



UFES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES

**IMPACTOS DA GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE NOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO
ESTADUAL NO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA-ES
2023**

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES

**IMPACTOS DA GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE NOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO
ESTADUAL NO ESPÍRITO SANTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – Área de Concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profª Dra. Francis Sodré

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo
Gomes Siqueira

**VITÓRIA-ES
2023**

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES

**IMPACTOS DA GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE
SAÚDE NOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO
ESTADUAL NO ESPÍRITO SANTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, na Área de Concentração Política e Gestão em Saúde. Aprovada em 14.03.2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré

Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof. Dr. Carlos Eduardo Gomes Siqueira

Universidade de Massachusetts, Boston
Coorientador

Prof. Dr. Roberto José Bittencourt

Pontifícia Universidade Católica de Brasília
Membro Permanente Externo

Prof. Dr. Jonathan Filippou

Universidade Queen Mary, Londres
Membro Permanente Externo

Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Carvalho Andrade

Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Permanente Interno

Prof. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Permanente Interno

Prof^a. Dr^a. Magda Ribeiro de Castro Soares

Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Suplente Interno

Prof^a. Dr^a. Elda Coelho de Azevedo Bussinger

Faculdade de Direito de Vitória – FDV
Membro Suplente Externo

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

E79i ESTEVAM MARTINS FERNANDES, LORENA, 1984-
IMPACTOS DA GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
DE SAÚDE NOS TRABALHADORES DE UM HOSPITAL
PÚBLICO ESTADUAL NO ESPÍRITO SANTO / LORENA
ESTEVAM MARTINS FERNANDES. - 2023.
172 f. : il.

Orientadora: Francis Sodré.

Coorientador: Carlos Eduardo Gomes Siqueira.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Gestão em Saúde. 2. Recursos Humanos. 3. Hospitais
públicos. 4. Organizações Sociais de Saúde. 5. Serviços
terceirizados. I. Sodré, Francis. II. Gomes Siqueira, Carlos
Eduardo. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

*Aos trabalhadores e às trabalhadoras
Aos que persistem no desafio da pesquisa científica*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, força, companhia e esperança que me renovam dia a dia.

Ao meu esposo, Gil, pela parceria e amor, por ser e fazer tanto. À minha filha, Mariana, que chegou para trazer alegria e luz aos meus dias (e noites).

Aos meus pais, por serem meu ponto de apoio e por dedicarem a mim seus melhores momentos.

A toda minha grande família, vocês são minha paz, o lugar que sempre quero estar.

Aos amigos presentes, não há distância física que separe nosso coração.

Ao trio: Fabi, Gabi Barreto e Gabi Bigossi, unidas pelos estudos das OSS e pelas aspirações por um SUS de qualidade para todos. Obrigada pela amizade e pelo compartilhar de angústias e êxitos da jornada. A empatia de vocês me fortalece!

Às queridas Inara e Eunice, por colocarem comigo a “mão na massa” e serem suporte nas transcrições das entrevistas. Que luta, hein! Vocês foram nota 1000!

Aos queridos orientadores, Francis e Carlos Eduardo, pela direção, compartilhamento, apoio e compreensão constantes.

Aos professores da banca examinadora, admiração e gratidão pelo esforço em avaliar este trabalho e contribuir para ele.

Aos professores Maria Helena Miotto e Aduino Emmerich, pela generosidade no empréstimo de livros e materiais.

Aos demais professores e aos colegas da caminhada acadêmica, o aprendizado com vocês não tem preço!

Ao GEMTES/UFES, pelas trocas e construções. Saudades dos nossos encontros e conversas.

Ao PPGSC/UFES, por possibilitar esta conquista.

A SESA-ES e seus hospitais, por serem o local deste estudo.

Aos profissionais participantes, por colaborarem com esta pesquisa. Minha gratidão, por compartilharem suas vivências e conhecimentos comigo.

À FDV e à Prof. Elda Bussinger, pelo apoio e generosidade, por viabilizarem este e outros estudos no campo da saúde.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por financiar esta pesquisa.

RESUMO

As Organizações Sociais (OS) surgiram no Brasil na contrarreforma gerencial do Estado, em 1995, para diferenciar as atividades exclusivas das não exclusivas. Essa “nova” gestão defendia a implementação de um modelo de administração voltado para resultados. A inclusão do SUS na contrarreforma foi justificada para aperfeiçoar o desempenho dos serviços de saúde pública, através da transferência da gestão dos hospitais para Organizações Sociais de Saúde (OSS), por meio da celebração de contratos de gestão com o Poder Executivo. Esta pesquisa discutiu a terceirização da gestão, por meio de OSS, como alternativa à gestão pública, tida como ineficiente e sem qualidade e teve como objetivo analisar os impactos da gestão por OSS nos trabalhadores de um hospital estadual no Espírito Santo. Consistiu em um trabalho inédito no Brasil e teve como proposta um estudo de caso único em um hospital com mão de obra mista, servidores públicos cedidos e funcionários contratados pela OSS. Foram analisadas 40 entrevistas com profissionais médicos, de enfermagem, administrativos e multiprofissionais, as quais foram submetidas à análise documental e análise temática, baseadas na Teoria Fundamentada dos Dados ou *Grounded Theory*. Os achados mostraram que a gestão por OSS era autocentrada e hierarquizada. Não possuía, ou não foram concedidos indicadores nem informações significativas consolidados de RH, demonstrando a não-prioridade dada à gestão do trabalho em saúde. Houve impactos da gestão das OSS na gestão de pessoas, na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores. Os principais prejuízos foram na saúde mental dos trabalhadores, gerados pela precariedade, sofrimento, violência, sobrecarga de trabalho adoecimento mental dos empregados. As conclusões apresentaram que as OSS não agregaram qualidade nos processos de contratação e gestão dos profissionais, pois, apesar de proverem mão de obra, não o fizeram em número suficiente, não investiram em formação nem em melhoria das condições de trabalho. A gestão de OSS não demonstrou ser uma escolha adequada para a gestão desse serviço hospitalar do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Organizações Sociais de Saúde, recursos humanos, hospitais públicos, serviços terceirizados, gestão em saúde.

ABSTRACT

The Social Organizations (OS) emerged in Brazil in the State managerial counter-reform, in 1995, to differentiate exclusive activities from non-exclusive ones. This “new” management advocated the implementation of a results-oriented management model. The inclusion of SUS in the counter-reform was justified to improve the performance of public health services, through the transfer of hospital management to Social Health Organizations (OSS) through the signing of management contracts with the Executive Branch. This research discussed the outsourcing of management through OSS as an alternative to public management considered inefficient and without quality, and aimed to analyze the impacts of management through OSS on workers at a state hospital in Espírito Santo. It consisted of an unprecedented work in Brazil and proposed a single case study in a hospital with mixed labor, public servants assigned and employees hired by the OSS. Forty interviews with medical, nursing, administrative and multidisciplinary professionals were analyzed. These were submitted to document analysis and thematic analysis, based on the Grounded Theory of Data or Grounded Theory. The findings showed that OSS management was self-centered and hierarchical. It did not have, or were not granted, indicators or significant consolidated HR information demonstrating the non-priority given to the management of health work. There were impacts of OSS management on people management, health and quality of life of workers. The main losses were in the mental health of workers, generated by precariousness, suffering, violence, work overload and mental illness of employees. The conclusions showed that the OSS did not add quality to the hiring and management processes of professionals, because despite providing manpower, they did not do it in sufficient numbers, did not invest in training or in improving working conditions. OSS management did not prove to be an adequate choice for the management of this hospital service in the Unified Health System.

Keywords: Social Health Organizations, human resources, public hospitals, outsourced services, health management

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD – Administração Direta
ACP – Ação Civil Pública
ADM – Administrativa ou administrativos
BA – Bahia
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAQDAS – Computer Assisted Qualitative Data Analysis
CEIS – Complexo Econômico Industrial da Saúde
CF – Constituição Federal
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPq – Conselho Nacional de Pesquisas
CNS – Conselho Nacional de Saúde
EC – Emenda Constitucional
ENF – Enfermagem
EQM – Equipe Multiprofissional
ES – Espírito Santo
FDV – Faculdade de Direito de Vitória
FHC – Fernando Henrique Cardoso
GEMTES – Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde
GO – Goiás
HEC – Hospital Estadual Central
HEJSN – Hospital Estadual Dr. Jayme dos Santos Neves
HEUE – Hospital Estadual de Urgência e Emergência
HIMABA – Hospital Estadual Infantil e Maternidade de Vila Velha
KWIC – Key Word In Context
LAI – Lei de Acesso à Informação
LC – Lei Complementar
LO – Lei Ordinária
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE – Ministério de Administração e Reforma do Estado
MED – Médica ou médicos
MPES – Ministério Público do Espírito Santo
MS – Ministério da Saúde

NGP – Nova Gestão Pública
NHS – National Health Service
NOB-RH/SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
NPM – New Public Management
ObservaRH – Observatório de Recursos Humanos de Saúde
OCDE – Organização para a Cooperação Econômica Europeia
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OS – Organizações Sociais
OSS – Organizações Sociais de Saúde
PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PE – Pernambuco
PJ – Pessoa Jurídica
PNSSTT – Plano Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora
PPGSC – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
RH – Recursos Humanos
RHS – Recursos Humanos Em Saúde
RJ – Rio de Janeiro
SADQ – Software de Análise de Dados Qualitativos
SC – Santa Catarina
SEGER – Secretaria de Gestão e Recursos Humanos
SESA – Secretaria de Estado da Saúde
SP – São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

Apresentação.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Referenciais de análise.....	19
1.2 Justificativa.....	34
2 OBJETIVOS.....	41
2.1 OBJETIVO GERAL.....	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
3 MÉTODOS.....	42
3.1 PLANEJAMENTO.....	42
3.1.1 Estudo-piloto.....	43
3.1.2 Tipo do estudo.....	43
3.1.3 Local do estudo	44
3.2. COLETA DE DADOS.....	44
3.2.1 Documentos e registros em arquivos.....	47
3.2.2 Entrevistas.....	50
3.2.2.1 Caracterização do local	51
3.2.2.2 Período, Quantidade e Critérios de Realização.....	52
3.2.3 Observação direta.....	54
3.2.4 Principais entraves da fase de coleta.....	55
3.3 ANÁLISE DE DADOS.....	56
3.3.1 Tipo de análise.....	56
3.3.1.1 <i>Grounded Theory</i> nas pesquisas em Recursos Humanos.....	58
3.3.2 Programa informatizado para análise dos dados.....	59
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
4.1 Artigo 01.....	63
4.2 Artigo 02.....	80
4.3 Artigo 03.....	111
4.4 Artigo 04.....	134
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
REFERÊNCIAS.....	155
APÊNDICES.....	167
ANEXOS.....	170

APRESENTAÇÃO

O desafio de pesquisar pessoas que trabalham na área da saúde é de grande importância e é o centro desta pesquisa. Para estudar, explicar e entender uma política de saúde e o cuidado em saúde, é necessário direcionar olhares atentos aos seres humanos que os pensam, executam e fazem deles uma realidade na vida e na história de outras pessoas.

A importância dos trabalhadores como objeto de pesquisa na nossa trajetória acadêmica surgiu em 2015, com o início do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC-UFES). Tendo como motivação inicial as vivências profissionais¹ e acadêmicas², começamos os estudos sobre a gestão de recursos humanos em hospitais estaduais, sob contrato com Organizações Sociais de Saúde (OSS). Identificamos as OSS que celebraram contrato de gestão com os Estados de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Espírito Santo (ES); apontamos as 10 maiores em volume de recursos financeiros transferidos; levantamos e comparamos informações contidas nos contratos de gestão dos hospitais públicos desses Estados; e investigamos as informações relacionadas à política de recursos humanos em saúde (RHS) contidas nos contratos de gestão.

Já a partir das entrevistas com os gestores de recursos humanos das OSS que gerenciam hospitais estaduais do ES, identificamos e analisamos a política de recursos humanos em saúde em hospitais estaduais geridos por OSS e verificamos se as orientações e princípios referentes à gestão do trabalho para instituições hospitalares eram implementadas por elas, já que são importantes instrumentos para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e para recolocar a importância do trabalho em saúde.

¹Trabalhando desde 2013 na Secretaria de Gestão e Recursos Humanos do Estado do Espírito Santo (SEGER-ES) no setor de atenção à saúde e qualidade de vida do servidor estadual. A SEGER foi por anos responsável pela orientação e monitoramento das contratações por Organizações Sociais no âmbito estadual.

²Participando do Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GEMTES/UFES), o qual dedica-se a estudar questões afins ao trabalho e à saúde.

Tais descobertas³ foram incongruentes. Constatamos que as OSS implementam práticas que divergem das regras do concurso público e precarizam o trabalho. Há “quarteirização” e “pejotização” dos trabalhadores, que são empregados que trabalham para o SUS, mas cujos empregadores não seguem as políticas públicas direcionadas aos trabalhadores do SUS.

As OSS adotam política de recursos humanos (RH) idêntica à de empresas privadas e obedecem às exigências do mercado privado, mesmo quando cumprem os vários critérios estabelecidos nas normas e orientações da gestão pública e do trabalho em saúde. É incoerente o fato de não receberem recursos financeiros específicos para gestão de RH, tampouco tal política é monitorada pelo órgão público contratante, já que a contratação da OSS é justificada pela manutenção ou aumento da eficiência e a da qualidade dos serviços prestados, assim como pela desoneração financeira e a desresponsabilização do Estado na contratação de recursos humanos.

Também foi constatado que não havia meios adequados nem sistemas de informação para medir a qualidade dos serviços prestados. Os gestores se referiam às suas instituições como empresas e aos usuários do serviço como clientes. Afirmaram que a instituição privada tem como principal função contratar pessoas, pois o governo tem limites legais para contratar seus próprios trabalhadores. Descobrimos que o aumento do número de OSS em substituição ao Estado na execução dos serviços de saúde envolve a transferência de muitos recursos, principalmente, financeiros, demonstrando uma tendência regional e nacional, sobretudo, na gestão hospitalar, e que estudos sobre essa questão precisavam ser ampliados (FERNANDES, 2017).

Durante o doutorado, buscamos expandir a pesquisa além da gestão do trabalho em saúde. O esforço foi em direção ao levantamento de dados de recursos humanos mais específicos, que expressassem a gestão de RH dos hospitais, incluindo depoimentos desses trabalhadores sobre a gestão e as situações que os acometem. Assim, além

³Compuseram a dissertação de mestrado, a qual fez parte do estudo nacional intitulado “Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema Universal no Brasil” CNPq, sob nº 405077/2013-0. Em âmbito estadual compunha os projetos: “A gestão do processo de trabalho na saúde pública: a estratégia das organizações sociais e a empresa pública de direito privado no Espírito Santo”, financiado pelo CNPq, sob nº472905/2013-9 e “As organizações sociais de saúde no Brasil: cartografia de um complexo econômico industrial da saúde” (CAAE FDV sob nº 52909416.1.0000.5073).

de continuar estudando a atuação das OSS no campo da saúde pública, dispusemos a investigar, na Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e nas OSS, informações sobre RHS e repercussões dessa gestão no trabalho e nos trabalhadores da saúde de um serviço hospitalar com gestão terceirizada.

Na introdução da tese e em seus componentes, apresentaremos os temas principais que esta pesquisa abrange: Organizações Sociais de Saúde, Recursos Humanos em Saúde (RHS), Terceirização e precarização, Saúde do trabalhador. Descreveremos os referenciais de análise que embasaram o estudo. Justificaremos a importância do tema, traremos a relevância e o ineditismo da investigação, abordaremos a importância da inovação desta pesquisa para o SUS e para a Saúde Coletiva. Depois exporemos as perguntas e hipóteses da pesquisa. Em seguida, apresentaremos o objetivo principal e os objetivos específicos, além da metodologia utilizada para alcançá-los. Por último, abordaremos os resultados e as discussões, que foram divididos em quatro textos.

O primeiro artigo versa sobre o projeto-piloto e os resultados preliminares da pesquisa. Nele, analisamos, por meio da Teoria Fundamentada nos Dados, seis entrevistas com trabalhadores que atuavam em, pelo menos, duas das quatro OSS presentes no ES. O segundo artigo descreve e analisa as principais políticas, condições de trabalho e aspectos organizacionais da gestão de recursos humanos nessa instituição. O terceiro artigo aborda a saúde do trabalhador e apresenta as doenças psíquicas como principais impactos da precarização do trabalho e da perda da qualidade de vida do trabalhador da saúde. O quarto artigo define a qualidade de vida para o trabalhador, apresenta a influência dela na saúde e a sua importância para os trabalhadores.

Para concluir o trabalho, trazemos as considerações finais, as quais destacam a premissa do valor do trabalhador para a qualidade da gestão e do cuidado com o usuário, fazendo reflexões a partir de situações laborais e de saúde reveladas na pesquisa, sugerindo onde cabem possíveis mudanças e novas pesquisas.

Pretendemos, portanto, com esta tese, contribuir tanto para a produção acadêmica nacional e internacional, quanto para a formação de pesquisadores qualificados e a investigação em Saúde Coletiva e sobre o SUS, apresentando resultados que

assinalam possibilidades e urgências para concretização e ampliação dos direitos dos trabalhadores que incluem o trabalho com condições dignas e de saúde e, como consequência, a melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

Esperamos também discutir a adoção de Organizações Sociais de Saúde como a alternativa indicada para lidar com a suposta gestão pública ineficiente, sem qualidade e burocrática (BRESSER-PEREIRA, 2000). Além disso, questionaremos o argumento de que terceirizar serviços adotando uma gestão privada seria capaz de resolver tais problemas nos hospitais públicos.

Como servidora pública estadual e pesquisadora na área da saúde coletiva, avalio que pesquisas como esta, além de informar, podem respaldar decisões políticas e administrativas na área da saúde pública, apontar para a efetivação da promoção da saúde do trabalhador e da educação permanente nos serviços de saúde estaduais, assim como propor inovações em gestão e consolidação de direitos dos trabalhadores.

Entendemos que uma gestão comprometida com o SUS, direcionada para viabilizar o acesso à saúde pública de qualidade, que age para impactar positivamente no trabalho e nos trabalhadores da saúde, assim como informa e consolida direitos sociais, poderia influenciar e transformar o sistema. Essa convicção incentiva a continuidade do estudo sobre trabalho em saúde, visibilizando mais o trabalhador, suas experiências e necessidades.

1 INTRODUÇÃO

O hospital público reflete o trabalho da gestão do Estado. A gestão e o trabalhador do serviço de saúde não podem se esquecer de sua finalidade, de sua missão, que é atender à população da melhor forma, isso faz muita diferença. É bom ver as melhorias no serviço e é triste ver os problemas e as dificuldades. O que está ao alcance nós temos que fazer. Mas, muita coisa não depende do profissional de saúde, são questões políticas e da alta gestão (Profissional de saúde entrevistado).

