo correspondência entre as gestões, do trabalho e da acreditação, como estressores e causadores de adoecimento físico e emocional nos trabalhadores, em contraposição a visão dos gestores. Nesse sentido, surgiram sugestões de práticas, a curto e longo prazo, que podem minimizar esses efeitos deletérios sobre a saúde dos trabalhadores, destacando-se: progressão na carreira e estabilidade no labor, participação dos trabalhadores na construção e revisão das metas contratuais (em que os trabalhadores são sujeitos), ações de monitoramento da situação de saúde dos trabalhadores, mediante a análise dos relatórios periódicos dos afastamento e questionários

interativos (virtuais e online), preenchidos, periodicamente, pelos trabalhadores e formação de grupos de apoio psicológico para os profissionais, além de inserção de práticas voltadas para o relaxamento e entretenimento e a criação de espaços de fala e escuta para negociação e mediação de conflitos, entre gestores e trabalhadores, para que, de forma participativa, ambos possam debater suas opiniões e alcançarem pontos de equilíbrio, onde a tríade gestor – trabalhador - comunidade se beneficiem reciprocamente.

Torna-se importante recomendar a ampliação dos estudos nessa área, para melhor monitorar a condição de saúde dos trabalhadores da assistência, pois as pesquisas tendem a priorizar, usualmente, os pacientes (usuários) e a melhoria dos processos voltados para o cuidado dos mesmos, omitindo quem produz o cuidado e desconhecendo sua situação, por vezes, de esgotamento profissional ou mesmo de adoecimento físico e/ou mental.

Portanto, em tempos de precarização do trabalho e exaltação da competitividade, prevalece a insistência em reconhecer o trabalhador como ‘força de trabalho’, em desvantagem à sua condição humana, dotado de subjetividades que afetam e são afetadas pelo ambiente e pelas relações de trabalho. A sobrecarga de atribuições, as exigências por resultados, metas e produtividade, mesmo que anteriormente acordadas, não protegem os trabalhadores do sofrimento, insegurança, estresse e adoecimento, do medo de fracassar e conviver com o medo constante da substituição. Gestores e trabalhadores são faces de um mesmo processo e a interação combinada de ambos os atores poderá resultar em grande valor para a garantia da saúde do cuidador e do cuidado. A relação gestor-trabalhador urge evoluir para um caráter mais justo, humanizado e democrático, intentando o equilíbrio nas ‘relações de poder’ e a evolução para um modelo de gestão possível e desejável, em que o compartilhar se sobrepõe ao subjugar.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, L.; VASCONCELLOS, L. C. F. A gestão do Sistema Único de Saúde e a saúde do trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.106, p. 830-840. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030022>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb39-106-00830.pdf>. Acesso em: 7 set. 2019.
- ALBINI, E. *et al.* An integrated model for the assessment of stress related risk factors in health care professional. **Industrial Health**, Kawasak, v. 49, n. 1, p. 15-23. 2011. DOI: <https://doi.org/10.2486/indhealth.ms948>. Disponível em: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/49/1/49\\_MS948/\\_pdf/-char/en](https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/49/1/49_MS948/_pdf/-char/en). Acesso em: 5 maio 2020.
- ANDRADE, A. N. M.; ALBUQUERQUE, M. A. C.; ANDRADE, A. N. M. Avaliação do Nível de estresse do anestesiológista da Cooperativa de Anestesiologia de Sergipe. **Revista Brasileira Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 490-494, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000400011>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942011000400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942011000400011&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 5 jan. 2020.
- ANGELIS, C. T. Uma proposta de um modelo de inovação e inteligência governamental. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 297-324, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5773/rai.v10i3.1248>. Disponível em: [http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79339/pdf\\_1](http://www.revistas.usp.br/rai/article/view/79339/pdf_1). Acesso em: 30 ago. 2019.
- ANTÔNIO GARCÍA, M. D. Problemática multifactorial del absentismo laboral, el presentismo y la procrastinación en las estructuras en que se desenvuelve el trabajador. **Medicina y Seguridad del Trabajo**, Madrid, v. 57, n. 223, p. 111-120, 2011. DOI: <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000200004>. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n223/especial2.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.
- ARAÚJO, J. P. **Afastamento do trabalho**: absenteísmo e presenteísmo em uma instituição federal de ensino superior. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11239>. Acesso em: 10 jan 2020.
- ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamerica de Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000300011>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v27n3/230-236/pt>. Acesso em: 01 set. 2019.
- ARAÚJO, T. M; PALMA, T. F; ARAÚJO, N. C. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3235-3246, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17552017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3235.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2019.
- BARBOZA, L. F.; COSTA, S. R. R. Modelos de gestão e modelos de referência. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO, 9., 2012. **Anais eletrônicos...** São Paulo: [s.n.], 2012. p.1-15. Disponível em: <https://docplayer.com.br/11414381-Titulo-modelos-de-gestao-e-modelos-de-referencia.html>. Acesso em: 20 ago. 2019.

- BARBOSA, N. B; ELIAS, P. E. N. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023). Acesso em: 24 ago. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições70. 2016.
- BARUKI, L.V. **Riscos psicossociais e saúde mental do trabalhador: por um regime jurídico preventivo**. 2. ed. São Paulo: LTR. 2018.
- BOLDOR, N. *et al.* Optimism of health care workers during a disaster: a review of the literature. **Emerging Health Threats Journal**, [S.I.], v.5, p. 72-70. 2012. DOI: <https://doi.org/10.3402/ehj.v5i0.7270>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267412/pdf/EHTJ-5-7270.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- BOYER, G. C. Ensaio: contribuição da psicodinâmica do trabalho para o debate: O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 249-59, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200007>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000200007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200007). Acesso em: 12 maio 2020.
- BRASIL. **Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis Trabalhistas. Brasília, DF: Presidência da República, 1973. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452.htm). Acesso em: 20 maio 2019.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%20%202018](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS%20%202018). Acesso em: 7 set. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. 1990. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 8 set. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/Leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L8213cons.htm). Acesso em: 22 jul. 2018.
- BRASIL. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, DF: Ministério da Administração, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9637.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm). Acesso em: 30 ago. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13614.html>  
. Acesso em: 7 jul. 2009.

BRASIL. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde:** agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_positiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf). Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>  
. Acesso em: 23 jan. 2020.

BRASIL. **Protocolo nº 006/2006 da MNNP-SUS:** plano de carreira, cargos e salários: PCCS do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006. Disponível em:

<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/PCCS.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: 2007. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 23 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília. 2011a. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm). Acesso em: 7 set. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: 2011b. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 2 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:

[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). Acesso em: 1 set. 2019.