As Organizações Sociais (OS) surgiram no Brasil a partir da contrarreforma gerencial do Estado, em meados de 1990, que teve como prioridade diferenciar as atividades exclusivas das não exclusivas. A política recomendada foi que o Estado cumprisse diretamente as primeiras, enquanto as demais fossem apenas financiadas por ele e realizadas por organizações públicas não-estatais, sem fins lucrativos.

Os princípios básicos da reforma administrativa, a que chamaremos de contrarreforma (BEHRING, 2008), foram definidos no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), documento de governo apresentado à nação pelo Presidente da República em novembro de 1995, no qual foi delineada uma concepção do Estado e seu funcionamento, a qual foi chamada de Nova Gestão Pública (NGP) ou Nova Administração Pública (MARE, 1995, 1997; BRESSER-PEREIRA, 2000).

Essa “nova” gestão defendia a implementação de um modelo de administração gerencial de decisões e ações orientadas para resultados, cujo foco são os clientes, nome dado aos usuários dos serviços estatais. Ela propunha que o Estado tomasse as principais decisões estratégicas a partir da formação de agências executivas, que seriam reguladoras e mais autônomas do que as burocracias estatais (MARE, 1995). Agência Executiva é a qualificação concedida, por decreto governamental específico, às autarquias e fundações públicas responsáveis por atividades e serviços considerados exclusivos do Estado, as quais funcionariam por meio de planejamento permanente e execução descentralizada e transparente (MARE, 1997).

O PDRAE foi uma forma de criticar a administração pública direta como inacessível, centralizada, rígida, e orientada para processos e tarefas, em vez de orientada para resultados. Os Cadernos publicados pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) continham um discurso de valorização dos recursos públicos,

financeiros ou não, e defendiam o fim do formalismo burocrático. Segundo o Plano, a tal “nova” administração foi planejada para resolver três problemas da administração pública tradicional: (1) o desperdício de recursos públicos; (2) o desperdício das capacidades e competências dos servidores, que sofrem ainda a inibição de seu potencial criativo; e (3) a distância entre a decisão e a ação, em prejuízo do atendimento aos clientes e usuários.

Assim, o objetivo central do Estado foi legitimar a transferência da responsabilidade das atividades não exclusivas, como saúde e educação, para a iniciativa privada sem fins lucrativos, sob a justificativa de menor custo financeiro e melhor atendimento à população, quando comparada à administração pública direta (BRASIL, 1998).

A inclusão do SUS na contrarreforma do Estado foi justificada pela necessidade de aperfeiçoar o desempenho dos serviços de saúde pública, mediante o planejamento conjunto e a realização de acordos que contemplassem metas e indicadores a serem alcançados pelos agentes públicos e privados que integram o SUS. Para tanto, uma das ações chaves seria transferir a gestão dos hospitais, equipamentos mais caros do sistema de saúde, para Organizações Sociais de Saúde (OSS), organizações públicas não-estatais de direito privado, autorizadas por lei para celebrarem contratos de gestão com o Poder Executivo e participarem do orçamento federal, estadual ou municipal (BRASIL, 1998).

A terminologia “Gestão por OSS” recebeu o nome “Programa de Organizações Sociais” na Lei Complementar (LC) nº 489/2009, que criou e regulamentou a gestão por Organizações Sociais no Estado do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2009), assim como no Decreto Estadual nº 2484-R de 09/03/2010, que operacionalizava a lei. Em 21 de dezembro de 2021, foi publicada a LC nº 993, que revogou a LC nº 489. A nova lei prometeu que, em 180 dias (art.26), haveria regulamentação, entretanto tal norma não foi encontrada.

Na Lei Federal nº 9637 de 1998, que institui as OS no Brasil e serve de modelo para as leis estaduais e municipais, a nomenclatura usada é “Programa Nacional de Publicização” (BRASIL, 1998). Em âmbito internacional, esse tipo de iniciativa, na qual se inclui a terceirização da gestão de serviços públicos não essenciais, é conhecida

como *New Public Management* (NPM) e foi idealizada por David Osborne (OSBORNE e GAEBLER, 1993; OSBORNE, 1995).

O documento “Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” afirma que as OSS estariam incluídas na adoção de modernas técnicas de gestão que valorizariam a competição e a busca por resultados, promoveriam a melhoria da qualidade do atendimento ao cidadão, maior competitividade e controle mais firme dos serviços hospitalares e ambulatoriais financiados pelo SUS, reduzindo custos e otimizando sua gestão operacional e administrativa (MARE, 1998). Em resumo, o sistema de saúde brasileiro sofreria uma Reforma Gerencial.

O valor dos trabalhadores ocupou papel secundário nessa “Reforma”. A ineficiência do SUS, tão frequentemente relacionada aos aspectos quantitativos e que deveria também levar em consideração a qualidade dos serviços, tem como um importante determinante o baixo investimento dispensado para as atividades de desenvolvimento de recursos humanos. Os efeitos do investimento insuficiente podem ser confirmados pela pouca profissionalização e a baixa valorização do trabalho realizado. Tais condições se agravam pela ausência de perspectivas de melhor remuneração, transformando o vínculo público em fonte de renda “adicional” (PIERANTONI, 2001).

Problematizar questões no âmbito do trabalho em saúde é o motivo deste estudo. Pretende-se também criticar o distanciamento entre a gestão por OSS e o cumprimento das normas do direito, administrativas e do trabalho, assim como as orientações do SUS. Tal descumprimento tende a gerar ou agravar a precarização do trabalho em saúde (FERNANDES, 2017; BUSSINGUER e SALLES, 2018).

Estudar o fenômeno de inserção das OSS no ES pelo olhar do trabalhador do SUS e com o foco nesse ator é atual e relevante, principalmente, para propor a superação da ideia de que ter OSS na gestão de um serviço público resume-se em priorizar a gestão financeira e a eficiência, pois uma gestão autocentrada e pouco fiscalizada pode causar prejuízos para o trabalhador e para a qualidade do serviço prestado.

A dedicação às pesquisas sobre serviços de saúde no Espírito Santo tem permitido conhecer a gestão e os gestores de recursos humanos dos hospitais estaduais,

aproximarmos dos trabalhadores e conhecer suas necessidades, divulgar resultados das pesquisas nos meios acadêmicos e para profissionais de saúde, participar de eventos nacionais e internacionais de saúde e publicar resultados dessas pesquisas.

1.1 REFERENCIAIS DE ANÁLISE

Esta tese tem como base os princípios e as diretrizes a serem atendidos na elaboração de planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população trabalhadora do SUS, os quais compreendem a valorização dos trabalhadores, reconhecimento do papel fundamental do trabalhador na atenção integral à saúde da população com políticas e práticas que permitam o crescimento pessoal e profissional do trabalhador (ASSUNÇÃO, 2012).

A contrarreforma neoliberal, instituída no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), previu que o Estado tomasse as principais decisões estratégicas, por meio de agências executivas e reguladoras, como as autarquias e as fundações públicas, de forma autônoma, devendo elas apenas prestarem contas ao Estado (BRESSER-PEREIRA, 2000). Essas agências foram órgãos criados para executar atividades estatais exclusivas, as quais deveriam ser implementadas por meio políticas públicas, prestação de serviços e execução de atividades.

As atividades consideradas competitivas ou não-exclusivas, como saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, ficariam sob gerenciamento de instituições do terceiro setor, no qual estão as Organizações Sociais (OS). Ao Estado caberia o financiamento e controle, e não mais executar ou prestar serviços diretamente à população, apenas regular, custear e promover os serviços sociais essenciais (MARE, 1998). Para viabilizar essas medidas no Brasil, dois instrumentos foram essenciais: o PDRAE, instituído pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998⁴, e a Emenda

⁴ A lei foi uma conversão da Medida Provisória nº 1.648-7 de 1998 e 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.

Constitucional da Reforma Administrativa – a EC 19 – publicada em 1998 e reconhecida como uma “reforma constitucional”.

A contrarreforma brasileira baseou-se nas experiências dos países da Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCDE), principalmente, a da Inglaterra. Sob a justificativa da “modernização” e de tornar o serviço de saúde mais eficiente e receptivo às necessidades da população, a privatização aberta do National Health Service (NHS), sistema de saúde inglês, deu-se inicialmente pelo enfraquecimento do controle administrativo dos profissionais de saúde e pela terceirização de serviços (SIQUEIRA e BORGES, 2019).

No Reino Unido, a privatização também ocorreu como parte do Novo Trabalhismo, que implantou um verdadeiro mercado interno, com financiamento privado, em um sistema até então financiado por impostos. A estratégia, entre outras questões, considerava os cidadãos como consumidores e responsabilizava-os individualmente por seu tratamento. Provocou o esvaziamento do tradicional programa trabalhista, cuja regra passou a ser relações de trabalho flexíveis (FILLIPON et. al, 2016; SIQUEIRA e BORGES, 2019).

Para contextualizar as OSS, considerar-se-á que houve uma “contrarreforma” do Estado (BEHRING, 2008), ou seja, a adoção de um conjunto ações baseadas na ideologia neoliberal e orienta-se por medidas que impactam diretamente as questões sociais, as condições de vida e de trabalho da população. O conceito também foi escolhido para demonstrar que se tratou um processo destrutivo e regressivo, que interrompeu e reverteu os avanços democráticos das décadas de 1970 e 1980. A contrarreforma reestruturou o papel do Estado, levando-nos a questionar a coerência interna da dita “reforma”, sua relação com as mudanças econômicas e políticas sociais e a abrangência de seus impactos reais (BEHRING, 2008).

Denomina-se “Contrarreforma” porque não consistiu em um processo real de reforma para o país, mas em um retrocesso social para benefício de poucas pessoas, destrutivo e sem os compromissos sociais da igualdade e da democracia. Havia uma agenda política progressista e democrática debatida desde o final dos anos 1970,

desenvolvida nos anos 1980, que foi revertida pelo projeto neoliberal dos anos 1990 e viabilizada pela contrarreforma (BEHRING, 2008).

Machado (2006) argumenta que tal concepção neoliberal pautou-se na privatização, baseando-se, entre outros aspectos, na terceirização dos serviços e na flexibilização das relações de trabalho. Dentre suas muitas repercussões, houve mudanças na forma de inserção profissional, nos vínculos de trabalho, no perfil remuneratório e na organização do trabalho. Como resultado dessas mudanças, os ambientes de trabalho tornaram-se excessivamente competitivos, individualizados e adoecedores.

A flexibilização nas relações de trabalho foi uma das políticas da contrarreforma, justificada pela redução de custos; a qual exemplifica bem o desmonte do Estado no Brasil. A flexibilização também foi uma forma de adaptação ao capitalismo contemporâneo e de busca por superlucros, provenientes da exploração do trabalho pelo capital. Tal política tende a adquirir maior ou menor profundidade de acordo com as escolhas estratégicas dos governos.

Além do gerencialismo e do discurso da eficiência, as políticas provenientes da contrarreforma se ampararam na diminuição do tamanho do Estado, assim como no amortecimento da proteção social do trabalho e dos trabalhadores. Na prática, a contrarreforma do Estado estabeleceu metas para privatização e flexibilizou a gestão, principalmente, das relações de trabalho (PIERANTONI, 2001; PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2006). Portanto, a proposta da contrarreforma do Estado baseou-se na ideologia neoliberal e orientou-se por medidas que impactaram diretamente as questões sociais e as condições de vida e trabalho da população (BEHRING, 2008).

Seriam justificáveis regulamentações e reformas que alcançassem resultados positivos em termos de benefícios para a população, em coerência com a política pública devidamente orientada por critérios de eficiência. Entretanto, no caso dessa contrarreforma, ignorou-se se e em que medida os resultados, de fato, aconteceram. Nos anos subsequentes, faltou avaliação adequada desses resultados e, em muitos casos, consenso sobre quais deveriam ser as prioridades para a proteção social. Usuários do SUS passaram a ser tratados como consumidores, porém separados dos

direitos que devem ser garantidos pela intervenção do Estado em cada um dos segmentos envolvidos na assistência à saúde (NOGUEIRA, 2010).

A contrarreforma neoliberal gerou consequências para o trabalhador não só por propor deveres, mas também por negligenciar direitos. Ela alvitrou que os trabalhadores deveriam ser mais motivados com suas atividades e envolvidos nelas. Eles precisavam estar mais comprometidos com os interesses da instituição na qual estivessem inseridos (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2006). Entretanto, as mudanças propostas pela contrarreforma flexibilizaram e excluíram os direitos dos trabalhadores. Nela, não foram atores, nem cidadãos, porém foram criticados por serem corporativos, burocratas, não aptos para a competição global (OLIVEIRA, 2012).

Dal Poz (2013) argumenta que a implantação de novos modelos de gestão na atenção em saúde, seja pela introdução de novas tecnologias seja pela mudança do perfil epidemiológico, gera impactos nos trabalhadores da saúde. O autor chama a atenção que a globalização, o envelhecimento da população e as novas expectativas dos consumidores também tendem a mudar as demandas sobre a força de trabalho em saúde (DAL POZ, 2013).

Alves (1999) relaciona a globalização com a degradação do trabalho. O autor explica o fenômeno da globalização como sendo a “mundialização do capital”, ou seja, um novo regime de acumulação capitalista, um processo de internacionalização do capital, com características próprias e particulares quando comparado com etapas anteriores do desenvolvimento do capitalismo. A globalização é do capital, de uma massa de dinheiro que se valoriza através da produção de mercadorias, conservando os mercados financeiros.

Baraldi et al. (2008) asseguram que, no processo de globalização, a flexibilização laboral e a vulnerabilidade da população tendem a aumentar. Os autores concordam que o termo “globalização” é o processo de mundialização do capital e acrescentam que esse fenômeno, apesar de ter sido incorporado à linguagem comum sugerindo grandes possibilidades para o desenvolvimento da humanidade, principalmente devido às transformações sociais e econômicas ocorridas no processo produtivo

desde os anos 1960 por causa das mudanças nos fluxos de comunicação, da internacionalização das relações de produção, do desenvolvimento de novas tecnologias, trouxe consigo a exigência de que a relação entre o empregador e o empregado se flexibilizasse.

Tal relação tornou-se flexível do ponto de vista do empregador, porque os regramentos jurídicos que protegiam o trabalhador começaram a ser substituídos, reformados e até eliminados (BARALDI et al.,2008).

Santos-Filho (2007) destaca como principais problemas trabalhistas dos últimos anos os baixos salários, a degeneração dos vínculos, negando e omitindo os direitos constitucionais dos trabalhadores, a precarização das condições e dos ambientes de trabalho e a desorganização na gestão e nas relações sociais de trabalho. A precarização do trabalho em saúde é crescente e tem dado cada vez mais visibilidade às políticas de recursos humanos, principalmente, por causa do ocorrido nas condições de emprego, suas consequências na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores. Fleury também argumenta que

(...) no caso dos empregados públicos a retirada dos direitos do regime estatutário não foi substituída pela garantia dos direitos trabalhistas dos demais empregados. Ou seja, em relação às questões trabalhistas o empregado público passa a ser, a partir de agora, um pré-cidadão, já que não tem como enfrentar as determinações de seu patrão todo-poderoso, o Estado gerencial (FLEURY, 1997, p. 204)

Assunção (2003) assevera que, além da flexibilização da produção e da sua gestão, as relações de emprego também foram flexibilizadas, ou seja, amplia-se a possibilidade de se contratar trabalhadores sem os ônus advindos da legislação do trabalho, a qual consolidou, ao longo de mais de sete décadas, direitos e garantias mínimas, como o 13º salário, férias e FGTS, entre outros. Criou-se, então, um processo de precarização do trabalho, que implicou mudanças nas relações de trabalho e emprego e gerou maior instabilidade e insegurança para os trabalhadores.

Behring (2008) ainda pondera que a escolha pela terceirização da gestão, por meio de instituições privadas, como as OSS, concretiza o esforço para a retomada da competitividade no âmbito do Estado, retirando esse da regulação das relações de trabalho, reduzindo os encargos sociais e desprotegendo o trabalhador, que precisa

lidar individualmente com a sua qualificação para manter sua empregabilidade. Sob o risco do desemprego, os trabalhadores tornam-se passivos e se submetem às perdas e à precarização das condições de trabalho.

Pesquisas mostram que os estudos realizados nos últimos 25 anos sobre a terceirização no Brasil evidenciam, de forma unânime, a indissociabilidade entre ela e a precarização do trabalho. Incluindo tanto investigações qualitativas quanto quantitativas, essas pesquisas revelam a degradação do trabalho no que tange ao desrespeito aos direitos trabalhistas, às más condições de trabalho, aos baixos salários, à piora das condições de saúde, aos maiores índices de acidentes, à vulnerabilidade política dos trabalhadores e às suas dificuldades para se organizar coletivamente (ANTUNES e DRUCK, 2015; DRUCK, 2016).

Siqueira (2016), ao comentar os escritos de Druck (2016) e Muntaner (2016), concorda com a primeira e questiona o segundo, chamando de “gêmeas siamesas” a relação inseparável entre a terceirização e a precarização, afirmando que juntas geram profundos impactos na saúde do trabalhador, tornando o trabalhador vulnerável, não apenas psicologicamente, mas, sobretudo, socialmente.

Druck (2016) afirma que pesquisas sobre terceirização indicam que a precarização social do trabalho, além de se tornar uma temática central dos estudiosos, mostra-se uma estratégia de dominação que alcança todos os trabalhadores, diferenciada e hierarquicamente, como elemento da dinâmica de desenvolvimento do capitalismo flexível na conjuntura da globalização e da hegemonia neoliberal.

Sodré e Bussinguer (2019) também criticam a terceirização da gestão e alertam que o setor saúde envolve muitos recursos financeiros em toda a rede de serviços ou indústrias, enfatizando haver um “complexo econômico industrial da saúde” (GADELHA, 2003). Há um mercado da saúde, dispendioso, amplo e competitivo, no qual as OSS se incluem e ampliam seu espaço. A distribuição dos serviços nos equipamentos públicos e privados mostra-se complexa em razão do amplo território brasileiro e da diversidade cultural do país. Os trabalhadores de saúde precisam de conhecimento especializado e alto grau técnico (SODRÉ e BUSSINGUER, 2019), e

nas OSS eles estão em um contexto de severa precarização (FERNANDES, 2017; BUSSINGUER e SALLES, 2018).

A precarização do trabalho humano gera precarização da vida humana. A história nos revela que isso tem sido, invariavelmente, fruto derivado e indissociável da força destrutiva do capital, que se sobrepõe ao valor da vida. Afinal, ainda que tal associação não seja uma regra absoluta, temos que a desvalorização da força de trabalho sempre foi a resposta instintiva dos capitalistas à queda de lucros, até mesmo quando há ameaça de queda (HARVEY, 2000; MORAES, 2008).