BRASIL. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2012b. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_gestao\\_trabalho\\_educacao\\_sau\\_de\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_sau_de_2ed.pdf). Acesso em: 25 jun. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017.** Regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9637, 15 de maio de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/D9190.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9190.htm). Acesso em: 31 ago. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.469, de 14 de agosto de 2018.** Altera o decreto nº9190, de 1º de novembro de 2017, para dispor sobre diretrizes e critérios para a qualificação de Organizações Sociais – OS. Brasília, DF: Presidência da República, 2018a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/Decreto/D9469.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Decreto/D9469.htm). Acesso em: 31 ago. 2019.

BRASIL. **4º Plano de Ação Nacional em Governo Aberto.** Brasília, DF: Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União, 2018b. Disponível em: [http://governoaberto.cgu.gov.br/a-ogp/planos-de-acao/4o-plano-de-acao-brasileiro/4o-plano-de-acao-nacional\\_portugues.pdf](http://governoaberto.cgu.gov.br/a-ogp/planos-de-acao/4o-plano-de-acao-brasileiro/4o-plano-de-acao-nacional_portugues.pdf). Acesso em: 8 ago. 2019.

BRASIL. **Tipo de estabelecimento.** Ministério da Saúde. Brasília, DF: DATASUS, [2019]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm). Acesso em: 6 set. 2019.

BUSTAMANTE, A.V.; MENDEZ C. A. Health care privatization in Latin America: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico. **Journal Health Polit Policy Law**, Durham, v. 39, n. 4, p. 841-886, 2014. DOI: [10.1215/03616878-2743063](https://doi.org/10.1215/03616878-2743063). Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Claudio\\_A\\_Mendez/publication/262536810\\_Health\\_Care\\_Privatization\\_in\\_Latin\\_America\\_Comparing\\_Divergent\\_Privatization\\_Approaches\\_in\\_Chile\\_and\\_Colombia\\_and\\_Mexico/links/544518800cf2091108a4de43.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Claudio_A_Mendez/publication/262536810_Health_Care_Privatization_in_Latin_America_Comparing_Divergent_Privatization_Approaches_in_Chile_and_Colombia_and_Mexico/links/544518800cf2091108a4de43.pdf). Acesso em: 15 ago. 2019.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde.** Petrópolis: Vozes, 2010.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n3/5075.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

CARNEIRO, C. M. S.; SILVA, G. C.; RAMOS, L. F. C. **Relações sustentáveis de trabalho.** São Paulo: LTR. 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 6, p.161-177, set. 2004/fev. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacao\\_permanente.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacao_permanente.pdf). Acesso em: 10 maio 2020.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). CONASS. **A gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 9). Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_9.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_9.pdf). Acesso em: 2 fev. 2020.

- CONTREIRAS H.; MATTA G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 285-297, fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00015914>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00285.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.
- COOPER, C. L. A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. In: ROSSI, A.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005.p.3-8.
- COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Método de pesquisa em administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- COSTA E SILVA, V.; BARBOSA, P. R.; HORTALE, V. A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p. 1365-1376, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501365&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501365&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 jan. 2020.
- COSTA N. R.; SILVA P. L. B; RIBEIRO J. M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 209-227, 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6259/4850>. Acesso em: 27 jul. 2019.
- CUNHA, A. P.; SOUZA, E. M.; MELLO, R. Os fatores intrínsecos ao ambiente de trabalho como contribuintes da síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 29-32, jan./mar. 2012. Supl. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpfo.v0.1716>. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1716/pdf\\_507](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1716/pdf_507). Acesso em: 3 set. 2017.
- D'INNOCENZO, M. *et al.* **Indicadores, auditorias e certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em Saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari. 2010.
- DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. Traduzido por Gustavo A. Ramos Mello Neto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, jul-set, p. 363-371. Universidade Estadual de Maringá. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000300002>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2871/287126284002.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas. 1994.
- DEWA, C. S.; MCDAID, D.; ETTNER, S. L. An international perspective on Worker mental health problems: who bears the burden and how are costs addressed? **The Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 52, n. 6, p. 346-356. June 2007. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674370705200603>. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370705200603>. Acesso em: 23 set. 2018.

- DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Revista Brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100007>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100007&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso: 7 jul. 2020.
- DITOMASSI, M. A. Multi-instrument evaluation of the professional practice environment. **The Journal of Nursing Administration**, Philadelphia, v. 42, n. 5. p. 266-272. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182480901>.
- DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1999.
- EQUATOR NETWORK. **Diretrizes-chave para relatar os principais tipos de estudos de pesquisa**. Oxford, 2017. Disponível em: <https://www.equator-network.org/library/resources-in-portuguese-recursos-em-portugues/professores/diretrizes-chave-para-relatar-os-principais-tipos-de-estudos-de-pesquisa/>. Acesso em: 14 jan. 2020.
- FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O; D'INNOCENZO, M. Validação dos critérios de processo para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4. jul./ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400003>. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0841.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0841.pdf). Acesso em: 5 maio 2019.
- FERNANDES, L. E. M. *et al.* Recursos humanos em hospitais estaduais gerenciados por organizações sociais de saúde: a lógica do privado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 955-973, set./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00140>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462018005005101&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462018005005101&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 set. 2019.
- FERREIRA, C. A. A. *et al.* O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 84-99, jul./dez. 2016. <https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.233>. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/233/188>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- FERREIRA, C. P. V. *et al.* **Modelos de gestão**. Rio de Janeiro: FGV, 2010
- FERREIRA, J. B. O.; MARTINS, S. R.; VIEIRA, F. O. Trabalho vivo como apropriação do inapropriável e criação de formas de vida. **Trabalho (En)Cena**, Palmas, v. 1, n. 1, p. 29-49, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/2336/9071>. Acesso em: 17 de jul. de 2019.
- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n.122, p. 229-248, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000200006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200006). Acesso em: 3 mar. 2020.
- GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, pode gerencialista e fragmentação social**. Traduzido por Vitor Stomiolo. Aparecida: Ideias & Letras, 2007.

HANSEN, C. D.; ANDERSEN, J. H. Going ill to work: what personal circumstances, attitudes and workrelated factors are associated with sickness presenteeism? **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 67, n. 6, p. 956-964. 2008. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.022>. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez34.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0277953608002748?via%3Dihub>. Acesso em: 20 ago. 2019.

HIGASHI, P. *et al.* Situações potencialmente geradoras de estresse para enfermeiros segundo condição de acreditação do hospital. **Revista Rene**, Fortaleza, v.14, n. 6, p. 1141-1148. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3728/2948>. Acesso em: 25 ago. 2019.