Mesmo diante dos muitos avanços do SUS na área de RHS, a precarização do trabalho ainda se constitui um problema grave para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo, em relação aos médicos, que, em quase sua totalidade, viraram prestadores de serviços e passaram a ser contratados como pessoas jurídicas (PJ). Sob renovadas formas, já não se respeitam os limites da formalidade do trabalho, inclusive no setor público (MACHADO, OLIVEIRA e MOYSES, 2011).

Pierantoni, Varella e França (2006) pontuam os principais desafios para os RHS: aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde adequada e equitativamente; garantir competências e habilidades para a força de trabalho em saúde; aumentar o desempenho da equipe de profissionais; e fortalecer a capacidade de planejamento e o gerenciamento de RH no setor saúde.

Morici e Barbosa (2013), ao discutir a gestão de recursos humanos em hospitais, retratam que, diante das transformações no processo produtivo baseadas em resultados e cumprimento de metas, ficou evidente a dificuldade de ajuste dos recursos humanos nos serviços de saúde. Assim, a gestão de recursos humanos no contexto organizacional tem apresentado diversas contradições quando confrontada com a realidade brasileira. Para as autoras, é função da área de recursos humanos nas organizações hospitalares fazer a gestão do emprego, dos sistemas de apoio necessários para a realização do trabalho e criar um ambiente de trabalho positivo para o trabalhador (MORICI e BARBOSA, 2013).

Pierantoni et. al (2008) também abordam a evidente fragilidade gerencial da área de RHS, principalmente, devido à incapacidade de compreender e articular uma política de orientação igualitarista e regulamentadora, já que se pauta nos requisitos da administração flexível, focalizados em política neoliberal. Desafios gerenciais diversificados e cada vez mais complexos são impostos aos gestores de RHS pelas transformações e exigências do trabalho contemporâneo, afirmam os autores. A inserção e manutenção de trabalhadores nos serviços de saúde se apresentam sob variadas formas, como a distribuição, a fixação, o desempenho e a qualificação, a motivação e o “*accountability*” profissional. É necessário resgatar padrões éticos, e, sobretudo, incorporar qualificações gerenciais à área de RHS para lidar com tais transformações (PIERANTONI et. al, 2008).

O termo “gerencialismo” definido por Gaulejac (2007) aborda um sistema de poder entre o capital e o trabalho, cuja finalidade é obter a adesão dos empregados às exigências do mercado. A ideologia gerencialista nasceu na esfera do setor privado, mas tem se disseminado nos setores públicos e no mundo não comercial. Já a prática gerencialista tem como ponto principal a produtividade, isto é, é necessário formar indivíduos empreendedores de sua própria vida, tornando o ser humano um capital que precisa ser altamente produtivo.

Alves (1999) explica que, ao se reproduzir, o sistema do capital não apenas impulsiona e desenvolve a si mesmo, mas nega o trabalho em sua dimensão contingente, originando o desemprego estrutural. O capital impulsiona a promessa da mercantilização universal do trabalho humano, embora baseado no desenvolvimento de um novo, diversificado, complexificado e, principalmente, precário mundo do trabalho. O movimento do capital é bastante contraditório, aumentando cada vez mais as bases materiais que negam a visão “positiva” do trabalho através do constante estímulo para aumento da produtividade da força de trabalho (ALVES, 1999).

Antunes e Alves (2004) registram que, nas relações trabalho/capital, o trabalho é um elemento vivo e subordinado ao capital. Contudo, ambos estão em permanente medição de forças, gerando conflitos e oposições ao outro polo formador da unidade, que é a relação e o processo social capitalista.

Os autores destacam algo específico nessa relação a respeito da força de trabalho, pois ela, além de ser um dos elementos constitutivos da relação social que a aprisiona e submete, é também um elemento que nega aquela relação e por isso mesmo sua subordinação precisa ser reiteradamente afirmada. Nesse processo, o capital visa a superar a subordinação, ou subsunção, meramente formal, transformando-a em real com o corolário de que a transformação da força de trabalho em capital acaba por consolidar-se socialmente (ANTUNES e ALVES, 2004).

Assim, sob a justificativa de ser uma “nova” forma de organizar a força de trabalho, a prática gerencial, a exemplo das relações industriais e de controle do toyotismo, caracterizadas pelo envolvimento cooptado dos trabalhadores e pela fragmentação sistêmica, seria uma “nova” forma de exploração do trabalho, constituindo uma subsunção real da subjetividade do trabalhador à lógica do capital, que permite ao capital apropriar-se do saber e do fazer do trabalho assalariado (ALVES, 1999).

Braverman (1974) também vê o gerencialismo como a estratégia do capitalismo para lidar com uma grande quantidade de trabalhadores em um mesmo espaço. O capitalista empreende todos os meios para aumentar a produção da força de trabalho, gastando menos. Os meios que ele utiliza podem variar, desde obrigar o trabalhador a trabalhar por longas jornadas, até a utilização de instrumentos de trabalho mais produtivos com o aumento da intensidade desse.

O capitalista, ao comprar a força de trabalho, adquire, ao mesmo tempo, qualidade e quantidade de trabalho indeterminadas. A potência de tal força é infinita, mas a concretização do trabalho é limitada devido à subjetividade dos trabalhadores: sua história, as condições sociais sob as quais vivem e trabalham, as condições da empresa e as condições técnicas do trabalho.

Além desses fatores, o trabalho executado será afetado pela organização do trabalho e as suas formas de supervisão. Os supervisores, ou gerentes, são os responsáveis por cuidar das unidades subdivididas, impondo jornada regular e extensa de trabalho, eliminando interrupções, meio-expedientes e feriados, para se produzir mais trabalho excedente. Podemos, então, supor que a concepção gerencial se aprimora e se fortalece junto ao capitalismo (BRAVERMAN, 1974).

Para Braverman (1974), a gerência apresenta-se na história como a alienação progressiva dos processos de produção do trabalhador para o capitalista. Se o capitalista compra apenas tempo de trabalho, o resultado fica incerto e indeterminado, não podendo medir com rigor e antecipação seus resultados. Isso significa simplesmente que a parcela de seu capital despendido na força de trabalho é a porção "variável" que sofre um aumento no processo de produção; para ele, a questão é de quanto será o aumento. A forma gerencial torna-se, portanto, a estratégia capitalista para controlar o processo de trabalho e retirá-lo do domínio das mãos do trabalhador.

O capitalismo cria, assim, uma sociedade em que as relações se dão por interesses mercadológicos e individuais. O autor trata a prática gerencial como um instrumento perfeito e sutil para promover a harmonia nas relações de trabalho, sob a justificativa de evitar que uns prevaleçam sobre os outros. O verbo "*to manage*", em inglês, significa administrar, gerenciar, cuja origem vem do latim *manus*, que significa mão. É a palavra usada para adestrar um cavalo e fazê-lo praticar o "*manège*." Do mesmo modo que um cavaleiro utiliza rédeas, esporas, chicote para o adestrar o animal e impor sua vontade, o capitalista usa a gerência, *management*, para controlar o trabalhador e o trabalho, compara Braverman (1974). 'Controle' é o conceito fundamental dos sistemas gerenciais, afirma o autor.

Chanlat (2011) também trata o pensamento gerencial como uma visão que influencia a vida social como um todo e não apenas a gestão institucional e o local de trabalho; fica internalizado no trabalhador, impulsionando-o e acompanhando-o nos demais papéis que ocupa. O autor pontua que projetos gerenciais não são estáveis nem contínuos, há um número grande de empresas com resultados pouco duradouros, principalmente, devido à falta de foco nas necessidades das pessoas, seus comportamentos e vivências; ou seja, tem como principal causa a sobreposição dos valores econômico e financeiro ao humano e social.

Quanto à gestão por desempenho tão defendida e almejada pela gestão por OSS, trata-se do que Gaujelac cunhou como "a rentabilidade ou a morte" (GAULEJAC, 2007, p.28), apontando haver algo mortífero na busca desenfreada pelo desempenho. Tal cultura coloca o mundo do trabalho sob pressão de ter eficiência a qualquer preço

e banaliza o esgotamento profissional, o estresse e o sofrimento no trabalho. A sociedade se torna um vasto mercado em que os indivíduos estão comprometidos em uma luta para encontrar um lugar e conservá-lo (GAULEJAC, 2007).

Gorz (2005) também sugere cautela ao medir e privilegiar o desempenho. O autor alerta que isso depende de aspectos sistêmicos e das relações entre os trabalhadores. 'Desempenho' não é a soma do trabalho dos indivíduos, mas a qualidade e a conexão da comunicação no sistema produtivo. Também não é cumprir tarefas cotidianas ou seguir padrões e normas preestabelecidas, mas baseia-se na parte subjetiva do trabalho.

Usando um termo administrativo gerencial, 'desempenho' está ligado à motivação, conotando que o empregado deve produzir ao "se dar" à sua tarefa. Espera-se dele qualidades impossíveis de demandar: discernimento, capacidade de enfrentar o imprevisto, de identificar e resolver os problemas. Como medir com exatidão o desempenho se o modo de realizar as tarefas não pode ser formalizado nem tampouco ser prescrito, questiona o referido autor.

Quando o prescrito é subjetivo, torna-se complexo mensurar o trabalho, já que as tarefas não foram definidas objetivamente. Padronizar o valor baseado na quantidade de tempo para se executar uma tarefa torna-se inefetivo devido aos muitos fatores subjetivos envolvidos, passando a ser priorizada na organização a qualidade da gestão das pessoas, explica Gorz (2005).

Igualmente, enfatiza o autor, é impossível medir o desempenho individual e prescrever os meios e os procedimentos para chegar a um resultado. Por isso, os gestores e os dirigentes da organização passam a escolher a *gestão por objetivos*, ou seja, fixam objetivos aos assalariados cabendo a eles desdobrar-se para cumpri-los. É o retorno ao trabalho como prestação de serviços. No caso das OSS, a estratégia de *gestão por objetivos* pode ser comparada ao cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão e repactuadas periodicamente.

Segundo Gaujelac (2007), muitas pessoas alimentam a ideia de que estamos em uma crise cujas soluções são econômicas, em que as necessidades de gestão se impõem

às opções políticas e sociais. A ênfase nos resultados do trabalho leva a inverter prioridades, como se a sociedade inteira tivesse de se colocar a serviço da economia. A economia política se torna gestionária, na qual as considerações contábeis e financeiras importam mais que as considerações humanas e sociais. Modernizar, flexibilizar, “meritocratizar,” produzir, lucrar não são ações razoáveis quando o preço é sacrificar pessoas, critica o autor.

O fato de os profissionais serem admitidos sem um processo seletivo ou concurso público, sem formalização de contrato, nem direitos como férias ou 13º salário, já demonstra precarização do trabalho nas OSS. Há precariedade também nos acordos de prestação de serviços individuais como se fossem pessoas jurídicas; trata-se do “arranjo” no mercado de trabalho, chamado de “pejotização,” que abarca empresas e instituições públicas e privadas nos serviços de saúde (FERNANDES, 2017). Há uma tendência para que profissionais de saúde, principalmente médicos, atuem dessa forma nos serviços hospitalares.

Para elucidar essa complexidade comum nas relações de trabalho, consideraremos a configuração do trabalho em que uma pessoa é considerada uma empresa. Quando isso ocorre, não há relações salariais convencionais, o capital passa a exercer poder sobre as pessoas e é capaz de mobilizá-las, explica Gorz (2005). Cada pessoa deve responder pela rentabilidade de seu trabalho. Valendo-se da concorrência, o trabalhador é levado a internalizar a pressão trazida pela lógica de obter o maior proveito possível. Ao invés daquele que depende do salário, passa a ser o empresário da sua própria força de trabalho que providencia sua própria formação, seu aperfeiçoamento profissional e seu plano de saúde.

No caso deste estudo, os profissionais PJ podem ser considerados auto-empresários e os hospitais gerenciados por OSS, os clientes. Quando a pessoa é uma empresa, ocorrem a autoexploração e a autocomercialização do “Eu S/A.” Essa expressão criada por Gorz (2005) demonstra bem a venda e a exploração do próprio trabalho quando o trabalhador é PJ; não há direitos e garantias para o trabalhador, mas há lucros elevadíssimos para o empregador.

A Declaração de Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, publicada pela OIT⁵, estabelece quatro princípios fundamentais a todos os seus membros: liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; eliminação de todas as formas de trabalho forçado; abolição efetiva do trabalho infantil; e eliminação de todas as formas de discriminação no emprego ou na ocupação.

Para enfrentar os desafios da globalização e dos déficits das políticas em matéria de crescimento e emprego, a OIT estabeleceu o “Trabalho Decente” como objetivo central de todas as suas políticas e programas. A noção de Trabalho Decente abrange a promoção de oportunidades para mulheres e homens para conseguir um trabalho produtivo, adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, e capaz de garantir uma vida digna.

Trabalho Decente é o eixo central para onde convergem os quatro objetivos estratégicos da OIT: a) respeito às normas internacionais do trabalho, em especial aos princípios e direitos fundamentais do trabalho; b) promoção do emprego de qualidade; c) extensão da proteção social; d) fortalecimento do diálogo social. Assim, promover trabalho decente nas instituições empregadoras significa oferecer oportunidades para que homens e mulheres exerçam um trabalho produtivo e de qualidade, com plenas condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humanas (OIT, 2015).

Um dos principais direitos do trabalhador é o direito à saúde, que antecede aos demais. É essencial promover e proteger o direito ao gozo da saúde ao trabalhador. A promoção da saúde deve ser compreendida como um conjunto de ações articuladas intra e intersetorialmente, que viabilizam intervir nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, atuar em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e garantir a dignidade do trabalhador no trabalho.

⁵A Organização Internacional do Trabalho (OIT) é uma agência da Organização das Nações Unidas (ONU) fundada em 1919 com o objetivo de promover a justiça social, sendo a única agência da organização que possui estrutura tripartite, com representantes de governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores de 183 Estados-membros. Desde a sua criação, os membros adotaram 188 Convenções Internacionais de Trabalho e 200 Recomendações sobre temas como emprego, proteção social, recursos humanos, saúde e segurança no trabalho. Em 1998, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou a Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Disponível em <https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>.

Promover saúde também significa promover ambientes e processos de trabalhos saudáveis; inclui políticas de desenvolvimento social e econômico, entendendo que qualidade de vida e saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis, com dignidade, impedindo o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. Dignidade no trabalho denota garantia das relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, reconhecimento de direitos, como o direito à informação, participação e livre manifestação. A dignidade compreende a defesa e a promoção da qualidade de vida do trabalhador como valores absolutos e universais (BRASIL, 2012; UFMG, 2013).

Além da promoção da saúde, a prevenção dos riscos do trabalho é imprescindível e consiste em importante estratégia de diminuição de custos ao empregador. Estudos da OPAS indicam que os programas de prevenção têm menor custo que os gastos com o atendimento dos danos à saúde, razão pela qual são uma estratégia sólida de contenção de custos para os sistemas de saúde nacionais (OPAS, 2015).

Os sistemas de saúde assumem a carga e os custos da prestação de serviços de saúde em seus orçamentos, apesar de os governos serem os empregadores e os sistemas de proteção e seguro também responsáveis para atuar, de forma efetiva, contra os riscos do trabalho à saúde. Há um desequilíbrio entre o investimento em saúde e em segurança no trabalho e os altos custos das consequências de não o realizar (OPAS, 2015).

Berlinguer (1993) destaca que a relação entre os trabalhadores e a empresa é influenciada por quatro fatores: as relações de força, as leis, a ética e o conhecimento científico, o qual é influenciado por implicações técnicas e as experiências profissionais. O autor enfatiza que o direito do ser humano à livre iniciativa no campo econômico e ao trabalho estão indissoluvelmente conjugados ao direito às condições apropriadas de trabalho que não sejam lesivas para a saúde física nem inadequadas ao bem-estar, ou seja, que obstaculizem o desenvolvimento integral dos seres humanos em formação.

Há um conflito permanente entre as demandas de saúde e de segurança ligada aos direitos dos trabalhadores e entre o esforço das empresas para maximizar a produção

com o mínimo de gastos, afirma Berlinguer (1993). Tal embate mudou nas diferentes épocas e sociedades, mas o conflito sempre existiu, seja no setor privado, seja no público. A complexidade do trabalho moderno e a distinção entre trabalho e propriedade privada da empresa, por vezes, compromete a consciência que a pessoa tem em relação à sua própria atividade e a seu poder reflexivo, sobretudo, quando tal expropriação comporta um risco ou um dano psicofísico ao trabalhador.

A saúde do trabalhador foi abordada como um campo de práticas e saberes integrante do movimento pela redemocratização do país e das lutas sociais da década de 1970, a década da Reforma Sanitária Brasileira. A saúde do trabalhador adota o conceito ampliado de saúde, excedendo da concepção de ausência de doenças para os aspectos econômicos, sociais e psicológicos. Tal conceito é oriundo da medicina social latino-americana, cuja principal busca é romper com as concepções hegemônicas que desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da relação saúde/doença (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 1997; LAURELL e NORIEGA, 1989; LACAZ, 1996; MACHADO e ASSUNÇÃO, 2012).

As principais características do campo de saberes e práticas da saúde do trabalhador são: a busca pela compreensão das relações entre trabalho, saúde e doença, visando à promoção, proteção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde; a necessidade de transformação dos ambientes e dos processos de trabalho; a incorporação da humanização do trabalho; a abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação saúde trabalho seja entendida em toda a sua complexidade; a participação dos trabalhadores como sujeitos no planejamento e na implementação do trabalho; e a articulação com o componente ambiental, já que os riscos dos processos de trabalho afetam o meio ambiente e a população (LACAZ, 1996; MACHADO, 1996, 2005; MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997; MACHADO e ASSUNÇÃO, 2012).

O setor saúde é uma fonte de emprego que agrupa parcela importante da população ocupada do Brasil, cerca de 4,3% (PIERANTONI, DAL POZ e FRANÇA, 2011). Apesar disso, seus trabalhadores têm sido pouco lembrados no que tange a promover saúde e a criar ambientes saudáveis. Governos, agências internacionais e empresas declaram a importância dos trabalhadores para as políticas e sistemas de saúde, no

entanto mantêm graves deficiências de gestão no suporte que deveria garantir as atividades desenvolvidas. Os problemas incluem a falta de programas de vigilância dos grupos ocupacionais em numerosos estabelecimentos sanitários e a visão de que gastos 40 a 90% do orçamento previsto para tanto são muito elevados, demonstrando debilidade da gestão e das políticas de saúde (BRASIL, 2006; UFMG, 2013).

O principal 'nó' dos RHS é a flexibilização das relações de trabalho, que se intensifica e proporciona: condições instáveis de trabalho, multiplicidade de vínculos, excesso de trabalho e inúmeras dificuldades para usufruir dos direitos trabalhistas. Embora haja quem acredite nas vantagens de dar maior liberdade entre empregado-empregador no tocante a negociações de salário, carga horária e direito a férias, é sabido que essa situação deixa o trabalhador em situação bastante vulnerável (BARALDI et. al, 2008; NOGUEIRA, 2010).

Assim, questões sobre recursos humanos na saúde são conceituadas e relacionadas com questões históricas e políticas. Variações no contexto influenciam diretamente a gestão dos serviços de saúde. Mudanças na gestão, por sua vez, principalmente quando se trata da terceirização da gestão, impactarão no trabalho e, conseqüentemente, no trabalhador do serviço⁶. Parei aqui

1.2 JUSTIFICATIVA

A política de gestão por OSS, proveniente da onda capitalista neoliberal, foi instituída há 24 anos e é crescente no Brasil. Em muitos casos, já está consolidada e se apresenta como dominante (KRÜGER e REIS, 2019). A literatura empírica sobre essas instituições ainda é restrita e relativamente recente. Há que se ampliar os estudos e as análises realizadas para subsidiarem a discussão sobre seus impactos em todas as áreas, em especial, na gestão do trabalho. O Censo das OSS (BARCELOS et. al., 2022) foi uma iniciativa recente e necessária. Trata-se de levantamento nacional acerca da identidade e caracterização

⁶ A maior parte das pesquisas citadas compõem as redes Observatório de Recursos Humanos de Saúde (Observa RH), ação do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Programa de Cooperação Técnica da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil. Elas compõem projeto conjunto com as Universidades, implantado em vários países da América Latina. Desde sua criação em 1999, promovem investigações e produzem informações referentes ao trabalho e aos trabalhadores da saúde, os quais servem de ponto de partida para diversos estudos na área de RH (OPAS, 2008), incluindo esta pesquisa.

dos estabelecimentos geridos por essas organizações privadas e sugere que haja discussão aprofundada sobre esse tema em todo o país. Para além de avaliação do desempenho dessas instituições (COSTA e RIBEIRO, 2005; QUINHÕES, 2009; RAMOS et.al., 2015; MENDES e BITTAR, 2017), devem-se ampliar as investigações para todas as questões que envolvem o tripé usuário-gestão-trabalhador e continuar questionando as OSS como alternativa mais indicada para gestão do SUS (SOARES, BORGES e SANTOS et. al., 2016; MORAIS et. al., 2018; SODRÉ, BUSSINGUER e BAHIA, 2019).

Quanto à atuação nos serviços estaduais, a maior parte dos casos está no estado de São Paulo, onde essa forma de gestão é disseminada há mais tempo e tem como referência as experiências pioneiras ocorridas naquele estado (PAHIM, 2009; SIMÕES, PAIM e ZUCCHI, 2013; BAGGENSTOSS e DONADONE, 2014; COELHO e GREVE, 2016; MENDES e BITTAR, 2017; PILOTTO e JUNQUEIRA, 2017; RAVIOLI et. al., 2018). Há também iniciativas em outros estados, nas quais destacam-se Mato Grosso, Santa Catarina, Bahia, Goiás, Pernambuco e Espírito Santo.

No Mato Grosso, Melo e Paese (2013) investigaram dados referentes à implantação do novo modelo e constataram a necessidade de um estudo comparativo entre os modelos de gestão direta e indireta, o que poderia mostrar a eficácia ou não do modelo de gestão por OSS, o cumprimento de metas, a melhoria do acesso ao serviço, da participação e controle social. Em 2017, o governo estadual retomou a gestão direta na rede hospitalar devido ao descumprimento continuado das metas contratuais pelas OSS. Os movimentos populares acompanharam a atuação insatisfatória delas e resistiram às tentativas de desmonte do SUS público naquele estado (SOARES e MARTINS, 2019).

Em Santa Catarina (SC), Krüger e Reis (2015) verificaram que ocorreu um claro subfinanciamento das unidades públicas, quando comparadas às geridas por OSS; que o controle social é contrariado na gestão por OSS e substituído por uma comissão não paritária, em que os usuários e os trabalhadores possuem apenas uma vaga; e que os conselhos municipais de saúde ficam sem acesso às informações sobre a execução dos contratos de gestão com as OSS, dificultando ainda mais a sua fiscalização. No mesmo estado, Rodrigues, Sallum e Raupp (2020) encontraram maior

eficiência nos hospitais estaduais gerenciados por OSS em relação aos demais da gestão direta. No estado da Bahia (BA), Reis e Coelho (2018), por meio de pesquisa documental e entrevistas com gestores, discutiram a incorporação das OSS à cena hospitalar desde 2005, questionaram o afrouxamento do Conselho Estadual de Saúde e o processo de privatização disfarçada no estado, em que empresas antes terceirizadas mudaram sua personalidade jurídica para OSS. Ainda na BA, Santos et. al. (2018), ao analisarem contratualização e prestação de contas adotados nos serviços hospitalares do SUS, consideraram que o modelo de gestão por OSS tem base doutrinária na perspectiva neogerencialista e foi implementado sem simultânea melhoria do monitoramento pelo gestor estatal.

Em Goiás (GO), Vieira (2013) pesquisou a gestão das OSS no trabalho em hospitais estaduais e constatou que elas operam na lógica da produtividade, com elevada rotatividade dos usuários no serviço sem considerar suas reais necessidades de saúde. A política para gestão dos hospitais públicos segue a lógica empregada no setor privado e envolve o aumento do controle sobre o trabalho, a redução da autonomia do trabalhador, a intensificação do trabalho, culminando no adoecimento do trabalhador. Veras (2018) constatou disfunções e necessidades de aprimoramento da metodologia utilizada pela administração pública na avaliação do desempenho de organizações sociais na gestão de serviços de saúde de Goiás e recomendou melhorias no processo de fiscalização e no acompanhamento realizado pelo poder público.

Em Pernambuco (PE), Pacheco et. al. (2015) pesquisaram a percepção dos gestores acerca do processo de transferência da gestão de serviços de saúde da administração direta para as OSS e constataram problemas de governança, fiscalização e transparência. Os autores argumentam ser uma forma de privatização, apesar de os entrevistados dizerem o contrário. Santana e Neto (2017) compararam em PE a gestão do trabalho feita por OSS com a da gestão direta e constataram disparidades, como diferenças no regime de contratação, na reposição de mão de obra e problemas para implementar a política de educação permanente.

No ES, Gagher e Teixeira (2017) relataram, em um estudo de caso comparativo, que o hospital gerenciado por OSS apresentou melhor desempenho que o gerido pela

administração direta (AD). Castro e Caliman (2018), ao analisarem a implantação da gestão por OSS no primeiro hospital do ES, afirmaram a importância dessas instituições para os serviços públicos hospitalares, pela entrega de produtos à população capixaba e maior controle do Estado com os recursos públicos.

Em contrapartida, Turino (2016) demonstrou que os repasses financeiros para as OSS são superiores, em 2014 foram o dobro quando comparados com os destinados a serviços semelhantes na AD. O estudo constatou que quase 12% do total dos recursos da saúde foram direcionados para apenas três hospitais públicos sob gestão de OSS. Além de Fernandes (2017), Loreti (2019) analisou contratos, entrevistou gestores no ES e constatou problemas graves nos contratos, pois são mal desenhados, seja na falta de qualificação dos agentes públicos e privados, ou nos orçamento e metas deficientes, mostrando que o processo de contratualização de OSS no ES não é indicado como um bom modelo de gestão para serviços de saúde.

A quantidade de estudos da gestão de recursos humanos nas OSS em serviços estaduais de saúde no Brasil é pequena. Foi encontrado um em São Paulo (DUARTE e BOTAZZO, 2009); dois estudos em Goiás (BARBOSA, 2010; VIEIRA, 2013); um estudo em Pernambuco (SANTANA, 2015; SANTANA e NETO, 2017) e um no Espírito Santo (FERNANDES, 2017, FERNANDES et. al., 2018).

No Espírito Santo, apesar de o número de pesquisas com OSS nos hospitais estaduais estarem se ampliando (TURINO, 2016; GAIGUER, 2017; FERNANDES, 2017; CASTRO e CALIMAN, 2018; LORETI, 2019), quando se trata do estudo da gestão do trabalho nas OSS, Fernandes (2017) foi pioneiro. Nele, pretendeu-se conhecer os contratos e a política de gestão de RH, tendo como informantes os gestores. Já nesta pesquisa, foram entrevistados os trabalhadores e coletados dados técnicos junto ao setor de RH, visando compreender os impactos da gestão no trabalho.

Importante contribuição dessa pesquisa é o fortalecimento de investigações relacionando temáticas de gestão e inovação no trabalho em saúde: Organizações Sociais de Saúde, trabalho hospitalar e recursos humanos em saúde. Trata-se de uma pesquisa inédita no estado do Espírito Santo e no Brasil. O objetivo geral de pesquisa

se assemelha muito ao de Vieira (2013), que trata das repercussões da terceirização da gestão para o trabalhador da saúde e no trabalho em saúde. Porém, os objetivos específicos, o local, a metodologia de coleta e de análise dos dados foram diferentes.

Vieira (2013) estudou o caso de dois hospitais estaduais de Goiás com gestão terceirizada por OSS. Os hospitais foram selecionados com base no desenvolvimento do processo de terceirização da gestão: um hospital com processo desenvolvido e outro hospital com o processo em implantação. Na coleta de dados, as entrevistas semiestruturadas foram feitas com dez trabalhadores de categorias profissionais diversas nos dois hospitais. A escolha dos trabalhadores foi aleatória, sendo critério de inclusão trabalhar diretamente no cuidado em saúde junto ao usuário. Na análise, os dados levantados por Vieira (2013) foram separados nas categorias: produtividade/rotatividade, intensificação do trabalho, autonomia, controle do trabalhador, adoecimento.

Quanto aos principais assuntos abordados neste estudo, pesquisas relacionando a terceirização e os impactos para trabalhadores nas mais diversas áreas e setores têm se ampliado ao longo dos anos (VALENÇA e BARBOSA, 2002; LIMA, 2010; AQUINO et. al, 2015; CARNEIRO e MARTINS, 2015; BARBOSA e ARAÚJO, 2016; MANDARINI, ALVES e STICCA, 2016; BORGES et. al., 2016; MACHADO, GIONGO e MENDES, 2016; SILVA, JUNIOR e CAMARGO, 2019; COELHO, 2020; JUNIOR e EBERHARDT, 2020). Contudo, o número é bastante reduzido quando a abordagem enfoca a terceirização e os trabalhadores nos serviços públicos de saúde (CHILLIDA e COCCO, 2004; VIEIRA, 2013; JUNIOR, 2014; SOUZA e MENDES, 2016; BRANCO, 2020; CEGATTI, CARNUT e MENDES, 2020).

Na revisão integrativa realizada por Cegatti, Carnut e Mendes (2020), dos 28 trabalhos que expressaram os impactos da terceirização, incluindo a gestão por OSS, no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores, entre os anos 2006 e 2018, apenas sete desses estudos retrataram repercussões nos trabalhadores. Esta pesquisa poderá dilatar o escopo de pesquisas sobre essa temática, assim como ter ampla divulgação em meios de comunicação diversos, periódicos científicos, eventos científicos e outros, nacionais e internacionais, além de diversas instituições públicas e privadas, gestoras ou executoras das políticas de trabalho, educação, saúde.

A relevância dos estudos relacionados a trabalho em saúde está em mostrar os caminhos para se identificar, antes dos efeitos sobre a saúde, as condições de trabalho desfavoráveis e encontrar soluções, ainda mais se conhecemos os problemas de saúde mais comuns e suas causas. Acidentes de trabalho, exposição a materiais biológicos nos estabelecimentos sanitários e prevalência de infecção em grupos ocupacionais já foram devidamente estudados e publicados na literatura brasileira (BRASIL, 2006; MACHADO E ASSUNÇÃO, 2012). Há também sinais de perda do sentido do trabalho e os efeitos dessa perda sobre a satisfação e autoestima, repercutindo no campo físico e mental dos trabalhadores (UFMG, 2013).

A escolha de um serviço de alta complexidade como local de estudo ocorreu porque a assistência ambulatorial e hospitalar foi a principal área do SUS incluída no PDRAE. Assim, os hospitais foram os primeiros equipamentos de saúde a terem sua gestão terceirizada por OSS, por serem considerados os serviços mais expressivos e mais onerosos do sistema de saúde. Tal Reforma, ou Contrarreforma, baseou-se no argumento de que fortaleceria os serviços do SUS, mostraria a necessidade de um financiamento justo e organizado e aumentaria a eficiência e transparência da gestão em saúde (BRESSER-PEREIRA, 2010).

Além disso, há problemas crônicos no tratamento dado ao trabalhador em unidades hospitalares que cabem questionamentos e resoluções, como afirmam Souza e Mendes (2016):

A combinação no local de trabalho é de cobrança desproporcional em relação às condições dadas aos profissionais, principalmente pelo grande número de pacientes atendidos por poucos trabalhadores, assim como a insuficiência de materiais em alguns momentos, gerando intensificação de trabalho e sobrecarga, porque a obrigação é atender a todos, cumprir o objetivo do estabelecimento, mesmo sem as condições mínimas. Essa lógica também condiciona o mercado de trabalho e, conseqüentemente, a tendência dos vínculos empregatícios temporários e precários (SOUZA e MENDES, 2016, p.287).

Diante do exposto, então, e, tendo por pressuposto que uma das principais finalidades da gestão privada por meio de OSS no SUS seria trazer eficiência e qualidade à provisão e gestão de recursos humanos, a principal pergunta desta tese é: como a gestão hospitalar das OSS impacta os trabalhadores da saúde?

Assim, fica a hipótese desta pesquisa: a gestão privada por meio de OSS no SUS – a qual tem, na terceirização e nas práticas gerencialistas, o acirramento da precarização e da desproteção no trabalho – impacta, principalmente, de forma negativa, os trabalhadores da saúde, é deficiente na produção e no monitoramento de indicadores e informações de recursos humanos, não sendo referência de excelência em gestão do trabalho nem de valorização dos trabalhadores do sistema de saúde brasileiro.

A etapa complementar desse caminho investigativo propôs, nesta tese de doutorado, objetivos relevantes, os quais estarão descritos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os impactos da gestão das Organizações Sociais nos trabalhadores de um hospital estadual no Espírito Santo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Evidenciar e analisar como os aspectos organizacionais, as políticas e as práticas de gestão de pessoas afetam os trabalhadores de um hospital público gerenciado por Organização Social no Espírito Santo;

2.2.2 Descrever e analisar aspectos e causas do adoecimento do trabalhador em um hospital público gerenciado por Organizações Sociais no Espírito Santo;

2.2.3 Identificar os principais componentes de saúde e qualidade de vida do trabalhador em um hospital público gerenciado por Organizações Sociais, no Espírito Santo.

3 MÉTODOS

Esta tese é fruto de uma pesquisa de natureza científica aplicada, cuja abordagem do problema ocorreu de forma qualitativa. Quanto ao objetivo, foi um estudo exploratório do tipo estudo de caso único ou holístico (YIN, 2015). Além disso, foram utilizados elementos da pesquisa bibliográfica e documental.

A investigação qualitativa foi escolhida por dar principal atenção aos contextos e à experiência humana em cada um deles, em que os acontecimentos e fenômenos são estudados a partir de um contexto não construído para comportar a pesquisa, mas existente e compreensível por meio de estudo (GREY, 2012).

Consistiu em uma pesquisa em profundidade dos impactos que a gestão por meio de Organizações Sociais de Saúde, contratadas para gerirem serviços públicos de saúde, gera no trabalho e no trabalhador. As etapas (YIN, 2015) foram: 4.1) Planejamento; 4.2) Coleta de dados; 4.3) Análise de dados; 4.4) Aspectos éticos. A quinta e última etapa foi a de resultados e discussão.

3.1 PLANEJAMENTO

O planejamento do projeto desta pesquisa teve começo em agosto de 2018 e será detalhado a seguir. O primeiro passo foi a revisão de literatura, ou seja, levantamento bibliográfico para busca e identificação de estudos afins à temática, assim como pesquisa e definição do referencial teórico pertinentes ao tema geral do projeto de tese.

Tal etapa se estendeu até o final da pesquisa. Utilizamos os eixos conceituais e teóricos: trabalho em saúde, terceirização, Organização Social de Saúde, Recursos Humanos em Saúde, gestão de pessoas, gestão hospitalar. No estudo, os termos recursos humanos e trabalhadores e os termos gestão do trabalho e gestão de recursos humanos foram usados como sinônimos.

Foi elaborado uma projeto-piloto como parte integrante essencial no planejamento e execução da pesquisa.

3.1.1 Estudo-piloto

O Estudo-piloto incidiu na etapa primária e exploratória de pesquisa, visando à validação metodológica e à apreensão do fenômeno estudado. Yin (2015) indica estudos-piloto para orientarem o design de estudos de casos.

O autor expõe que, em um estudo-piloto, tem-se contato com o campo antes da execução da pesquisa, ele é relevante ao apontar para o refinamento do planejamento da pesquisa nas dimensões ética, metodológica, teórica, analítica, operacional e representacional, incluindo definição do local e da forma da coleta dos dados.

O estudo preliminar completo desta pesquisa encontra-se compondo os resultados desta tese no artigo 1.

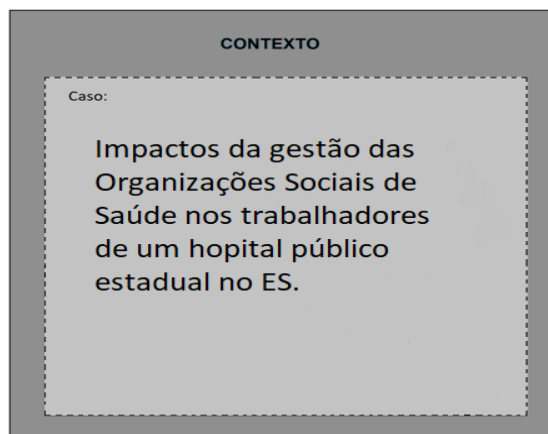
3.1.2 Tipo do estudo

Estudo de caso foi o tipo escolhido para este estudo, por ter cunho exploratório e explicativo, indicado para objetos de pesquisa que abordam um fenômeno social contemporâneo, complexo e ainda pouco estudado. Além disso, trata-se um método preferencial para responder a questões relacionadas a “como” e “por que” tal fenômeno ocorre.