HUNG, L-M. *et al.* Chinese primary care providers and motivating factors on performance. **Family Practice**, Kansas City, v. 30, n. 5, p.5 76-586, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt026>. Disponível em: <https://academic-oup-com.ez34.periodicos.capes.gov.br/fampra/article/30/5/576/682635>. Acesso em: 20 ago. 2019.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1831-1840, nov. 2007. Supl. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esc/v12s0/06.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. JBI. **Checklist for qualitative research**: critical appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews. Adelaide: JBI, [2020]. Disponível em: [https://jbi.global/sites/default/files/2020-07/Checklist\\_for\\_Qualitative\\_Research.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2020-07/Checklist_for_Qualitative_Research.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

JOHNS, G. Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. **Journal of Organizational Behavior**, Hoboken, v. 31, n. 4, p. 519-542. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.630>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/job.630>. Acesso em: 15 jun. 2020.

JORGE, M. J.; CARVALHO, F. O.; MEDEIROS, R. O. Esforços de inovação organizacional e qualidade do serviço: um estudo empírico sobre unidades hospitalares. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 327-356, mar./abr. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000200003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n2/v47n2a03.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

JORGE M. J.; CARVALHO, F. A.; SALES, P. R. Determinantes organizacionais do ambiente hospitalar: uma análise empírica usando microdados sobre conformidade segundo o modelo da acreditação hospitalar. **Revista de Administração Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 11, n.1, p. 68-82, jan./mar. 2014. DOI: [10.21450/rahis.v11i1.1949](https://doi.org/10.21450/rahis.v11i1.1949). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10256/2/Determinantes%20Organizacionais%20do%20Ambiente%20Hospitalar%20uma%20An%3%a1lise%20Emp%3%adrica%20Usando%20Microdados%20Sobre%20Conformidade%20Segundo%20o%20Modelo%20da%20Acredita%3%a7%3%a3o%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 9 set. 2019.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The balanced scorecard: measures that drive performance. **Harvard Business Review**, Boston, v. 70, n. 1, p. 71-79, Jan./Feb. 1992. Disponível em: <https://hbr.org/1992/01/the-balanced-scorecard-measures-that-drive-performance-2>. Acesso em: 5 jul. 2019.

KILIMNIK, Z. M. *et al.* Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto

atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 12, n. 3, p. 668-693, 2012. Disponível em:

<https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/2010/1863>. Acesso em: 4 maio 2020.

LACAZ, F. A. C. Vigilância em saúde do trabalhador como elemento constitutivo da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos históricos e conceituais. *In*: Correa, M. J. M., **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. Teorias e Práticas**. Belo Horizonte: Coopmed. 2013. P. 35-60

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000300003>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 5 ago. 2019.

LUONGO, J. *et al.* **Gestão da Qualidade em Saúde**. 1. ed. São Paulo: Rideel. 2011.

MACÊDO, K. B.; FLEURY, A. D.; BUENO, M.; PIRES, R. V. A constituição do espaço de discussão coletivo e suas vicissitudes: quatro estudos e uma reflexão. *In*: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. (Org.). **O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 215-234.

MAGNAGO, C. *et al.* Política de gestão do trabalho e educação em saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1521.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

MAGNAVITA, N.; HEPONIEMI, T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, n. 108, p. 1-9. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-108>. Acesso em: 23 set. 2018.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n.1, p. 46-51, jan./fev. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J.; CORRÊA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 388-394. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n2/a17v46n2.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

MANZO, B. F. *et al.* A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, jan./fev. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100020>. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlac/v20n1/pt\\_20.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlac/v20n1/pt_20.pdf). Acesso em: 3 set. 2017.

MENDANHA, M. C.; BERNARDES, P. F.; SHIOZAWA, P. **Desvendando o burn-out: uma análise interdisciplinar da Síndrome do Esgotamento Profissional**. São Paulo: LTr, 2018.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Barueri: Manole. 2001.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. M. H.; PENNA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Supl. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>. Acesso em: 19 out. 2018.
- MORAIS, H. M. M. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194916>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00194916.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2019.
- NEVES, O. M. C. **Evolução das políticas de governo aberto no Brasil**. Brasília, DF: CONSAD, 2013. VI Congresso CONSAD de Gestão Pública. Disponível em: <http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/05/092-EVOLU%C3%87%C3%83O-DAS-POL%C3%8DTICAS-DE-GOVERNO-ABERTO-NO-BRASIL.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2016.
- NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 204-211. mar./abr. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a09.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019.
- O'BRIEN, B. C. *et al.* Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Academic Medicine**, Washington, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, Sept. 2014. DOI: [10.1097/ACM.0000000000000388](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388). Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/306219/mod\\_resource/content/1/SRQR\\_Standards%20for%20Reporting%20Qualitative%20Research\\_O'Brien\\_2014.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/306219/mod_resource/content/1/SRQR_Standards%20for%20Reporting%20Qualitative%20Research_O'Brien_2014.pdf). Acesso em: 5 jan. 2020.
- OLIVEIRA, P. B *et al.* Comparação entre ambiente de trabalho de hospitais públicos acreditado e não acreditado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 53-59. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0053.pdf>. Acesso em: 02 de set. 2019.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (Brasil). **Acreditação**. São Paulo: ONA, 2020a. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>. Acesso em: 3 jan. 2020.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (Brasil). **A ONA**. São Paulo: ONA, 2020b. Disponível em: <https://www.ona.org.br/quem-somos/sobre-a-ona>. Acesso em: 3 jan. 2020.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (Brasil). Manual Brasileiro de Acreditação. *In*: ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (Brasil). **ONA 20**

anos. São Paulo: ONA, 2020c. cap. 2 Disponível em: <https://www.ona.org.br/20anos/manual-brasileiro-de-acreditacao/>. Acesso em: 3 jan. 2020.

PACHECO, H. F. *et al.* Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. **Interface, Botucatu**, v. 20, n. 58, p. 585-589, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0338>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000300585&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000300585&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 8 ago. 2019.

PAIVA, K. C. M.; GOMES, M. A. N.; HELAL, D. H. Estresse ocupacional e síndrome de burnout: proposição de um modelo integrativo e perspectivas de pesquisa junto a docentes do ensino superior. **Gestão & Planejamento**, Salvador, v. 16, n. 3, p. 285-309, 2015. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/3570>. Acesso em: 4 abr. 2020.

PANIZZON C.; LUZ A. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Estresse da equipe de enfermagem de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 391-399, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6759/4065>. Acesso em: 5 maio 2020.

PARAÍZO, C. B.; BÉGIN, L. Ética organizacional em ambientes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 251-259, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28342019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/1413-8123-csc-25-01-0251.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. Avaliação de indicadores na área da saúde: qualidade de vida e suas variantes. **Revista Eletrônica FAFIT/FAFIC**, Itararé, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/2/2>. Acesso em: 20 abr. 2019.

PERES, C.; SILVA, R. F; BARBA, P. C. S. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 783-801, set./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00016>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000300783&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300783&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 10 ago. 2019.