Estudos de caso podem contribuir significativamente na formação de teorias, confirmando, desafiando, ampliando-as, como recomenda Yin (2015). O caso estudado foi: os impactos da gestão das OSS nos trabalhadores de um hospital público estadual no estado brasileiro do Espírito Santo. Foi, portanto, um estudo de caso único, ou holístico, com uma unidade de análise. No caso desta pesquisa, a unidade de análise foi o local de estudo do pesquisador, ou seja, o hospital selecionado.

A figura 1, a seguir, representa o estudo de caso. Destaca-se que os limites entre o caso pesquisado e o contexto de terceirização da gestão dos hospitais públicos estaduais não é rígido, conforme mostra a linha pontilhada.

Figura 1 – Estudo de caso único



Fonte: Yin, 2015, p.53 (adaptada)

3.1.3 Local de estudo

O estudo foi executado em um dos hospitais públicos estaduais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde no Espírito Santo, sediado na região metropolitana de Vitória⁷. Durante o período da pesquisa, duas OSS gerenciaram esse hospital, sendo a segunda OSS contratada durante o período de intervenção estatal, após rescisão contratual da primeira OSS, a qual ficou sob investigação judicial por má gestão de recursos públicos.

A escolha desse hospital deu-se por ser uma instituição com trabalhadores de vínculos trabalhistas diversos, único no estado até o momento da pesquisa, ou seja, o hospital possuía tanto profissionais servidores efetivos cedidos pelo poder público, quanto profissionais contratados pela OSS, por meio da CLT. A coleta de dados está descrita a seguir, e os resultados da pesquisa estão no capítulo 5.

3.2 COLETA DE DADOS

A ideia inicial deste trabalho foi pesquisar a parte de RH em todos os quatro hospitais⁸ gerenciados por OSS, no ES, para que pudesse haver uma análise comparada. Por

⁷ De acordo com o sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) <http://saude.es.gov.br/>.

⁸ Hospital Estadual Central – HEC; Hospital Estadual de Urgência e Emergência – HEUE, Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves – HEJSN; Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves – HIMABA.

isso, depois de começar com a revisão de literatura, em abril de 2019, foi iniciada a etapa de solicitação dos dados junto ao órgão gestor estadual da política pública de saúde, a SESA-ES.

Houve reuniões com as equipes de gestores e técnicos de dois setores da SESA: o setor de educação e pesquisa em saúde e o setor de gestão e monitoramento dos contratos de gestão com OSS. Após adequação e aprovação do protocolo junto ao governo estadual, os processos administrativos com a solicitação dos mesmos dados seguiram às diretorias desses hospitais para anuência e retorno. Também foram solicitadas e feitas reuniões em cada um deles, com as equipes de gestão de recursos humanos e de educação em saúde, para apresentação da pesquisa, explicação de quais dados seriam solicitados e como deveriam ser entregues.

No entanto, apesar de todo esforço em seguir os protocolos e da insistência junto às instituições para que fossem concedidos, os dados demoraram muito a serem cedidos, e a maior parte não o foi. A parte fornecida foi de forma bastante incipiente. Os dados mais completos foram os levantados em uma das unidades, em que foram coletados diretamente e realizadas as entrevistas com os trabalhadores, e por isso tal unidade foi indicada para sediar o estudo de caso. Ainda assim, o percurso inteiro da coleta está explicado a seguir, e foram apontadas as fontes de dados almejadas.

A escolha das fontes foi baseada na recomendação de Stake (2007) e Yin (2015) para estudos de casos, e, portanto, foram solicitados aos quatro hospitais documentos, registros em arquivos, autorização para fazer observação direta e entrevistas. O quadro 1 detalha os dados solicitados, os coletados e os que puderam ser analisados.

Quadro 1: Componentes da Coleta de Dados

FONTES	DADOS SOLICITADOS	FORMA DE ACESSO	TEMPO DE COLETA	HOSPITAIS ABRANGIDOS	DADOS COLETADOS	FORAM ANALISADOS
A) DOCUMENTOS	Relatórios, ofícios e outros documentos referentes ao monitoramento, à	Solicitação direta ao órgão gestor ⁹ .	1 ano	1	Bem poucos e incipientes. A gestão da Sesa não monitorou a	NÃO

⁹Pedido protocolado na Secretaria de Estado da Saúde, respaldados pela Lei de Acesso à Informação (LAI), Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011), lei ordinária (LO) federal que regulamenta os art. 5º, XXXIII, art. 37, §3º, II e art.216, §2º da Constituição Federal (CF) de 1988.

	adequação da política e das normas de RH.				parte de RH. Os registros hospitalares desse tipo foram demandados pela direção da OSS ou pontualmente pela Sesa.	
B) REGISTROS EM ARQUIVOS	Informações, indicadores, dados e ações de recursos humanos, realizados pela OSS, monitorados ou não pela SESA.	Solicitação aos gestores das OSS e às suas equipes de RH por meio de processo administrativo, reuniões, ligações telefônicas e e-mails.	8 meses	3	Dados incompletos e sem padronização. Incluiu planilhas, tabelas, relatos. Os gestores justificaram não haver no hospital registros de dados padronizados exigidos pela gestão nem alguém que os sistematizasse para esta pesquisa.	NÃO
C) ENTREVISTAS	Semiestruturadas, com duração média de 30 minutos, feitas pessoalmente, com os trabalhadores, conforme organograma hospitalar, com integrantes dos setores: <ul style="list-style-type: none"> · maternidade, · pediatria, · banco de leite, · banco de sangue, · ambulatórios, · nutrição, · unidades de terapia intensiva (neonatal e pediátrica), · pronto-socorro, · psiquiatria, · centro cirúrgico, · farmácia, · recepção, · portaria, · higienização · coordenações. 	Agendadas de acordo com a aceitação e disponibilidade do entrevistado e do setor, sob autorização da chefia.	4 meses	1	Dados densos e possíveis de serem trabalhados. Entrevistas realizadas com 81 empregados das principais áreas da organização. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrativa (ADM): profissionais de todos os níveis de escolaridade, componentes dos setores: recepção, vigilância, jurídico, RH, higienização e limpeza, compras, saúde e segurança do trabalho. ✓ Médica (MED): profissionais médicos efetivos, prestadores de serviço como PJ, residentes. ✓ Enfermagem (ENF): profissionais enfermeiros, coordenadores e técnicos de enfermagem. ✓ Multiprofissional (EQM): profissionais de nível superior componentes da equipe multiprofissional: assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, 	SIM

					fonoaudiólogo, nutricionista.	
D) OBSERVAÇÃO DIRETA	Observações e percepções do pesquisador feitas por meio de anotações no diário de campo ou de gravações.	Reuniões com as equipes do órgão gestor e as de RH das OSS. Observações feitas durante as visitas ao campo e as entrevistas com os trabalhadores.	6 meses	4	Notas de campo das observações feitas durante: ✓ visitas e entrevistas com os trabalhadores, ✓ reuniões com as equipes de: RH, monitoramento contratual, pesquisa em saúde, educação permanente. ✓ contatos telefônicos para agendar reuniões e envio dos dados (nas unidades 1 e 2).	Em partes. Foram analisados apenas os dados do hospital onde houve as entrevistas, no qual se efetivou o estudo de caso.

Fonte: Elaboração da autora (baseado em Yin, 2015)

3.2.1 Documentos e registros em arquivos

Os dados provenientes dos documentos e registros em arquivos estão representados pelas fontes A e B no quadro 1. Quanto aos documentos, foram solicitados quaisquer que envolvessem o monitoramento e a avaliação da gestão de RH. A equipe cedeu cópia de alguns, no entanto não puderam ser analisados por serem bem pontuais e para cumprirem uma demanda específica; por exemplo, um Ofício para formação da Comissão de Humanização no hospital e da indicação de componentes para as reuniões do comitê estadual; uma Comunicação Interna para adequação do quadro de vagas de profissionais devido a reclamações de usuários não atendidos.

Os registros em arquivos solicitados foram referentes aos dados e ações de RH desenvolvidos pela gestão do hospital, a descrição completa está no Apêndice I. Os referidos dados foram solicitados por meio de processo administrativo protocolado na SESA. Em seguida, houve reuniões, ligações telefônicas, e-mails enviados aos gestores das OSS e às equipes de RH. Esse processo durou 8 meses, de julho de 2019 a março de 2020.

Embora solicitados às 4 unidades hospitalares⁸, alguns documentos foram apresentados pelo HIMABA durante as entrevistas presenciais, contudo a unidade não respondeu ao pedido de envio dos dados em arquivos. Os hospitais HEC, HEUE,

HEJSN enviaram arquivos por meio das equipes de RH, de saúde e/ou de educação permanentes. Porém, esses dados foram fornecidos de forma parcial, conforme mostra o quadro 2.

Quadro 2 – Situação dos arquivos de Gestão de RH enviados por HEC, HJSN e HEUE

TIPOS DE DADOS	DADOS SOLICITADOS	CONCEDIDOS	CONCEDIDOS PARCIALMENTE (INCOMPLETOS)	NÃO CONCEDIDOS (OU NÃO POSSUI)
INFORMAÇÕES GERAIS	Quantidade de profissionais contatados pelo hospital		X	
	Tipos de vínculos celetistas, contrato temporário, pessoa jurídica, cooperativas		X	
	Perfil da força de trabalho (gênero, faixa etária, escolaridade)		X	
	Dimensionamento de pessoas e profissionais /leito			X
	Afastamentos por doença (quantidade e CID)			X
	Despesas salariais		X	
INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS (políticas internas)	Gestão de pessoas		X	
	Comunicação			X
	Remuneração e benefícios		X	
	Qualidade e desempenho		X	
	Organização, avaliação e processo de trabalho			
	Estratégias de RH (alinhamento ao planejamento estratégico institucional)			X
	Plano de Carreira		X	
	Clima			X
INDICADORES (taxas ou índices) E OUTRAS INFORMAÇÕES CONSOLIDADAS	Produção científica			X
	Ampliação ou redução do quadro			X
	Absenteísmo	X		
	Rotatividade	X		
	Admissão (preenchimento de vaga)	X		
	Desligamento		X	
	Saúde			X
	Segurança (acidentes)		X	
	Qualidade de vida			X
	Afastamentos (doenças/licenças)		X	
	Treinamento e Desenvolvimento (formação e educação permanente)		X	
Monitoramento e Controle		X		
Satisfação/felicidade			X	

Fonte: Elaborado pelos autores

Observou-se grande lacuna no quadro 2, referente aos dados não enviados. Os elementos enviados vieram incompletos e sem padronização, isto é cada hospital apresentou um dado diferente. Além disso, os materiais fornecidos não contemplaram o período total solicitado, que era o início do contrato até o ano de 2018, mas apenas o ano de 2019.

Também, apesar de 3 (três) itens terem sido respondidos pelos três hospitais, não foi possível compará-los entre si, já que não havia uma padronização de registro nas instituições, orientada ou exigida pela administração pública estadual.

O principal motivo elencado pelas instituições quanto aos motivos pelos quais os dados não foram concedidos ou o foram parcialmente é que não estavam registrados e não havia quem pudesse sistematizá-los e enviá-los. A falta de prioridade dada ao monitoramento dos dados de gestão de pessoas tanto para OSS, como para a administração pública, ficou demonstrada nas respostas semelhantes, dadas às muitas cobranças feitas a ambos os entes, via telefone, por correio eletrônico e até pessoalmente, durante todo período de coleta.

Todos os dados e informações solicitadas aos hospitais foram também solicitadas à gerência de monitoramento de contratos de gestão da SESA, sendo respondido que não possuíam tais informações e que os dados de RH ficavam na OSS. Por repetidas vezes, também foi solicitado ao órgão público conhecer informações financeiras, principalmente, os valores da remuneração de cada cargo e categoria profissional, os quais são acompanhados e registrados na SESA.

Quanto ao dado financeiro, foi solicitado formalmente a todos os hospitais, mas apenas um deles informou. Os valores, além de omitidos, não estão completamente disponíveis para consulta em sítio eletrônico, já que o portal da transparência, iniciativa do estado para evidenciar o cumprimento da Lei de Acesso à Informação (LAI) nº 12.527/2011, só dispõe de informações acerca do quadro de profissionais vinculados diretamente ao poder público, isto é, os efetivos da SESA.

As principais justificativas dadas pela SESA e pelos hospitais para não concederem integralmente os dados de políticas e de gestão de RH foram não ter as informações ou não conseguir organizá-las para disponibilizar. A comissão de monitoramento do contrato de gestão informou também não ter recursos nem preparação, nem pessoas na equipe para o monitoramento da gestão de pessoas. Logo, tais informações não eram monitoradas pelas equipes técnicas da SESA, apesar de entenderem ser seu dever enquanto serviço do SUS.

Assim, como os dados provenientes dos documentos e registros em arquivos não foram concedidos integralmente ou nem existiam, a falta de informações impossibilitou a análise dos dados enviados, optando-se por analisar apenas os dados das entrevistas feitas pela pesquisadora em uma das unidades.

3.2.2. Entrevistas

As entrevistas estão descritas na letra C do quadro 1 e foram realizadas com os trabalhadores de um hospital. Os critérios utilizados para escolha do local foram de viabilidade e de relevância, o que será detalhado no item a seguir. Tal hospital havia sido o mais recente hospital do estado do ES a adotar a gestão por OSS e, portanto, não havia sido estudado na fase anterior da pesquisa (2015-2017), pois na ocasião sua gestão não estava terceirizada. Essa fora a primeira análise na área de recursos humanos desse serviço.

Optou-se por entrevistas com os profissionais por serem mais capazes de alcançar o objetivo desta pesquisa, ou seja, elucidar os impactos nos trabalhadores pela gestão por OSS, como fatores agravantes da precarização e do adoecimento do trabalhador. O foco da entrevista não estava em privilegiar a significância de uma amostra representativa, apesar de fazê-lo, mas em compreender com profundidade os impactos que a gestão de hospitais por OSS gera para o trabalhador, ouvindo-o e observando-o no local de trabalho e procurando abranger todas as equipes que trabalham no hospital.

A aplicação desse instrumento de pesquisa foi feita pessoalmente, conforme orienta Yin (2015). O roteiro semiestruturado é composto por dez perguntas, cuja elaboração

foi baseada no modelo de Spradley (1979), iniciando com questões descritivas da experiência pessoal e cotidiana, cujo conteúdo versou sobre a expectativa do candidato à vaga de trabalho, abordando o recrutamento e seleção e a posterior satisfação no trabalho.

As questões estruturais trataram dos conhecimentos e percepções dos trabalhadores sobre a instituição, incluindo política de recursos humanos, qualidade na gestão e assistência, tipos e práticas de gestão, condições de trabalho. As perguntas de contraste apontaram a visão do profissional sobre sua saúde, seu adoecimento e sua qualidade de vida. Concluiu-se a entrevista oportunizando fala aberta sobre algo de interesse do trabalhador, seja para complementar ou explicar algo dito, seja para trazer novo assunto. A lista completa das perguntas encontra-se no Apêndice II.

Quanto aos termos usados nas entrevistas, foram entendidos como condições de trabalho os fatores físicos, sociais e administrativos relativos ao meio no qual um trabalhador exerce a sua atividade profissional. De acordo com a OIT, tais condições compõem o cerne do trabalho remunerado e das relações de trabalho e incluem questões como tempo e horas de trabalho, descanso e horários de trabalho, remuneração, condições físicas e exigências mentais do trabalho.

Para saúde do trabalhador, adotou-se o conceito balizado na LC nº 8.080/1990, art. 6º, § 3º, que versa sobre um conjunto de atividades que se destina à promoção e à proteção do trabalhador, visando à sua recuperação e reabilitação quando submetido a riscos e agravos advindos das condições de trabalho, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

3.2.2.1 Caracterização do local

Tratou-se de um hospital público estadual com mão de obra mista, ou seja, com profissionais de variados vínculos de trabalho, pessoas físicas e jurídicas, vinculadas ao órgão público, à OSS e à terceirizadas, portanto tal prática de gestão é algo que pode gerar complicações de gestão em uma organização de saúde.

O serviço trazia a complexidade da mão de obra mista, isto é, uma multiplicidade de vínculos de trabalho com diferentes instituições, motivo que instigou uma pesquisa presencial nesse serviço. Apesar de legalmente permitida, a prática não é recomendada por especialistas em direito do trabalho. Além de onerosa para o estado, conta com a presença de profissionais com múltiplos tipos de vínculos no mesma local, com remunerações díspares para categorias profissionais idênticas. O estado do Rio de Janeiro não permite que isso ocorra em seus contratos de gestão, e o de São Paulo veio reduzindo-a ao longo dos anos (FERNANDES, 2017).

Além disso, a complexidade desse hospital também foi constatada durante a execução do projeto-piloto, cujas entrevistas com profissionais que atuam nele revelaram que houve, além da constante instabilidade da gestão, inúmeras mortes de pacientes após a transição da administração para a primeira OSS, causadas principalmente pela inexperiência e imperícia dos profissionais recém-contratados.

Em paralelo, foram conhecidas matérias jornalísticas indicando dificuldades diversas relacionadas à má gestão de pessoas, de recursos físicos e financeiros e na assistência à saúde nesse mesmo hospital.

3.2.2.2 Período, quantidade e critérios de realização

As entrevistas foram feitas durante os meses de outubro de 2019 e janeiro de 2020, com trabalhadores de diversas profissões. A escolha das categorias e vínculos profissionais e a inclusão da maior parte dos setores do hospital incluídos na pesquisa foi para mostrar aspectos mais amplos do fenômeno, excedendo particularidades de apenas um contexto, ambiente ou grupo profissional.

Foram realizadas 81 entrevistas com profissionais das seguintes equipes e vínculos: 14 Médicos, os quais estavam contratados como Pessoa Jurídica (PJ), servidores públicos efetivos cedidos, residentes vinculados a uma instituição de ensino conveniada ao hospital; 28 membros da equipe de Enfermagem, composta por servidores públicos efetivos e funcionários contratados pela OSS por meio da CLT; 17 pessoas da equipe Multiprofissional, todos funcionários contratados pela OSS por meio da CLT; e 22 do quadro Administrativo, que eram funcionários contratados pela

OSS por meio da CLT. Não foram entrevistados integrantes de empresas terceirizadas.

Dentre os profissionais abordados, 11 se recusaram a conceder entrevista. Foram 5 médicos, 4 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 servidor administrativo. A principal justificativa dada para a recusa foi a falta de tempo na rotina de trabalho.

Os critérios de inclusão de participantes consistiram em: ser uma das categorias profissionais contidas na pesquisa; ter vínculo profissional com o hospital - mesmo que frágil - e atuar em área inclusa no organograma; aceitar participar da pesquisa por livre e espontânea vontade.