PEREZ, K.V.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. R. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 287-298, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s224>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0287.pdf>. Acesso em: 7 set. 2019

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-20032004000300003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v42n3/24505.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2019.

PORTUGAL, A. C. *et al.* Artigo científico na área de saúde: diretrizes para sua elaboração e avaliação. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 17, n. 2, p. 265-271, maio/jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v17i2.25135>. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/25135/17010>. Acesso em: 20 fev. 2020.

POTOCKA, A. Questionnaires for assessment of work-related psychosocial hazards-a review of diagnostic tools. **Medycyna Pracy**, Warszawa, v. 63, n. 2, p. 237-50, 2012. Disponível em: <http://web-a-ebcohost.ez34.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=2ab9d261-72ae-4f4a-b55a-ab8b9ef3f312%40sdc-v-sessmgr01>. Acesso em: 10 maio 2020.

RIBEIRO, H. A. **O presenteísmo e a motivação na Administração Pública**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Instituto Nacional de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/4852/1/Tese%20MestradoHussnubanu%20Alibhai.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

SCHEFFER M. C; AITH, F. M. A. O sistema de saúde brasileiro. **Clínica médica**. Barueri: Manole, 2016. v. 1, p. 355-365. 2016. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2109150/mod\\_resource/content/1/SCHEFFER%20%20AITH%20-%20O%20sistema%20de%20sa%C3%BAde%20brasileiro.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2109150/mod_resource/content/1/SCHEFFER%20%20AITH%20-%20O%20sistema%20de%20sa%C3%BAde%20brasileiro.pdf). Acesso em: 23 ago. 2019.

SCHIESARI, L. M.C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4229-4234. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.21642013>. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4229.pdf>. Acesso em: 7 set. 2019.

SILVA, A. H; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 17, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SIMÕES F. I. W.; HASHIMOTO, F. Adoecimento no trabalho: um estudo de caso. **Revista Laborativa**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 73-85. 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/126925/ISSN2316-6746-2013-02-02-73-85.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SOBRAL, R. C. *et al.* Burnout e a organização do trabalho na Enfermagem. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 44-52, 2018. DOI: 10.5327/Z1679443520180127. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104813/pdf/rbmt-16-01-44.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2020.

SOUZA, A. S. **Avaliação do planejamento estratégico da Câmara dos Deputados com ênfase no Balanced Scorecard**. 2010. Monografia. (Especialização) - Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/5224>. Acesso em: 5 abr. 2020.

SOUZA, L.A. **Gestão da Qualidade**: ferramentas utilizadas no processo da Acreditação no Brasil. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA Gestão em Saúde) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TESTON, L. M. *et al.* Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 3, p. 226-239,

nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s317>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb-42-spe03-0226.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. Oxford. v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042> . Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em: 20 jan. 2020.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-14. 2005.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 3 out. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO; UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **A política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora** São Luís: UFMA: UNA-SUS, 2017. *E-book*. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10356>. Acesso em: 02 de jun. 2019.

VECINA, G. N.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016.

## APÊNDICES

### Apêndice A – Declaração da Instituição Coparticipante.



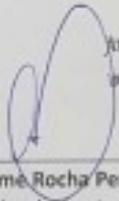
**PREFEITURA DE UBERLÂNDIA**  
MISSÃO: POSSA CRIAR COM A SAÚDE

**NÚCLEO DE ESTÁGIOS E PESQUISAS**

### DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "Implicações do modelo de gestão na saúde do trabalhador em organização social da Rede do Sistema Único de Saúde – SUS" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo a pesquisadora **LEIRIANE ALVES DE SOUZA** realizar a etapa de entrevistas com os gestores, e as pesquisadoras **Profa. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo** e a **Profa. Dra. Marisa Aparecida Elias** realizarem a etapa de aplicação dos grupos focais, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.



Arthur Guilherme Rocha Pereira  
Coordenador  
Saúde e Segurança - Missão Sal da Terra

---

**Arthur Guilherme Rocha Pereira**  
Coordenador de Apoio  
Missão Sal da Terra

Uberlândia 28 / 12 / 18

Av. João Naves de Ávila, 2202 – sala 102 (1º andar) – Bairro Santa Maria, Uberlândia-MG - CEP: 38.408-100  
E-mail: [estagios@uberlandia.mg.gov.br](mailto:estagios@uberlandia.mg.gov.br) - Telefone: (34)3253.5441

## Apêndice B – Roteiro para o Grupo Focal.

### Questões norteadoras para Grupo Focal

---

#### **Bloco 1 – Apresentação (10 min)**

---

*Apresentação dos mediadores do grupo focal.*

*Resumo dos objetivos do trabalho.*

*Orientações sobre a dinâmica do grupo focal (ressaltar o sigilo sobre os debates).*

*Apresentação de cada participante da pesquisa (nome, formação e experiência profissional: público/privado).*

---

#### **Bloco 2 – Tema: Gestão do Trabalho (20 min)**

##### **Questão norteadora 1: Qual são as percepções de vocês sobre a gestão do trabalho na OS?**

---

###### **Intervenções, caso sejam necessárias:**

Quais são os principais desafios?

Quais são os pontos positivos?

Vocês estão satisfeitos com as condições de trabalho? (Com relação à: recursos humanos suficientes, sobrecarga de trabalho, trabalho em equipe, relação com chefia, condições físicas para o trabalho e outras questões correlatas?)

A instituição oferece benefícios e incentivos para os trabalhadores?

Como vocês veem a Política de talentos humanos e suas normativas, principalmente em relação aos direitos e deveres dos trabalhadores (folga de aniversário, vale alimentação, férias, atestados, medidas educativas)?

Existem acordos internos relacionados a faltas e compensação de banco de horas que não são formalizados no SESMT (urgências pessoais e familiares/enfermidades)? Como e com quem são feitos esses acordos?

---

#### **Bloco 3 – Tema: Programa de Qualidade na Saúde (Acreditação) x Consequências e implicações na saúde do trabalhador (20 min)**

##### **Questão norteadora 2: Como vocês avaliam a política de qualidade implementada na sua unidade? E como ela afetou o trabalho e a saúde de vocês?**

---

###### **Intervenções, caso sejam necessárias:**

Quais são as fortalezas e as fragilidades da política de qualidade?

As normas e os padrões de qualidade trazem consequências na saúde e na segurança ocupacional?

As atribuições decorrentes das normas e padrões de qualidade afetam sua saúde?

---

#### **Bloco 4 – Encerramento (10 min)**

---

Considerações finais e sugestões dos participantes a respeito das percepções e sentimentos apresentados durante os debates.

**Tempo total do grupo focal: 1h (tempo de liberação da coordenação da unidade).**

## Apêndice C – Roteiro para Entrevistas Individuais.

### Questões norteadoras para Entrevista individual

---

#### Bloco 1 – Apresentação (5 min)

---

*Apresentação do entrevistador.*

*Orientações sobre a dinâmica da entrevista (perguntar se tem alguma dúvida).*

*Apresentação do participante da pesquisa (nome, formação e experiência profissional: público/privado).*

*Introdução, antes do início da entrevista: “Me fale um pouco do seu trabalho aqui nessa unidade de saúde (percepções, dia-a-dia, relações interpessoais no trabalho)”*

---

#### Bloco 2 – Tema: Gestão do Trabalho (10 min)

---

##### Questão norteadora 2: Qual sua percepção sobre a gestão do seu trabalho?

---

##### Intervenções, caso sejam necessárias:

Quais são os principais desafios?

Quais são os pontos positivos?

Como você avalia as condições do seu trabalho? (Com relação à: recursos humanos suficientes, sobrecarga de trabalho, trabalho em equipe, relação com chefia, condições físicas para o trabalho e outras questões correlatas?)

A instituição oferece benefícios e incentivos para os trabalhadores?

Como você vê a Política de talentos humanos e suas normativas, principalmente em relação aos direitos e deveres dos trabalhadores (folga de aniversário, vale alimentação, férias, atestados, medidas educativas)?

Existem acordos internos relacionados a faltas e compensação de banco de horas que não são formalizados no SESMT (urgências pessoais e familiares/enfermidades)? Como e com quem são feitos esses acordos?

---

#### Bloco 3 – Tema: Programa de Qualidade na Saúde (Acreditação) x Consequências e implicações na saúde do trabalhador (10 min)

---

##### Questão norteadora 3: Como você avalia a política de qualidade implementada na sua unidade? E como ela afetou o seu trabalho e a sua saúde?

---

##### Intervenções, caso sejam necessárias:

Quais são as fortalezas e as fragilidades da política de qualidade?

As normas e os padrões de qualidade trazem consequências na saúde e na segurança ocupacional?

As atribuições decorrentes das normas e padrões de qualidade afetam sua saúde?

---

#### Bloco 4 – Encerramento (5 min)

---

Considerações finais e sugestões dos participantes a respeito das percepções e sentimentos apresentados durante a entrevista.

**Tempo total da entrevista: 30-45 min.**

Apêndice D – Roteiro para Entrevistas com Gestores.

**Roteiro para entrevista com os gestores**

<b>Bloco 1 – Apresentação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação sucinta da pesquisadora e do projeto de pesquisa (tema/objetivos).</li> <li>- Entrega do TCLE, pausa para leitura e posterior retirada de dúvidas.</li> <li>- Reforço a respeito do sigilo e esclarecimentos da necessidade de gravação da entrevista.</li> <li>- Explicar sobre a dinâmica da entrevista (tirar dúvidas).</li> </ul>
<b>Bloco 2 – Apresentação do gestor</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nome completo.</li> <li>- Resumo da formação/direcionamento de carreira profissional/ tempo na gestão do SUS.</li> <li>- Cargo que ocupa atualmente e atribuições do mesmo na gestão do SUS.</li> </ul>
<b>Bloco 3 – Modelo de Gestão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais foram os motivos para a introdução de Organizações Sociais – OS, na gestão da Rede SUS municipal?</li> <li>- Quais são as principais diferenças entre a gestão indireta (OS) e a direta, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde?</li> <li>- Em linhas gerais, o que o contrato de gestão com as OS contempla (direitos, deveres, responsabilidades e metas)?</li> <li>- Baseado nesse modelo de gestão, como você avalia a interlocução entre os gestores municipais (SMS) e os gestores das OS (relacionar também a intercessão e as diferenças nos organogramas de ambas)?</li> <li>- Existem diferenças, na prática cotidiana, na forma de gestão e nos processos de trabalho na Rede SUS, dos profissionais da OS e dos estatutários?</li> </ul>
<b>Bloco 4 – Gestão do Trabalho</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais são as ações e práticas voltadas para o trabalhador da saúde, no campo da formação/capacitação? Nesse sentido, como são negociadas as liberações para pesquisa e estudo/participação em congressos e Educação Permanente, destinadas aos mesmos?</li> <li>- Como você avalia a situação de saúde dos trabalhadores? Como é feito esse monitoramento? (levantamento dos CIDs, do absenteísmo ou ainda do presenteísmo)?</li> <li>- E ainda nesse contexto, como são as ações direcionadas para o cuidado da saúde dos trabalhadores?</li> </ul>
<b>Bloco 5 – Política de Qualidade e Acreditação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Você considera importante a implantação de políticas de Qualidade no SUS? Por quê?</li> <li>- E sobre a Acreditação? Como você vê a escolha desse programa de qualidade, na OS?</li> <li>- Como você acha que a Acreditação influencia nos processos de trabalho, nas unidades acreditadas?</li> <li>- Você identifica alguma consequência do processo de Acreditação na saúde do trabalhador? (Relacionar as atribuições da acreditação e o cumprimento de metas).</li> <li>- Como é realizado o cuidado com a saúde do trabalhador nas unidades acreditadas?</li> </ul>
<b>Bloco 6 – Encerramento</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerações finais ou sugestões, a respeito dos temas abordados na entrevista.</li> </ul>

**Tempo total da entrevista: 45min- 1h.**

Apêndice E – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**(Trabalhadores participantes da pesquisa: grupo focal ou entrevista)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa associada ao projeto de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, intitulada “**Implicações do modelo de gestão na saúde do trabalhador em organização social da Rede do Sistema Único de Saúde – SUS**”, sob a responsabilidade da orientadora Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo e da pesquisadora Leiriane Alves de Souza. Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar e analisar quais são as consequências e as implicações, ônus e bônus, da modelo de gestão, da política de gestão do trabalho e educação na saúde e especificamente do Programa de qualidade sobre a saúde do trabalhador, em uma Unidade mista da Rede SUS.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Leiriane Alves de Souza**, em junho/19, na própria unidade de saúde, *locus* da pesquisa, junto aos médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas recrutados. Fica claro que o trabalhador é livre para decidir se quer ou não participar e que tem o direito de ter um tempo para decidir e tirar suas dúvidas (conf. item IV da Resolução CNS 466/12 ou Cap. III da Resolução 510/2016 quando for pesquisa em Ciências Humanas e Sociais). Na sua colaboração, participará de um **grupo focal**, mediado pelas pesquisadoras: prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo e prof. Dra. Marisa Aparecida Elias, **ou de entrevista individual**, realizada pela pesquisadora Leiriane Alves de Souza; ambos com duração máxima de duas horas, objetivando identificar a percepção e os sentimentos do trabalhador a respeito dessas questões supracitadas.