Os motivos de exclusão de entrevistas foram: entrevistas com trechos inteligíveis para transcrição devido a ruídos ou interferências contínuas de colegas, usuários ou outros; entrevistas feitas com profissionais recém ingressos ou no período de experiência, profissionais coagidos pela chefia a participarem; entrevistas com falas demonstrando desconfiança quanto à procedência e à legitimidade da pesquisa; entrevistas com conteúdo quase idêntico, geralmente por terem sido feitas na presença de outros profissionais por escolha dos entrevistados. Selecionou-se, portanto, uma amostra representativa de 40 entrevistas para análise, cujas características profissionais estão apontadas no quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização profissional dos entrevistados

Equipes/ Siglas	Médica (MED)	Enfermagem (ENF)	Equipe Multiprofissional (EQM)	Administrativa (ADM)
Quantidade de Profissionais / Formação e Cargo	1 Anestesiista	5 Técnicos de enfermagem	1 Assistente Social	1 Recursos Humanos
	1 Médico do Trabalho	5 Enfermeiros coordenadores	1 Psicólogo	1 Comunicação
	1 Residente	5 Enfermeiros assistenciais	1 Fisioterapeuta	1 SESMT
	2 Neonatologistas		1 Fonoaudiólogo	1 Limpeza
	2 Pediatras		1 Nutricionista	1 Portaria
	1 Cardiologista		1 Farmacêutico	1 Recepção
	1 Psiquiatra		1 Coordenador	1 Monitoramento e Gestão
	1 Ginecologista e Obstetra			1 Diretoria
Total: 40	10	15	7	8

Fonte: Elaboração da autora

Cabe reforçar que, ainda que os profissionais da área administrativa do hospital não tenham função precípua de assistência, têm responsabilidade de acolhimento e de cuidado em saúde, portanto eles foram incluídos na pesquisa e também são considerados profissionais de saúde.

3.2.3 Observação direta

A observação direta é uma técnica que utiliza os sentidos para compreender certos aspectos da realidade, não apenas ver e ouvir, mas examinar fatos ou fenômenos que se almejam estudar, e, nos estudos de casos, é importante atentar-se à observação das condições sociais e ambientais envolvidas no caso. Ela pode incluir atividades de coleta de dados formais ou informais.

As formais seriam desenvolvidas como parte do protocolo de estudo, em que se investigam ocorrências e comportamentos durante um período de tempo. Já as informais podem ser efetivadas durante o trabalho de campo em ocasiões em que outras evidências, como em entrevistas, estão sendo coletadas (YIN, 2015).

No caso desta pesquisa, optou-se pela observação direta informal, em que se confirmava ou não questões apontadas ou omitidas nas respostas, como condições de trabalho, aspectos da cultura organizacional, estrutura física. Isso foi feito de forma a trazer informações adicionais sobre a temática e o local estudado, ainda que de forma sutil.

Por vezes, os próprios profissionais entrevistados chamavam a atenção ao entrevistador, usando termos que apontam outras situações ou referências relacionadas às suas respostas, como: “saiu no jornal...”, ou “em tal setor você verá algo parecido”, “olhe isso” ou “observe aquilo lá”.

Além dos dados não concedidos, ou omitidos, também houve vezes que o entrevistado falava baixo para não ser registrado nitidamente pelo gravador ou solicitava não gravar algo. A observação do ‘não dito’ ou ‘do omitido’ e as prováveis motivações para tais colaboraram nas análises dos resultados.

3.2.4 Principais entraves da fase de coleta

A fase de coleta de dados teve vários obstáculos. Depois da pesquisa autorizada, isto é, de solicitar os dados formalmente ao governo estadual, aguardar e cobrar, descobrimos que tanto a SESA-ES quanto os gestores dos hospitais/OSS não dispunham da maior parte dos dados de gerenciamento e monitoramento dos recursos humanos nem de indicadores, estando incompletos e não consolidados.

Em reunião e por telefone, gestores e funcionários da SESA-ES explicaram não possuírem recursos físicos e pessoais para monitorar nem armazenar tais dados no ambiente da gestão pública. Os gestores dos hospitais justificaram a não disponibilidade dos dados no hospital por não terem essa demanda contratualizada, nem padronizada, nem mesmo mão de obra para tanto.

Os dados que a equipe de RH declarou possuir teriam a finalidade de controle interno, ou foram sistematizados após demanda da pesquisa, pontuaram os gestores. Mesmo aqueles dados de recursos humanos ditos existentes pelos gestores nas reuniões de planejamento, não foram fornecidos conforme solicitado.

Os órgãos públicos não disponibilizam acesso, nem digital nem físico, aos dados completos referentes às parcerias com instituições privadas. Embora tenha havido avanços nos últimos anos, pois a disponibilidade de informações tem se ampliado, além da falta de transparência, há demora na tramitação das solicitações de documentos relativos à gestão, e, para alguns dados, como os gastos com salários, é vedada a concessão, ainda que não expressa formalmente. Mesmo estando autorizados no documento protocolado pela pesquisadora, os dados não foram devidamente informados.

Quanto às entrevistas com os trabalhadores, sua execução foi bastante conturbada gerada, principalmente, por desconfianças dos profissionais. Acredita-se que o principal motivo foi devido ao hospital ter passado por intervenção do gestor público e ficado sob investigação judicial durante o período da pesquisa, o que dificultou não só as entrevistas, mas também o acesso a documentos junto à gestão da SESA e da OSS.

Além disso, o processo administrativo físico que continha a solicitação dos dados deste estudo, já protocolado e aprovado na SESA, não foi localizado no hospital, após a saída da primeira OSS, apesar de o sistema de gestão de processos registrar que fora recebido no hospital.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

As evidências coletadas nas entrevistas, incluindo as notas resultantes de observação e análise dos documentos, foram organizadas, examinadas, categorizadas e transformados em arquivos. As evidências semelhantes entre si, quando coletadas por fontes diferentes, foram analisadas a partir das proposições iniciais do estudo de caso.

Já as entrevistas foram transcritas de forma precisa e teve o texto digitado e revisado pela pesquisadora, conforme recomendado por Gibbs (2009). Houve também o esforço repetido de comparar os resultados encontrados na pesquisa empírica do estudo de caso com o previsto pela literatura (YIN, 2015).

3.3.1 Tipo de análise

A estratégia analítica desta pesquisa teve a função de conectar as informações do estudo aos conceitos de interesse da pesquisa, os quais orientaram todo o processo de análise. Utilizamos, para tanto, a Teoria Fundamentada nos Dados, ou *Grounded Theory*, dos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss (GLASER e STRAUSS, 2006) surgida durante um estudo sobre o processo de morte em hospitais, a qual considerou as relações entre médicos e enfermeiros nesse contexto.

Para Charmaz (2009), que relê a metodologia, ela pretende produzir construtos teóricos que emergem dos dados a partir de categorias que são relevantes para a observação de questões centrais de pesquisa, as quais visam elucidar a ação no contexto social. Por meio dela, o pesquisador busca processos que estão acontecendo no contexto, partindo de hipóteses, que unidas podem explicar o fenômeno estudado. Cria-se uma espécie de teoria, que não pretende provar algo,

mas é fruto de um trabalho indutivo, quando se começa a coleta e tem-se os primeiros códigos, e dedutivo, para transformá-los em conceitos ou hipóteses. A Teoria Fundamentada nos Dados permeou todo o processo de pensar e efetivar o plano piloto deste estudo. Em seguida, ela foi utilizada fundamentalmente na análise dos dados da pesquisa propriamente, ou seja, desde a codificação aberta dos dados até a categorização final, visando inferir densidade aos achados, desenvolver e relacionar conceitos, de forma criteriosa e bem específica (STRAUSS e CORBIN, 2008).

Com as técnicas de inversão e comparação sistemática, foram analisadas as ideias opostas sobre temas comuns. Primeiro, foram apontados 29 códigos a partir do conteúdo das falas. Após confirmação de implicações e formação de conceitos abstratos, definiram-se quatro categorias principais, com subcategorias, visando responder à categoria central da pesquisa (RYAN E BERNARD, 2003): “principais impactos nos profissionais da saúde de hospitais públicos com gestão privada”.

As categorias de análise e suas subcategorias foram apontadas no projeto-piloto e confirmadas após a coleta dos dados. São elas: 1. Ingresso: Expectativa no Ingresso, Seleção e Vínculo Profissional; 2. Gestão de pessoas: Remuneração, Desenvolvimento, Permanência e Rotatividade; 3. Gestão e Qualidade: Qualidade na gestão, Qualidade na assistência, Equipe qualificada, Tipo de Gestão; 4. Saúde e Qualidade de Vida: Sobrecarga, Qualidade de Vida, Adoecimento.

Ainda que Glaser e Strauss (2006) tenham trazido que a descoberta da teoria é algo que surge dos dados, isolado do observador, e recomendem entrar no campo sem suposições prévias, isso só foi possível em partes, pois algumas suposições vieram da fase anterior ao doutorado, ou seja, da pesquisa com os gestores das OSS no mestrado, e da literatura acerca dos referenciais dos temas fundamentais. Portanto, esta pesquisa se aproxima uma pouco da crença de Charmaz (2009) de que nenhum pesquisador é neutro, mas interage com a realidade dos sujeitos, pois a linguagem durante a codificação atribui forma e significado às realidades observadas.

Cabe ressaltar que os referenciais teóricos deste trabalho orientaram o plano de coleta, assim como nortearam a análise dos dados, já que práticas de RHS apropriadas incluem provisão adequada da mão de obra, condições dignas de trabalho,

remuneração justa, proteção do trabalhador, que se constituem como fundamentais para a gestão de pessoas. A consideração de tais práticas e a adoção de métodos correspondentes de acompanhamento do trabalhador, por exemplo, apontariam para o alcance da eficiência e da qualidade prometidas pela gestão, por meio de OSS (BRASIL, 1997).

3.3.1.1 *Grounded Theory* nas pesquisas em Recursos Humanos

A *Grounded Theory* é uma ferramenta útil para explorar processos e construir teorias que se fundamentem nos dados coletados. Essa metodologia de pesquisa qualitativa pode ser aplicada para explorar a maioria das áreas de pesquisa, incluindo os estudos de gestão em RH, em todos os tipos de organizações existentes.

Através de entrevistas e/ou observações sistemáticas diretas, o pesquisador é capaz de obter dados que, no decorrer da pesquisa, irão destacar questões e análises características da área que está sendo explorada. Pesquisadores da área do RH incentivam uns aos outros a apontarem e compartilharem as dificuldades e soluções práticas encontradas.

Em análises de revisão feitas por Susabowska (2016), verificou-se a possibilidade de usar essa metodologia em pesquisas na área de RH, tanto em instituições públicas como privadas, isso porque tal método resulta na compreensão da situação de pesquisa e nos problemas-chave que afetam o assunto da pesquisa. Possibilita, portanto, ser utilizada para elucidar e analisar questões que envolvem todos os aspectos da gestão de recursos humanos, desde planejamento de gestão, por meio de recrutamento e seleção de funcionários, avaliando e recompensando seu trabalho para motivação, até o planejamento de carreira.

Brandhorst et. al. (2023) também apresentaram, em seu artigo, o potencial da teoria fundamentada na contribuição significativa em pesquisas e a práticas de RH. Os autores discutiram o desenvolvimento histórico e o estado atual da teoria fundamentada, adaptando-a ao contexto das mudanças pós-pandemia nas organizações.

Cepellos e Tonelli (2020) alertaram para observações dos pontos de vistas mais contextualizados e atuais dessa teoria e recomendaram diversas possibilidades, como utilizar como códigos termos específicos usados pelos próprios participantes, conservados para manter os significados relativos às suas opiniões e atitudes. As autoras também elencaram possíveis ambiguidades relacionadas ao uso da Teoria Fundamentada em estudos organizacionais, proveniente inclusive da flexibilidade que faz com que a metodologia não seja executada da mesma maneira cada vez que é usada e de como foi seu uso em cada contexto.

Assim, o uso da Teoria Fundamentada nos estudos de RH é indicado em diversas partes do mundo e indicam que é preciso se atentar às diversas questões metodológicas que podem surgir na operacionalização dessa metodologia e às estratégias para superá-las.

3.3.2 Programa informatizado para análise dos dados

Visando prevenir e/ou superar fragilidades analíticas, em especial, aquelas que derivam de um processo manual de tabulação e análise de dados de entrevistas e de observações, utilizamos para indexação e categorização das informações um Software de Análise de Dados Qualitativos (SADQ), ou, em inglês, *Computer Assisted Qualitative Data Analysis* (CAQDAS). Os SADQ ou CAQDAS são programas que utilizam bancos de dados que possibilitam uma extensão na forma com que textos podem ser trabalhados, proporcionando maneiras de administrar e estruturar os aspectos da análise qualitativa (GIBBS, 2009).

As principais funções dos SADQ são a descoberta, a exploração dos sentidos das informações e a codificação dos dados, sendo indicado para estudos organizacionais com grande quantidade de dados provenientes de documentos, entrevistas e observações (ROCHA, 2005; TEIXEIRA e BECKER, 2001). Além disso, possibilitam importação de textos, a criação dos códigos em forma hierárquica, o acesso aos textos codificados, a análise dos textos codificados em seu contexto original, a criação dos códigos em forma hierárquica, o acesso aos textos codificados, a redação de notas ou memorandos (GIBBS, 2009; SAILLARD, 2011; NODARI et. al, 2014).

O SADQ que utilizamos foi MAXQDA, cujo acesso em pesquisas qualitativas foi garantido pelo PPGSC/UFES, o qual possibilitou a organização de documentos em pastas e subpastas, a conversão entre diferentes formatos computacionais facilitadores nos processos de codificação e categorização, hierarquia de códigos e associação de pontos específicos no material analisado, além de oferecer ferramentas de buscas otimizadas para esses processos (SAILLARD, 2011; NODARI et. al, 2014).

A MAXQDA incorpora facilidades para codificação e indexação de textos. Suas principais vantagens são: recursos para buscas complexas de texto e elementos de linguagem, incluindo o uso de thesaurus para encontrar palavras com significados similares; recursos para indexar todas as palavras do texto e criar tabelas de frequência de ocorrência de palavras, pesquisas do tipo palavra ou texto-chave no contexto, chamada *Key Word In Context* (KWIC); criação de gráficos com proximidade de palavras ou expressões (LAGE, 2011).

O uso de softwares em pesquisas qualitativas vem se ampliando na tentativa de facilitar a análise das comunicações como alternativa em meios informacionais, por auxiliarem na otimização do tempo, dinamizarem e qualificarem o processo das análises qualitativas (WEITZMAN, 2000; CRESWELL, 2007; FLICK; 2009). Contudo, o papel do pesquisador antecede e supera os vários recursos oferecidos por softwares (LAGE e GODOY, 2008), ele é o principal analista e condutor das ferramentas.

O software viabiliza a categorização de grupo de dados, apoiando inclusive o desenvolvimento da compreensão dos dados, porém não sugere interpretações de forma automática, pois toda a classificação é inserida pelo pesquisador, baseada na estratégia de análise e no agrupamento de conteúdo realizado dentro da plataforma, e ele elenca os resultados de acordo com seu objeto de pesquisa (AZEVEDO, 2018).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu normas éticas internacionais sobre Pesquisa com Seres Humanos da Declaração de Helsinki de 1975 e as nacionais da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Antes das entrevistas, houve a obtenção do consentimento informado de todos os envolvidos.

O projeto foi inscrito e aprovado na Plataforma Brasil, pelo registro CAAE nº 52909416.1.0000.5073, cujo parecer encontra-se no anexo 1. Os nomes das organizações sociais e dos profissionais envolvidos na pesquisa foram omitidos na divulgação dos resultados.

No texto, os entrevistados foram identificados por uma sigla, referente à equipe profissional à qual pertence, seguida um número ordinal aleatório que foi de 1 até a quantidade total de participantes de cada área.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram organizados e elucidados a partir de três das quatro categorias apontadas na análise dos dados: 1.Ingresso; 2. Gestão de pessoas 3. Saúde e Qualidade de Vida. As categorias 1 e 2 compõem o artigo 2; e a categoria 4 foi utilizada nos textos 3 e 4. A categoria “Gestão e Qualidade”, apesar de usada no projeto-piloto e de estar permeada na análise como um todo, não teve os resultados específicos expostos e discutidos nesta tese, contudo serão desenvolvidos em outra oportunidade.

O artigo 1 apresentou o estudo-piloto, e o artigo 2 respondeu ao primeiro objetivo específico desta tese. Os textos 3 e 4 responderam aos demais objetivos específicos, respectivamente. Assim, de modo a facilitar a publicação em livros e periódicos, impressos ou eletrônicos, os quatro textos ficaram escritos em formatos de artigos científicos para livros ou periódicos. Seguem os títulos e, em seguida, os textos.

4.1 Artigo 1: Impactos do trabalho em hospitais públicos gerenciados por organizações privadas: estudo-piloto com profissionais de saúde no Espírito Santo, Brasil.

4.2 Artigo 2: Recursos Humanos em um hospital público gerenciados por Organizações Sociais de Saúde: aspectos organizacionais, demandas e percepções dos trabalhadores.

4.3 Artigo 3: A Saúde do Trabalhador de um hospital público sob gestão privada: principais impactos no trabalho e no adoecimento mental.

4.4 Artigo 4: Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho Hospitalar: percepções dos trabalhadores em uma Organização Social de Saúde.

Os textos 1 e 3 foram submetidos e o 4 já está publicado (Livro: “Perspectivas Interdisciplinares sobre Qualidade de Vida e Saúde”). Também foi publicado como resultado do período do doutorado o texto: Saúde, Trabalho e Bioética: Reflexões Necessárias (capítulo 1, livro “Perspectivas teórico-metodológicas de análise em políticas de saúde”).

4.1 ARTIGO 1

Impactos do trabalho em hospitais públicos gerenciados por organizações privadas: estudo-piloto com profissionais de saúde no Espírito Santo, Brasil

INTRODUÇÃO

A temática dos recursos humanos para a saúde visando atender às necessidades da população é pauta central das agendas mundiais. Em 2016, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou a estratégia mundial de recursos humanos para a saúde: profissionais da saúde 2030, em conformidade com um dos objetivos para o Desenvolvimento Sustentável, o de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades (OMS, 2016; ONU, 2015).

Diante dos desafios de instituir e desenvolver recursos humanos adequados e de qualidade para os serviços de saúde, exigindo análises críticas da situação de cada país, que compreenda a vontade política e dinâmicas de emprego alinhados ao modelo de atenção (OPAS, 2014), este estudo retrata parte dessa realidade ao abordar o trabalho e o trabalhador hospitalar no sistema de saúde brasileiro.