O grupo focal ou entrevista será gravado, por isso, na transcrição não haverá identificação nominal, a mesma será feita através de códigos numéricos. A gravação será feita para que seja respeitada a integridade dos dados coletados que após serão analisados; posterior a transcrição, a mesma será apagada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada a sua privacidade. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados coletados e tomarão todas as providências necessária para manter o sigilo. Mas, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei específica. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa e a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa; caso alguma despesa extraordinária

-----  
Rubrica do Participante da pesquisa

-----  
Rubrica do Pesquisador

ou eventuais danos decorrentes ou associados diretamente à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da Resolução CNS 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e os pesquisadores responsáveis irão garantir a indenização, isto é, a reparação ou compensação de um prejuízo ou perda que possa ocorrer, mediante comprovação. Os riscos consistem em identificação do entrevistado, divulgação desses dados e possível constrangimento e retaliação caso ocorra; para evitar esses riscos todos os registros não terão nenhum tipo de identificação nominal, apenas um código numérico, assim sua identidade terá sigilo absoluto sendo que os dados serão apresentados no seu conjunto de acordo com a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após a coleta dos dados no grupo focal., esses serão guardados por cinco anos, em segurança pelo pesquisador. Os benefícios alcançados mediante esse estudo sobrepõem os riscos e estão relacionados ao importante reconhecimento da saúde do trabalhador, nessa instituição, com o objetivo de conhecer os aspectos determinantes dessa realidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à comunidade. E desta forma, estabelecer quais são os pontos fortes e fragilidades na atuação da gestão de qualidade sobre a saúde do trabalhador, no sentido de melhorias das condições de trabalho, com a conseqüente proteção e promoção da saúde dos profissionais. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Leiriane Alves de Souza (telefone: 34-991687209)**, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Universidade Federal de Uberlândia; ou na Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e do Saúde do Trabalhador, Campus Santa Mônica – Bloco H – sala 1H 18, Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Uberlândia/MG, 38408-100, telefones: 34-32394169/32394044. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *Campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante da pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(Gestores participantes da pesquisa: entrevista individual)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa associada ao projeto de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, intitulada “**Implicações do modelo de gestão na saúde do trabalhador em organização social da Rede do Sistema Único de Saúde – SUS**”, sob a responsabilidade da orientadora Prof. Dra. Liliane Parreira Tannús Gontijo e da pesquisadora Leiriane Alves de Souza.

Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar e analisar quais são as consequências e as implicações, ônus e bônus, do modelo de gestão, da política de gestão do trabalho e educação na saúde e especificamente do Programa de qualidade sobre a saúde do trabalhador, em uma Unidade mista da Rede SUS.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Leiriane Alves de Souza**, no mês de agosto/19, com gestores municipais, da Organização Social e da unidade de saúde. Fica claro que cada gestor é livre para decidir se quer ou não participar, além de ter o direito de ter um tempo para decidir e tirar suas dúvidas (conf. item IV da Resolução CNS 466/12 ou Cap. III da Resolução 510/2016 quando for pesquisa em Ciências Humanas e Sociais). Na sua participação, você responderá a uma **entrevista com roteiro semiestruturado**, realizada pela pesquisadora Leiriane Alves de Souza, de duração de máximo duas horas, com perguntas relacionadas ao modelo de gestão e política de qualidade, além dos processos de trabalho implantados.

A entrevista será gravada, e após transcrição não haverá identificação nominal, a mesma será feita através de códigos numéricos. A gravação será feita para que seja respeitada a integridade dos dados coletados, que após serão analisados; posterior a transcrição, a mesma será apagada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada a sua privacidade. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados coletados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Mas, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei específica. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa e a legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária ou eventuais danos decorrentes ou associados diretamente à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da Resolução CNS 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e os pesquisadores responsáveis irão garantir a indenização, isto é, a reparação ou compensação de um prejuízo ou perda que possa ocorrer, mediante comprovação.

-----  
 Rubrica do Participante da pesquisa

-----  
 Rubrica do Pesquisador

Os riscos consistem em identificação do entrevistado, divulgação desses dados e possível constrangimento caso ocorra, para evitar esses riscos todos os registros não terão nenhum tipo de identificação nominal, apenas um código numérico, assim sua identidade terá sigilo absoluto sendo que os dados serão apresentados no seu conjunto de acordo com a Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após a coleta dos dados das entrevistas, essas serão guardadas por cinco anos, em segurança pelo pesquisador

Os benefícios alcançados mediante esse estudo estão relacionados ao importante reconhecimento da saúde do trabalhador e da qualidade de vida no trabalho, nessa instituição, com o objetivo de conhecer os aspectos determinantes dessa realidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à comunidade. E desta forma, estabelecer quais são os pontos fortes e fragilidades na atuação da gestão de qualidade sobre a saúde do trabalhador, no sentido de melhorias das condições de trabalho, com a conseqüente proteção e promoção da saúde dos profissionais.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importante informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Leiriane Alves de Souza (telefone: 34-991687209)**, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Universidade Federal de Uberlândia; ou no Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e do Saúde do Trabalhador, Campus Santa Mônica – Bloco H – sala 1H 18, Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Uberlândia/MG, 38408-100, telefones: 34-32394169/32394044.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, *Campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante da pesquisa

## ANEXOS

## Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Implicações do modelo de gestão na saúde do trabalhador em organização social da Rede do Sistema Único de Saúde - SUS

**Pesquisador:** Liliane Parreira Tannús Gontijo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 06075019.7.0000.5152

**Instituição Proponente:** Instituto de Geografia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.221.277

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.145.337, de 13 de Fevereiro de 2019.

Estudo analítico com abordagem qualitativa utilizando revisão integrativa da literatura, grupos focais ou entrevista com profissionais da saúde e entrevista com gestores seguindo um roteiro semi - estruturado.

- Será desenvolvido em uma unidade integrada da Rede SUS municipal, na categoria Gestão de OS, registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em caráter de Policlínica. Um dos membros da equipe de pesquisa atua nessa unidade como profissional da saúde.

- Serão 30 participantes de sete categorias profissionais da saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas) divididos em dois grupos focais. Também participarão cinco gestores municipais, gestores da organização social e gestores da policlínica onde será realizada a pesquisa.

**Crítérios de Inclusão:** estar atuando, na função do cargo em que é vinculado a unidade de saúde, há pelo menos dois anos; fazer parte do recorte amostral das classes profissionais supracitadas;

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

estar liberado pela instituição para participar do estudo; consentir em participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

**Critérios de Exclusão:** funcionários do recorte de categorias profissionais que possuem menos de dois anos no exercício do cargo em que é vinculado a unidade de saúde e os que não consentiram participar da pesquisa ou não concordaram com os termos da mesma.