No Brasil, a gestão por Organizações Sociais (OS) é um modelo de gestão privada para serviços públicos, presente em cerca de 800 serviços de saúde, com o objetivo de gerir recursos humanos, financeiros e patrimoniais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016, de 4721 unidades locais das entidades sem fins lucrativos, atuando em serviços de saúde, 2461 atuavam, principalmente, em unidades hospitalares, sendo 49,6% na região Sudeste (IBGE, 2016). Essas instituições surgiram da Reforma Gerencial do Estado, cujo foco prioritário foi diferenciar as atividades exclusivas e não exclusivas do Estado. O Estado executaria as primeiras, enquanto as demais ele apenas financiaria, e as organizações públicas não-estatais fariam sua execução. Os princípios básicos gerenciais da reforma administrativa foram definidos pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, compondo a chamada Nova Administração Pública (BRASIL, 1995).

Os hospitais foram os principais e primeiros equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) incluídos nesta Reforma, demonstrando, nos últimos anos, uma tendência regional e nacional (FERNANDES, 2017). Esses serviços são os mais expressivos e mais onerosos (BRASIL, 1997; BRESSER-PEREIRA, 1995) do sistema, exigindo da gestão estatal parte significativa do financiamento público. Também os hospitais integram as Redes de Atenção à Saúde - RAS, que devem atuar de forma articulada à Atenção Primária em Saúde (APS), que coordena o cuidado e ordena na rede. Os serviços hospitalares, além da assistência, são espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para as RAS (BRASIL, 2013).

Poucos estudos foram encontrados sobre gestão do trabalho em hospitais estaduais gerenciados por OS. Em São Paulo, houve uma pesquisa (DUARTE e BOTAZZO, 2009) que identificou o modelo de gestão de pessoas utilizado nas OS contratadas pelo estado; em Pernambuco, realizou-se um estudo de caso (SANTANA, 2015) analisando a gestão do trabalho em diferentes modelos de gestão pública no estado; em Goiás, discutiu-se (BARBOSA, 2010) comparativamente aspectos relativos à gestão recursos humanos nos hospitais de administração direta do estado de São Paulo e os hospitais sob a modalidade OS.

No Espírito Santo, um estudo pioneiro (FERNANDES, 2017) analisou contratos e entrevistou gestores de recursos humanos, constatando que as OS possuem práticas que divergem das regras do concurso público e da não precariedade no trabalho, como “quarteirização”, que é a delegação da gestão dos serviços temporários a uma terceira empresa, e “pejotização”, que é a manutenção de empregados por meio da criação de empresa pelos contratados – a relação passa a ser entre empresas em vez do contrato de trabalho entre a empresa e empregados. Tais práticas são idênticas à de empresas privadas, precarizam o trabalho, não são devidamente monitoradas pelo setor de recursos humanos (RH) e burlam o cumprimento da legislação concernente à gestão do trabalho no SUS.

Diante da subvalorização do papel dos recursos humanos para a saúde, desconsiderando a relevância desses na melhoria da saúde da população, assim como a presença de iniquidades na qualidade dos profissionais da saúde e de

precariedades nas condições de trabalho, gerando baixas produtividade e qualidade do desempenho (SCHEFFLER et. al, 2016), este trabalho vem reafirmar o conceito de que as organizações de saúde são altamente dependentes de sua força de trabalho, mais que quaisquer outras. Intervenções em saúde são resultado do conhecimento de seus trabalhadores. São os profissionais clínicos, gerentes e técnicos que fazem as interferências, diagnosticam problemas, determinam quais serviços serão oferecidos, quando, onde e como (DUSSAULT e DUBOIS, 2003).

Pautado na relevância da temática do trabalho e nos desafios impostos pela prática gerencial na gestão dos serviços de saúde, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar os principais impactos do trabalho nos profissionais de saúde de hospitais públicos com gestão privada, neste caso, os gerenciados por Organizações Sociais de Saúde. A pesquisa, por meio de estudo-piloto (SILVA FILHO e BARBOSA, 2019) baseado na *Grounded Theory* (GLASER E STRAUSS, 2006), propôs-se a mostrar algumas complexidades do trabalho em saúde, desafios vivenciados pelo trabalhador hospitalar e também como a gestão deste trabalho pode gerar ou intensificar os impactos sobre este trabalhador.

MATERIAL E MÉTODOS

Consistiu, portanto, em um estudo-piloto, de abordagem qualitativa, incidindo na etapa primária e exploratória de pesquisa, visando à validação metodológica e à apreensão do fenômeno. Um estudo-piloto é relevante ao apontar para o refinamento do planejamento da pesquisa nas dimensões ética, metodológica, teórica, analítica, operacional e representacional (SILVA FILHO e BARBOSA, 2019). A execução deste estudo demonstrou profundidade no assunto e coesão metodológica, ao passo que reiterou a importância de verificar preliminarmente a viabilidade e aplicabilidade da pesquisa qualitativa, além de testar a metodologia utilizada no alcance dos objetivos desejados.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas com profissionais da saúde de hospitais estado do Espírito Santo, Brasil. Justifica-se a escuta aos trabalhadores por consistir principal passo para averiguar suas necessidades e valorizá-los e por serem atores essenciais para o êxito do cuidado em saúde. Tal valor precisa ser expresso

nas práticas de gestão de pessoas humanizadas e coerentes de uma instituição de saúde. A escolha por hospitais públicos com gestão privada se deu não apenas pela escassez de estudos com os trabalhadores desses serviços (FERNANDES, 2017; DUARTE e BOTAZZO, 2009; SANTANA, 2015), mas, principalmente, por pressupor que o tipo e o formato da gestão impactam diretamente no trabalho e no trabalhador (OPAS, 2014; BRASIL, 2013; SCHEFFLER et. al, 2016; DUSSAULT e DUBOIS, 2003) da saúde.

Foram entrevistados seis trabalhadores que atuavam em um ou mais dos três hospitais públicos estaduais gerenciados por OS, no ES. As categorias e os vínculos profissionais foram diversos, sendo médicos, enfermeiros e membros da equipe multiprofissional, visando mostrar aspectos mais amplos do fenômeno, excedendo particularidades de apenas um contexto, ambiente ou grupo profissional.

Quanto à localização, foram entrevistados dois trabalhadores de cada hospital, cuja escolha ocorreu pela técnica 'bola de neve', facilitando o acesso e o aceite dos informantes, sob o critério de terem trabalhado no mínimo um ano, em pelo menos uma das instituições.

Os hospitais eram de médio e grande porte, e, quanto ao modelo de entrada dos pacientes, um era "porta fechada", ou seja, só atendia pacientes encaminhados por outros serviços públicos previamente autorizados; e os demais tinham pronto-socorros e ambulatórios com "porta aberta" ao atendimento direto da população até completar a capacidade.

O roteiro semiestruturado possuiu dez perguntas, cuja elaboração foi baseada no modelo de Spradley (1979), iniciando com questões descritivas da experiência pessoal e cotidiana, cujo conteúdo versou na expectativa do indivíduo enquanto candidato à vaga de trabalho, abordando o recrutamento e a seleção, e a posterior satisfação no trabalho. As questões estruturais trataram dos conhecimentos e percepções dos trabalhadores sobre a instituição, incluindo política de recursos humanos, qualidade na gestão e assistência, tipos e práticas de gestão. As perguntas de contraste apontaram a visão do profissional sobre sua saúde, seu adoecimento e sua qualidade de vida. Concluiu-se a entrevista oportunizando fala aberta sobre algo

de interesse do trabalhador, seja para complementar seja para explicar algo dito ou trazer novo assunto.

Os dados foram analisados de forma comparativa, baseada na Teoria Fundamentada de Dados ou *Grounded Theory* (GLASER E STRAUSS, 2006), possibilitando, da codificação aberta até a categorização final, inferir densidade aos achados e relacionar conceitos de forma criteriosa e específica. Com as técnicas de inversão e comparação sistemática, foram analisadas as ideias opostas sobre temas comuns. Primeiro, foram apontados 29 códigos a partir do conteúdo das falas, e, após confirmação de implicações e formação de conceitos abstratos, definiram-se quatro categorias principais, com subcategorias, visando responder à categoria central da pesquisa (RYAN e BERNARD, 2003): ‘principais impactos do trabalho nos profissionais da saúde de hospitais públicos com gestão privada’.

As categorias de análise apontadas, seguidas de suas subcategorias, foram: 1. Ingresso: Expectativa no Ingresso, Seleção e Vínculo Profissional; 2. Gestão de pessoas: Remuneração, Desenvolvimento, Permanência e Rotatividade; 3. Gestão e Qualidade: Qualidade na gestão, Qualidade na assistência, Equipe qualificada, Tipo de Gestão; 4. Saúde e Qualidade de Vida: Sobrecarga, Qualidade de Vida, Adoecimento.

O projeto de pesquisa foi aprovado na Plataforma Brasil, registro CAAE nº 52909416.1.0000.5073 e atendeu normas éticas internacionais, Declaração de Helsinki, 1975 e normas brasileiras, Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa com seres humanos. Houve obtenção do consentimento informado dos envolvidos e sua não identificação.

RESULTADOS

Os resultados encontram-se descritos a seguir, em tópicos que representam as quatro categorias finais de análise.

Ingresso

Os entrevistados afirmaram que as principais motivações para iniciar o trabalho foram a afinidade com o trabalho e a expectativa de ampliar a remuneração recebida em outro hospital: “Eu quis este trabalho porque ganharia o dobro para exercer a mesma função que exercia no hospital que o Estado faz a gestão, com a mesma carga horária” (E3). Esperava-se que a estrutura física e as condições de trabalho fossem melhores na OS. Já a motivação de trabalhar em uma boa equipe mostrou-se mais pontual, contudo fez parte das expectativas iniciais. Acreditava-se que o hospital gerenciado por OS remunerasse melhor que o setor público e o privado. Essa expectativa só se concretizou para os profissionais médicos.

Com relação à seleção para a vaga, os profissionais de enfermagem, enfermeiros e técnicos participaram de processo seletivo ou concurso público, tornando-se contratados formalmente ou servidor público efetivo. Os profissionais médicos entraram na instituição por convite, sem vínculo de trabalho formal, mas prestadores de serviços como uma pessoa jurídica (PJ) ou por cooperativas de trabalho. As outras categorias profissionais foram agregadas e vinculadas de acordo com a necessidade e conveniência da instituição, geralmente, com contrato frágil e temporário.

Gestão de pessoas

Rotatividade ou *turn over* foi um dos principais fenômenos citados que impactaram negativamente o trabalho hospitalar, incidindo, principalmente, na equipe de enfermagem. Os membros da equipe de enfermagem colocaram como causas o baixo salário e as condições de trabalho insatisfatórias: “Aqui acaba virando um trampolim de emprego. Quem não tem nada fica. Quando arranja uma coisa um pouquinho melhor, sai. A rotatividade é maior na enfermagem” (E1). Membros da equipe de enfermagem recebem menos se vinculados à organização terceirizada que à gestão pública: “O salário dos enfermeiros da OS é muito baixo, muito aquém do mercado, precisa aumentar. Já o da Sesa [Secretaria Estadual de Saúde] é maior, não é o pior do mundo, não está tão ruim” (E1).

Para os médicos, há precariedade dos vínculos, insatisfação e ausência de estabilidade. Quanto à remuneração, relataram ganhar melhor nas OS que em hospitais da gestão direta ou nos privados. Todavia, não são contemplados por

direitos trabalhistas preconizados na legislação brasileira. Eles citaram, como impactos negativos, não terem direitos trabalhistas de afastamento por doença, férias, 13º salário nem aposentadoria, o que os deixa desprotegidos e, após algum tempo ou eventualidade no trabalho, também insatisfeitos.

Pertencer a equipes integradas e com boas relações interpessoais impacta positivamente: “Sou satisfeita por causa da minha equipe. Todo mundo sabe meu nome, isso tem um diferencial. Sempre antes de começar o trabalho, reunimos todo mundo, técnicos, supervisor, enfermeiro; conversamos, oramos e tem a passagem do plantão. É uma interação” (E5). Já as faltas de gestão participativa, relacionamento e comunicação com o gestor impactaram negativamente: “Não sabíamos quais eram as metas do hospital, nem indicadores para alcançar ou melhorar. É ruim o fato de não ter acesso à gestão. Você nem sabe quem é o gestor, seu vínculo não é institucional” (E2).

Gestão e Qualidade

O tipo de hospital, quanto ao acesso dos usuários, afetou a satisfação dos empregados. Os profissionais de hospital ‘porta-aberta’ relataram maiores problemas na gestão e insatisfação devido à demanda elevada e equipe insuficiente em comparação aos que atuam no serviço ‘porta fechada’.

Além de salários deficientes, tentativas frustradas de construir processos e procedimentos de trabalho foram apontadas como impactos às práticas de gestão divergentes dos padrões hospitalares adequados, assim como problemas de qualidade no cuidado em saúde. A qualidade é agravada em períodos de transição de gestão e mudanças nas equipes, causada pela inexperiência e inabilitação dos novos trabalhadores: “A gente trabalhava com insegurança porque a nova equipe de enfermagem que entrou era inexperiente e sem formação. Foram muitos óbitos no início da nova gestão, muitos erros em setores que nunca tínhamos visto antes” (E3). “São erros primários, temos que ficar repetindo as mesmas informações com frequência e lembrando. A entrada da OS no hospital ‘impactou’ [grifo nosso] muito o trabalho, ficamos sobrecarregados por conta dessa falta de qualidade no serviço” (E1).

Sobre os treinamentos e os cursos de aprimoramento profissional, evidenciou-se falta de divulgação institucional e participação condicionada à boa relação com a chefia. O custeio integral das despesas fica para o próprio empregado: “A gente faz cursos para aprimorar o trabalho, como o tratamento de lesões. Um colega comunica ao outro e tentamos nos organizar para ir. O hospital até incentiva, mas não libera e não paga” (E5). “As pessoas não estavam preparadas para o trabalho, não houve treinamentos nem cursos para as equipes” (E3).

Alguns entrevistados apreciaram a gestão privada no serviço, e outros disseram preferir a gestão pública direta. Para alguns, a OS se apresenta como uma empresa privada; ele tem um “dono” que toma decisões arbitrariamente, baseado em preceitos privados. Para outros, na OS há as vantagens da menor burocracias, da maior facilidade para contratar pessoas e para adquirir novos materiais, facilitando o trabalho e beneficiando o usuário: “Se eu preciso de um material caro, mas provo cientificamente que aquilo pode fazer bem ao paciente, solicitamos e a OS compra. Num hospital público, é muito difícil você conseguir isso” (E5).

Todos concordaram que o hospital, independentemente do tipo de gestão, deve cumprir as diretrizes do SUS e valorizar mais seus recursos humanos. Além disso, as respostas expressaram, em diferentes momentos da entrevista, que a OS precisa ter uma gestão mais participativa, que informa e escuta o empregado, mais eficiente e organizada. Não deve desperdiçar recursos, mas pagar adequadamente os trabalhadores e garantir direitos trabalhistas.

Saúde e qualidade de vida

Houve relatos de acidente e adoecimento no trabalho, com e sem afastamento, com e sem intervenção institucional. Devido à ausência de vínculo no trabalho, os médicos nessa situação não puderam se afastar sob pena da perda do emprego. Outros profissionais também reclamaram de desproteção: “Os gestores deveriam priorizar a saúde do trabalhador e pagar corretamente os direitos, como a insalubridade. Eu adquiri pressão alta após a inserção neste trabalho” (E6).

Sintomas recorrentes relacionados ao estresse, como enxaqueca, hipertensão arterial, esgotamento, foram relatados como evidências do adoecimento associado à atividade hospitalar. O ambiente exaustivo, a burocracia e a carga horária excessiva também foram citados como problemas do trabalho hospitalar.

A sobrecarga de trabalho foi o impacto negativo mais mencionado pelos entrevistados. As causas foram, principalmente, a quantidade de empregos, o tipo do trabalho e a quantidade insuficiente de profissionais: “Lidar com a sobrecarga era muito difícil. A gente trabalhava muito, um trabalho extremamente desgastante, eram muitos, muitos meninos para cuidar” (E2); “Há sobrecarga, o trabalho é pesado, muitos pacientes, isso pesa na mente. É muita responsabilidade e coisas para fazer, e pouco funcionário. No final do dia, eu sinto estar carregando um peso nas costas” (E5).

Para os entrevistados, ter qualidade de vida significa reduzir sobrecarga de trabalho e a quantidade de vínculos; ter saúde e estar satisfeito com a carreira; ter tempo para lazer e descanso, estar com a família. A falta de qualidade de vida no trabalho hospitalar foi um impacto amplamente abordado, inclusive como motivador para desligamento: “Eu tenho vontade de sair da área por causa da carga horária e do estresse constante em nosso dia a dia e de sair da instituição também por causa dos problemas de gestão” (E1); “Eu saí do outro hospital, que também é OS, para tratar da saúde, porque eu descompensei. Lá é muito estressante. Tive pré-diabetes, síndrome metabólica, por causa do excesso de trabalho. O problema foi o trabalho junto com outras coisas” (E2).

DISCUSSÃO

Os impactos negativos sofridos no cotidiano do trabalho hospitalar afetam significativamente a saúde e a satisfação do trabalhador, devendo ser discutidos junto à gestão e urgentemente mitigados. O salário díspar dentro da equipe assistencial, a ausência de carreiras definidas, a flexibilização dos direitos e a instabilidade no emprego se apresentaram como fatores relacionados à insatisfação no trabalho, à vulnerabilidade no emprego, ao sofrimento do trabalhador e à consequente não fixação no emprego.

Estudos anteriores (ASSUNÇÃO, 2012) mostraram que profissionais de saúde insatisfeitos no trabalho têm aumentado proporcionalmente, podendo levar ao abandono de postos de atuação. Os principais motivos são: diminuição da autonomia, aumento da pressão pela hierarquização organizacional e pelos usuários, excesso de tarefas burocráticas, pouco reconhecimento social, condições inadequadas de trabalho e os baixos salários.

O processo de recrutamento e seleção é algo que precisa ser constantemente aprimorado, consiste no início da política de gestão de pessoas e deve ser feito com a devida divulgação das atribuições de cada cargo e funções, dos requisitos, do perfil, da quantidade de pessoas (BITTAR, 1996; LAVERDE, 2000). Segundo os entrevistados, os hospitais não têm feito assim. Pelo contrário, foram citados falta de critérios e quantidade insuficiente de profissionais contratados para determinadas funções, não exigência de experiência ou de formação especializada para ocupação das vagas. As consequências foram sobrecarga de trabalho, despreparo da equipe, morte frequente de pacientes.