**Objetivo da Pesquisa:**

Primário: Avaliar o modelo de gestão com ênfase na política de qualidade e suas implicações na saúde do trabalhador, em uma unidade de atenção básica e média complexidade, gerida por Organização Social da Rede do Sistema Único de Saúde – SUS, em um município brasileiro de médio porte, segundo a percepção de seus trabalhadores e gestores.

Secundários: Conhecer o modelo de gestão implantado no município e, por conseguinte, nessa organização social e na unidade de saúde do estudo, assim como suas concepções, diretrizes, objetivos e os tipos de relação de trabalho predominantes; Compreender e analisar as consequências e implicações da Acreditação sobre a saúde do trabalhador e reconhecer nas diretrizes da Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde dessa unidade, as normativas interacionadas com as condições de saúde dos profissionais; Conhecer a percepção dos profissionais sobre a satisfação do usuário, as modificações no ambiente e nas condições de trabalho, a partir da implementação do modelo de gestão.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o descrito no projeto:

Riscos: Consistem na identificação do participante, divulgação desses dados e possível constrangimento caso ocorra, principalmente relacionado a possíveis retaliações dos gestores referentes as informações fornecidas pelos participantes durante o grupo focal. Nesse sentido os pesquisadores se comprometem com o resguardo do sigilo e com a privacidade absoluta das informações, conforme estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Para evitar esses riscos os registros dos grupos focais e das entrevistas não terão nomes, apenas códigos numéricos de identificação, e serão transcritos somente pela pesquisadora. Após o fim dos grupos focais e a realização das entrevistas, os dados serão guardados por cinco anos, em segurança pela pesquisadora.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

**Benefícios:** Os benefícios alcançados estão relacionados ao importante reconhecimento da saúde do trabalhador nessa instituição, com o objetivo de conhecer os aspectos determinantes dessa realidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à comunidade. E, desta forma, pode-se estabelecer quais são os pontos fortes e as fragilidades na atuação da gestão de qualidade sobre a saúde do trabalhador, no sentido de melhorias das condições de trabalho nessa unidade, com a conseqüente proteção e promoção da saúde dos mesmos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- O estudo está bem justificado e embasado em literatura pertinente.
  
- A amostra será intencional: será realizado um recorte dos profissionais de saúde por grau de escolaridade, optando-se pelos de nível superior, ligados diretamente à assistência e que possuem maior representatividade - 73 médicos, 19 enfermeiros, oito dentistas, dois fisioterapeutas, três farmacêuticos, cinco assistentes sociais e três nutricionistas - com um total de 113 funcionários.
  
- A seleção do número de participantes para compor os dois grupos focais seguirá os seguintes critérios: a) manter o mesmo percentual de profissionais/profissão da amostra de funcionários; b) garantir a participação de quinze funcionários em cada grupo focal; c) viabilizar a liberação dos mesmos, junto à coordenação da unidade; d) negociar as datas e os horários de realização dos grupos, respeitando a disponibilidade dos pesquisadores e a conveniência dos participantes do estudo.
  
- Devido a discrepância entre o número de profissionais a equipe de pesquisa optou por fazer a equivalência entre os mesmos no grupo focal com intuito de tornar o debate plural e representativo.
  
- A equipe de pesquisa afirma que serão respeitadas as limitações de liberação dos profissionais, principalmente os que seguem escalas de plantão; assim, caso ocorra a impossibilidade de alguns de participar de um dos dois grupos focais programados, eles serão entrevistados, individualmente, mediante o mesmo roteiro de questões norteadoras, e os dados obtidos serão registrados separadamente e analisados de forma comparativa.
  
- Estão descritas como serão feitas as análises dos dados obtidos no estudo.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

- Os relatórios elaborados serão apresentados aos profissionais do SESMET (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho), assim como para os gestores da unidade onde a pesquisa será feita com a finalidade "de auxiliar no processo de construção de um serviço de saúde de qualidade que priorize não somente a saúde e a segurança do paciente, mas ofereça as mesmas condições aos profissionais que atuam nessas unidades."

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos obrigatórios foram apresentados, incluindo Declaração de Instituição Co - Participante assinada pelo Coordenador de Apoio da Missão Sal da Terra, Declaração de Instituição Co-Participante assinada pelo Coordenador de Talentos Humanos da Missão Sal da Terra, que também assina outra Declaração de Instituição Co - Participante onde aparece o nome da Unidade onde a pesquisa será desenvolvida.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em documento inserido na Plataforma Brasil, os pesquisadores responderam os questionamentos do CEP/UFU conforme Lista de Pendências e respostas abaixo apresentadas:

1- No Desenho da pesquisa, tanto no projeto inserido pelo pesquisador (página 4), quanto no gerado pela Plataforma Brasil, há informação de que participarão da pesquisa 20 profissionais. No entanto, de acordo com o projeto, participarão 35 pessoas entre profissionais de saúde (30) e gestores (5). Favor corrigir.

RESPOSTA: informações corrigidas na Plataforma Brasil e no Projeto detalhado (primeira página, após o sumário). Assim, o correto é que participarão 35 pessoas entre profissionais de saúde (30) e gestores (5).

ATENDIDA

2- Tanto no projeto gerado pela Plataforma Brasil quanto no inserido pela pesquisadora há informações confusas acerca do número (como no desenho de pesquisa) e das categorias profissionais participantes. Nos critérios de inclusão do projeto detalhado (página 16) estão incluídos médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, técnicos de enfermagem,

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

técnicos em saúde bucal e auxiliares administrativos enquanto que nos objetivos secundários e na Tabela 1, há informação de que participarão médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas. Favor fazer as devidas correções tanto no projeto detalhado como no projeto gerado pela Plataforma Brasil.

RESPOSTA: informações corrigidas na Plataforma Brasil e no Projeto detalhado, nos critérios de inclusão (página 16). Assim, o correto são as seguintes categorias: médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas.

ATENDIDA

3- Há informação que a mestranda não atuará como facilitadora dos grupos focais por trabalhar na unidade de saúde onde os dados serão coletados. Pergunta-se:

a) Quem fará as entrevistas com aqueles profissionais que não puderem participar do grupo focal?

RESPOSTA: A pesquisadora Leiriane Alves de Souza, não será mediadora dos grupos focais, mas realizará as entrevistas dos profissionais que não puderem participar dos grupos (esclarecimentos e acréscimo sobre essa informação estão na página 14 do projeto detalhado).

ATENDIDA

b) Quem fará a entrevista com os gestores?

RESPOSTA: A pesquisadora Leiriane Alves de Souza, não será mediadora dos grupos focais, mas realizará as entrevistas dos gestores (esclarecimentos e acréscimo sobre essa informação estão na página 14 do projeto detalhado).

Justificativa: Entrevista e grupo focal têm o mesmo objetivo de pesquisa, isto é, investigar suas hipóteses. Mas, buscam essa informação a partir de abordagens diferentes, que conseqüentemente implicam em envolvimento e atribuições diferentes do pesquisador, isto é, a ENTREVISTA coloca o pesquisador e o entrevistado frente a frente, investigando sob a perspectiva do que o participante processou até então, tendo como atribuição do pesquisador ter a iniciativa

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

de conduzir as perguntas em uma sequência clara para o participante, assumindo uma postura imparcial e objetiva. Por sua vez, o GRUPO FOCAL irá trazer a perspectiva do participante, sendo analisada em um coletivo, podendo ou não sofrer influências de outras perspectivas da questão em debate; assim o pesquisador assume o papel de mediador e condutor das discussões, e as atribuições do pesquisador saem da condução de perguntas para entrelaçamento com as diferentes perspectivas postas e sínteses construídas.

Desta forma, para se manter a imparcialidade do estudo e a neutralidade da pesquisadora, a mesma executará a fase das entrevistas e não a de mediação dos grupos focais.

Outro ponto importante, é que a escolha de outros pesquisadores, como mediadores dos grupos focais, auxilia na validação dos dados coletados, pois mediante a análise comparativa dos mesmos será possível perceber se eles possuem um viés de parcialidade da pesquisadora ou se são isentos de qualquer influência positiva ou negativa.

ATENDIDA

4- No roteiro de entrevista dos gestores, "Bloco 2 - Apresentação do Gestor", as informações solicitadas poderão identificar quem é o participante. Como essas informações serão utilizadas na análise dos dados a fim de que sejam garantidos o sigilo e a não identificação do participante?

RESPOSTA: para análise de dados, os gestores serão identificados numericamente para que sejam resguardados o sigilo e a identificação dos mesmos (acréscimo dessa informação página 27 do projeto detalhado e no arquivo em anexo "Inst\_coleta").

ATENDIDA

5- No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos funcionários participantes da pesquisa:

a) Informar quem serão os facilitadores dos grupos focais;

RESPOSTA: acréscimo da informação no 2º § da página 29 do projeto detalhado e no arquivo em anexo "TCLE".

ATENDIDA

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

b) No 3º parágrafo da página 1 há informação de que participarão da pesquisa médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Favor corrigir, uma vez que também participarão outras categorias profissionais, de acordo com a Tabela 1, página 15 do projeto detalhado.

RESPOSTA: correção da informação no 2º § da página 29 do projeto detalhado e no arquivo em anexo "TCLE".

ATENDIDA

c) No mesmo 3º parágrafo corrigir o período de obtenção de assinatura do TCLE (janeiro a março de 2019) uma vez que as entrevistas e grupos focais só poderão iniciar após a aprovação do projeto pelo CEP/UFU.

RESPOSTA: correção da informação no 2º § da página 29 do projeto detalhado e no arquivo em anexo "TCLE".

ATENDIDA

d) Informar que as gravações serão apagadas após a transcrição.

RESPOSTA: correção da informação no 2º § da página 29 do projeto detalhado e no arquivo em anexo "TCLE".

ATENDIDA

e) No 6º parágrafo da página 1 há referência à lei que trata do ressarcimento de eventuais despesas. Informar qual é a lei.

RESPOSTA: correção da informação no 3º § da página 29 do projeto detalhado e no arquivo em anexo "TCLE".

ATENDIDA

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

6- No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os gestores:

a) No 6º parágrafo da página 1 há referência à lei que trata do ressarcimento de eventuais despesas. Informar qual é a lei.

RESPOSTA: correção da informação no 5º § da página 31 do projeto detalhado e no arquivo em anexo "TCLE".

ATENDIDA

b) Informar que as gravações serão apagadas após a transcrição.

RESPOSTA: correção da informação no 4º § da página 31 do projeto detalhado e no arquivo em anexo "TCLE".

ATENDIDA.

=====

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Dezembro de 2019.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1238992.pdf	16/02/2019 23:03:32		Aceito
Outros	Resposta_Pendencias.docx	16/02/2019 23:01:15	LEIRIANE ALVES DE SOUZA	Aceito

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.221.277

Outros	Inst_coleta.pdf	16/02/2019 22:53:06	LEIRIANE ALVES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/02/2019 22:52:24	LEIRIANE ALVES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	16/02/2019 22:52:03	LEIRIANE ALVES DE SOUZA	Aceito
Outros	link_curriculo.pdf	21/01/2019 23:44:56	LEIRIANE ALVES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_Equipe_Executiva.pdf	21/01/2019 23:41:01	LEIRIANE ALVES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IC_MST.pdf	21/01/2019 23:40:41	LEIRIANE ALVES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folho_de_rosto.pdf	10/01/2019 22:31:36	LEIRIANE ALVES DE SOUZA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLANDIA, 25 de Março de 2019

---

**Assinado por:**  
**Karine Rezende de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

## Anexo B - Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).

**Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)****Title and abstract**

S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
----	-------	--

S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
----	----------	---

**Introduction**

S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
----	---------------------	---

S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
----	------------------------------	---

**Methods**

S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale
----	--	--

S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
----	--	--

S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale
----	---------	--

S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale
----	-------------------	--

S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
----	---	--

S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale
-----	-------------------------	---

S11	<i>Data collection instruments and technologies</i>	<i>Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study</i>
S12	<i>Units of study</i>	<i>Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)</i>
S13	<i>Data processing</i>	<i>Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of Excerpts</i>
S14	<i>Data analysis</i>	<i>Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale b</i>
S15	<i>Techniques to enhance trustworthiness</i>	<i>Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale</i>
<b><i>Results/findings</i></b>		
S16	<i>Synthesis and interpretation</i>	<i>Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory</i>
S17	<i>Links to empirical data</i>	<i>Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings</i>
<b><i>Discussion</i></b>		
S18	<i>Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field</i>	<i>Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field</i>
S19	<i>Limitations</i>	<i>Trustworthiness and limitations of findings</i>
<b><i>Other</i></b>		
S20	<i>Conflicts of interest</i>	<i>Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed</i>
S21	<i>Funding</i>	<i>Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and Reporting</i>

## Anexo C – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)

### Reporting Guidelines - Checklist

No	Item	Guide questions/description
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>		
<b>Personal Characteristics</b>		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
<b>Relationship with participants</b>		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic
<b>Domain 2: study design</b>		
<b>Theoretical framework</b>		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis
<b>Participant selection</b> <i>Seleção dos participantes</i>		
10.	Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball
11.	Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
<b>Setting</b>		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date
<b>Data collection</b>		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
<b>Domain 3: analysis and findings</b>		
<b>Data analysis</b>		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
<b>Reporting</b>		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. participant number
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Anexo D – *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research.*



**JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research**

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