Quanto aos impactos negativos na saúde e na qualidade de vida do trabalhador, além de evidenciarem o desinteresse da gestão com seus empregados, impactam diretamente na qualidade do trabalho e na saúde da população (ARIAS, 2006). Políticas estruturadas e satisfatórias de RHS podem ser estratégicas e prevenir tais problemas (SANTOS-FILHO, 2007). Adotar uma gestão de recursos humanos reduzida à administração de pessoas diminui seu papel e isola a instituição, não priorizando questões essenciais à força de trabalho e ao cuidado em saúde (DUARTE e BOTAZZO, 2009). Além de qualificar o serviço, as práticas adequadas de avaliação, remuneração e desenvolvimento, assim como ações sistemáticas de aprendizado e estímulos à iniciativa, podem promover o crescimento pessoal e a motivação no trabalho (GONÇALVES, 1998).

As categorias profissionais foram impactadas de formas diferentes. Os médicos são impactados pelo melhor salário, mas também pela maior carga horária de trabalho, maior vulnerabilidade e precariedade. Eles declararam não participar da gestão, não ter vínculo nem direitos trabalhistas e precisam escolher entre ficar no trabalho ou cuidar da própria saúde. Equipes de enfermagem – enfermeiros, técnicos e auxiliares

– são impactados pelos menores salários, número excessivo de atividades e de pacientes sob seus cuidados, desvalorização, maior rotatividade na equipe.

Mundialmente, são consideradas fatores-chave para o desempenho das organizações e sistemas de saúde a disponibilidade e qualidade dos recursos humanos (MARCHAL e KEGELS, 2003). Em contrapartida, as reformas sanitárias no Brasil se apoiaram fortemente no trabalho precário (BUCHAN et.al, 2011). Há evidências de que precarização e falta de qualidade do emprego afetam severamente a saúde dos trabalhadores e da população.

A prevenção e a intervenção no adoecimento físico e mental dos trabalhadores da saúde estão conexas à superação de precariedades no vínculo de trabalho, na jornada e na remuneração. Também os aspectos como o ambiente de trabalho e a alocação de tempo em atividades e tarefas fora do ambiente laboral afetam diretamente a inserção e a fixação dos indivíduos no trabalho em saúde (UFMG, 2009).

A situação relatada na pesquisa diverge das referências do trabalho decente, digno, o qual é direito de todo cidadão (OIT, 2015). Semelhantemente, direitos não assegurados trazem o não reconhecimento da cidadania. A precariedade no trabalho pode gerar rupturas sociais e familiares, reduzir a sociabilidade, diminuir a renda e piorar as condições de vida. Falta de estabilidade provoca no trabalhador o sentimento de não pertencimento a uma instituição, classe ou categoria, afetando usuários.

No trabalhador da saúde, a precarização tende a fragilizar o compromisso com a melhoria do serviço ofertado, devido também aos limites que o profissional tem para investir em si mesmo. Isso se agrava nos modelos de gestão atuais, como o de OS, pois o próprio profissional fica responsável por se qualificar, não havendo, por parte da instituição, estímulos para o aprimoramento profissional, como políticas de incentivo financeiro ou redução de carga horária (BARBOSA, 2010).

São questões prioritárias na gestão do serviço hospitalar: produção do cuidado, busca pela qualidade, cumprimento da função, integralidade, eficiência e controle dos custos

(FEUERWERKER e CECÍLIO, 2007). No caso concreto estudado, houve evidentes falhas nas três primeiras, gerando deficiências na assistência em saúde da população.

Os novos modelos de gestão gerencial, incluindo a gestão por OS, foram idealizados com o objetivo de tornar os serviços públicos mais eficientes, qualificado, com gestão voltada para resultados (BRESSER-PEREIRA, 2000). O estudo não indicou tais avanços. Além disso, a distância e a pouca comunicação entre gestão e trabalhadores, citadas pelos profissionais, apresentaram-se como fatores prejudiciais ao trabalho hospitalar.

Os empregados também disseram não haver socialização das metas de desempenho. O alcance delas poderia refletir na qualidade e na efetividade dos serviços prestados ao público, exigidas por lei e pactuadas em contratos de gestão entre OS e poder público (BRASIL, 1998).

Análises mostram que a transferência de patrimônio público para uso da iniciativa privada, como é o caso dos hospitais gerenciados por OS, por si só, compõe o processo de precarização do serviço público, ao passo que gera vulnerabilidade, alta rotatividade e ausência de direitos. Também os funcionários públicos têm sua importância reduzida ao desqualificar e desvalorizar os trabalhadores do campo saúde pública, categoria profissional que é essencial em um Estado democrático (SANTANA, 2015).

Argumenta-se ainda que ampliar incentivos financeiros apenas para aumentar a produtividade, mantendo práticas que tratam os profissionais de saúde como simples ferramentas de produção, sem considerar as dimensões significativas do trabalho e do trabalhador, não apresentam resultados institucionais e sociais concretos e permanentes no campo da saúde. Há que se melhorar salários e incentivos financeiros, mas também instituir programas de educação, condições de trabalho, saúde, segurança, reconhecimento. Para serem efetivas, as ações da gestão do trabalho precisam ser ampliadas e ultrapassar as paredes da instituição hospitalar (DUARTE e BOTAZZO, 2009).

CONCLUSÕES

As Organizações Sociais (OS) são instituições privadas que executam os serviços sociais e científicos não-exclusivos do Estado, em troca de controle por resultados e contrato de gestão. Esse serviço prestado é realizado por meio de alto financiamento, por dotação orçamentária. Ainda os governos, além de recursos financeiros, cedem patrimônio, instalações físicas, equipamentos, pessoas, e se afastam da prestação direta desses serviços.

As OS foram criadas pela Reforma Gerencial do Estado, em meados dos anos 1990, e atingiu, principalmente, os serviços de Saúde, Educação, Cultura, Ciência e Tecnologia (BRASIL, 1997). Sendo assim, além das instituições de saúde e seus equipamentos, este estudo pode ser aplicado para outros serviços públicos gerenciados por organizações privadas em todos os entes da federação, os quais hoje abarcam também políticas de educação, cultura, ciência e tecnologia, assistência social.

A escolha da entrevista demonstrou-se um instrumento válido para coleta dos dados com os trabalhadores, considerados atores no trabalho em saúde, apoiando na definição e no refinamento das perguntas. Também foi possível perceber que o tipo de análise de dados, por meio da Teoria Fundamentada, foi adequado para gerar resultados coerentes com as necessidades e demandas do trabalho e do trabalhador-protagonista.

A sistematização das categorias de análise e organização das respostas indicaram que a separação por categorias profissionais e por setores de trabalho consiste em uma boa opção para gerar os resultados mais consistentes e apontar especificidades quando se considera a profissão, a atividade desempenhada e o local de trabalho dentro do hospital.

Também este estudo exploratório foi efetivo no direcionamento das etapas subsequentes da pesquisa maior, apontando para seu delineamento, ampliando a compreensão do fenômeno estudado (PIOVESANI e TEMPORINI, 1995), gerando resultados replicáveis nos contextos semelhantes em âmbito nacional e internacional.

Os limites na análise deste estudo deverão ser aprimorados na próxima fase da pesquisa, alguns deles são: caracterização das instituições e do tipo de gestão; descrição mais detalhada das práticas de recursos humanos em saúde; importância da relação gestão e trabalhador; fatores de satisfação e valorização no trabalho.

Conclui-se que pesquisas com trabalhadores são relevantes para apontar fragilidades institucionais e dar direções para qualificar o trabalho em saúde, portanto devem ser constantemente aprimoradas, ampliadas e publicizadas. Este estudo demonstra que os impactos do trabalho sobre os profissionais em hospitais não são causados simplesmente pelo tipo do trabalho ou do ambiente hospitalar, mas pelo tipo de gestão e pelas conseqüentes condições de trabalho a que os trabalhadores são submetidos. O tipo e a qualidade na gestão hospitalar afetam o trabalhador.

Os resultados puderam mostrar que a gestão dos hospitais públicos no Espírito Santo, feita por meio de organizações privadas, falha em não priorizar sua força de trabalho, gerando impactos negativos também na oferta e na qualidade dos serviços prestados à população. Conforme constatado, as práticas gerenciais adotadas pela gestão pública têm gerado, no trabalhador da saúde, sobrecarga de trabalho, precarização, adoecimento e perda da qualidade de vida.

Diante do desafio histórico e imperativo de romper com o trabalho precarizado e mal gerido no campo da saúde, reducionistas do papel dos trabalhadores, comprometendo a qualidade da assistência à saúde da população e falhando no cuidado à população, o qual exige excelência e primor, o exercício de ouvir o trabalhador pode elucidar e apontar caminhos para resolver problemas no planejamento e na gestão de recursos humanos em saúde.

Este estudo-piloto sugere, como passo decisivo, o aprimoramento das políticas e práticas de recrutamento, de remuneração e de desenvolvimento, incluindo ações sistemáticas que incentivem o aprendizado, a motivação, o crescimento pessoal e profissional do trabalhador.

Urge, portanto, a adoção de uma gestão fortalecida, comprometida com o trabalho e o trabalhador, que lide com as mudanças sociais, proponha transformações e valorize

o trabalho em saúde. Tal gestão precisa incluir formação contínua dos trabalhadores e consolidação intransigente dos seus direitos, priorizando a humanização e o aperfeiçoamento do cuidado no sistema de saúde, em seus diversos contextos e regiões.

REFERÊNCIAS

ARIAS, E. H. L.; VITALINO, H. A.; MACHADO, M.H.; AGUIAR FILHO, W. et al. A Gestão do Trabalho no SUS. In: **Cadernos RH Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2006. (3)1.

ASSUNÇÃO, A A. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da Saúde**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte; 2012.

BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciênc. e Saúde coletiva** (15) 5. 2497-2506, 2010.

BITTAR, O. J. N. V. Hospital: qualidade e produtividade. Editora Sarvier; 1996.

BRASIL. Lei nº 9637 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 a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**; 1998.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/ Secretaria da Reforma do Estado. Organizações sociais/ Secretaria da Reforma do Estado. Ministério da Administração e Reforma do Estado. **Cadernos MARE**, 1997 (2).

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. **Imprensa Nacional**, 1995.

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRESSER-PEREIRA, L. C.. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Jul./ago. 7-26, 2000.

BUCHAN, J. R, et al. Stress-specific composition, assembly and kinetics of stress granules in *Saccharomyces cerevisiae*. **J Cell Sci**, 124 (Pt 2):228-39. 2011.

DUARTE, I. G., BOTAZZO, C. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Rev. Adm. Saúde** (11) 45, 2009.

DUSSAULT, G., DUBOIS, C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Hum Resour Health**, 1, 1. doi:10.1186/1478-4491-1-1, 2003.

FERNANDES, L. E. M. Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde. [**Dissertação de Mestrado**]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória. 2017.156 f.: il.

FEUERWERKER, L. C. M., CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** (2)4. 965-971. 2007.

GLASER, B. G; STRAUSS, A. **The Discovery of Grounded Theory: Strategy for Qualitative Research**. New Burnswick, London: Aldine; 2006.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, Jan-Mar, (38)1, 80-90, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil: 2016**. Coordenação de Cadastro e Classificações. - Rio de Janeiro: IBGE; 2019. <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101647.pdf>>

LAVERDE, G. P. Recursos Humanos. Cap. X. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. (2). Editorial Médica Internacional; 2000. Buenos Aires, Argentina. Trad. Antonio Francisco Dieb Paulo. Editora Guanabara Koogan S.A.

MARCHAL, B.; KEGELS G. Health workforce imbalances in times of globalization: from Brain drain or professional mobility. **The International journal of health planning and management**, 18 Suppl 1. S89-101. 10.1002/hpm.720. 2003.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social**. Laís Abramo. Genebra: OIT; 2015. ISBN: 978-92-2-829683-9 (print); 978-92-2-829684-6 (web pdf).

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030** [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; de 20 a 28 de maio del 2016; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2016 (resolução WHA69.19) [consultado em 13 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável** [Internet]. Septuagésimo Período de Sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; de 15 de setembro de 2015 a 12 de setembro de 2016; Nova York. Nova York: ONU; 2015 (documento A/RES/70/1) [consultado em 13 de março de 2017]. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, Unidade de Recursos Humanos para a Saúde. **Informe sobre medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud**. Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Documento de trabalho).

PIOVESAN, A., TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública** Ago; 29(4): 318-325.1995 .<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>>

RYAN, G. W.; BERNARD, R. **Techniques to Identify Themes**. Field Methods; (15)1, 85–109. 2003.

SANTANA, V. G. D. Os diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as implicações de gestão do trabalho em saúde. **[Dissertação de Mestrado]**. Centro de Pesquisas Ageu Magalhães; 2015.

SANTOS-FILHO, S B. Um olhar sobre o trabalho em Saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizaus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva; 2007.

SCHEFFLER, R., COMETTO, G., TULENKO, K., BRUCKNER, T., LIU, J., KEUFFEL, E. L, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (**HumanResources for Health Observer Series**, Issue No. 17) [consultado em 14 de março de 2017]. Disponível em inglês em:<<http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>>

SILVA FILHO, A. P., BARBOSA, J. C. O potencial de um estudo piloto na pesquisa qualitativa. **Reveduc**; v.13, n.3, p. 1135-1155, set. /dez. DOI: <<http://dx.doi.org/10.14244/198271992697>> 2019

SPRADLEY, J P. **The Ethnographic Interview**. Belmont, CA: Wadsworth Group & Thomson Learning; 1979.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/ UFMG; 2009, Coopmed (2).

5.2. ARTIGO 2

Recursos Humanos em um hospital público gerenciados por Organizações Sociais de Saúde: aspectos organizacionais, demandas e percepções dos trabalhadores.

INTRODUÇÃO

A temática Recursos Humanos (RH) para a saúde como principal estratégia para atender às necessidades da população tem sido pauta importante nas agendas mundiais, nos últimos anos (OMS, 2015; ONU, 2016). No entanto, há subvalorização dos profissionais de saúde e uma percepção frequente de que o trabalhador é uma despesa para a instituição e não um agente de cuidado para melhorar a atenção à saúde da população. Há também iniquidades na qualidade dos profissionais da saúde e precariedades nas condições de trabalho, gerando baixas na qualidade e no desempenho do serviço (SHEFFLER et.al., 2016).

Queiroz, Albuquerque e Malik (2013), a partir de estudos na área de RHS, mostraram que os desafios das instituições da saúde não estão no desenvolvimento de inovações tecnológicas e sim na superação de aspectos organizacionais e culturais enraizados na prática assistencial, devido à natureza incerta e arriscada do trabalho, às características da força de trabalho, aos sistemas de controle e mensuração de desempenho.

Araújo, Freitas e Araújo (2021) verificaram, apesar das lacunas na literatura e nas pesquisas, que a ausência de efetividade na gestão de RH na área da saúde se relaciona à falta de preparação dos profissionais para atuarem de forma a promover a saúde integral, aos problemas de remuneração e às situações de precarização do trabalho.

As Organizações Sociais (OS) surgiram no Brasil, na reforma do Estado, em meados de 1990, como uma “Nova Administração” que defendia a implementação de um modelo de administração gerencial, de decisões e de ações orientadas para resultados, cujo foco são os clientes e usuários dos serviços estatais. Ela propunha

que o Estado tomasse as principais decisões estratégicas a partir da formação de agências executivas, que seriam reguladoras e mais autônomas que as burocracias estatais (MARE, 1995). O objetivo central do Estado foi legitimar a transferência da responsabilidade das atividades não exclusivas, como saúde e educação, para a iniciativa privada que se autodeclara sem fins lucrativos, sob a justificativa de menor custo financeiro e de atendimento de melhor qualidade à população, quando comparado ao prestado pela administração pública (BRASIL, 1998).

A inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS) na reforma ou contrarreforma (BEHRING, 2008) do Estado teve como foco inicial os hospitais públicos e foi justificada pela necessidade de contratação de pessoas sem os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), oficialmente Lei Complementar nº 101, a qual impõe ao poder público o controle dos gastos, como o de pessoal. Outro imperativo seria o de aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde pública, mediante o planejamento conjunto e a realização de acordos que contemplem metas e indicadores de desempenho a serem alcançados pelo grupo dos agentes públicos e privados que integram o sistema de saúde.

Os hospitais foram os primeiros e os principais equipamentos do SUS incluídos nesse processo (BRESSER-PEREIRA, 2000). Estudá-los é relevante, pois são os serviços de saúde mais expressivos e mais onerosos (FERNANDES et. al, 2008) do sistema, exigindo da gestão pública parte significativa do financiamento público.

Também os hospitais são integrantes da Redes de Atenção à Saúde - RAS, que devem atuar de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que coordena o cuidado e ordena na rede. Os serviços hospitalares, além da assistência, são espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS (BRASIL, 2013). Assim, uma das ações-chaves seria transferir a gestão pública dos hospitais para a gestão privada das Organizações Sociais de Saúde (OSS), as quais gerenciariam os serviços de saúde por meio de contratos de gestão celebrados com o Poder Executivo e nos âmbitos federal, estadual ou municipal (BRASIL, 1998).

O documento “Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” (MARE, 1998) afirma que as OSS compõem a adoção de modernas técnicas de gestão que valorizam a busca por resultados, promovem qualidade do atendimento ao cidadão, maior competitividade e um controle mais firme dos serviços hospitalares e ambulatoriais financiados pelo SUS, reduzindo custos e otimizando sua gestão operacional e administrativa.

Ao investigar a gestão de contratos e a de recursos humanos nas OSS do Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo e também ao entrevistar gestores do Espírito Santo da área hospitalar, Fernandes (2017, 2019) apontou que, apesar de as OSS declararem que possuíam política de gestão de pessoas instituída, os contratos com o poder público omitiam informações sobre o processo de recrutamento e de seleção e autorizavam cessão de servidores efetivos, quarteirizações e pejetizações.

O SUS e suas normas de RH não foram adotados como princípio para as práticas de RH nas OSS, não destinavam recursos financeiros para gestão de RH nem tinham essa área monitorada pelo órgão gestor público. A eficiência e a qualidade dos serviços prestados não foram comprovadas nessa área, já que relataram não possuírem meios nem equipes para medirem tais questões (FERNANDES et al, 2018).

Cegatti, Carnut e Mendes (2020) verificaram que, dos 28 trabalhos que expressaram os impactos da terceirização, incluindo por OSS, no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores, entre os anos 2006 e 2018, apenas 7 retrataram repercussões das terceirizações nos trabalhadores. Também a quantidade de estudos da gestão de recursos humanos nas OSS em serviços estaduais de saúde no Brasil é pequena. Foi encontrado 1 em São Paulo (DUARTE e BOTAZZO, 2009); 2 estudos em Goiás (BARBOSA, 2010; VIEIRA, 2013); 1 estudo em Pernambuco (SANTANA, 2015; SANTANA e NETO, 2017), e 1 no Espírito Santo (FERNANDES, 2017, FERNANDES, et.al 2018).

Este estudo visou aprofundar e discutir a necessidade de melhoria no trato com os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro que atuam nos hospitais e analisar os impactos da gestão terceirizada neles, assim o objetivo foi evidenciar e

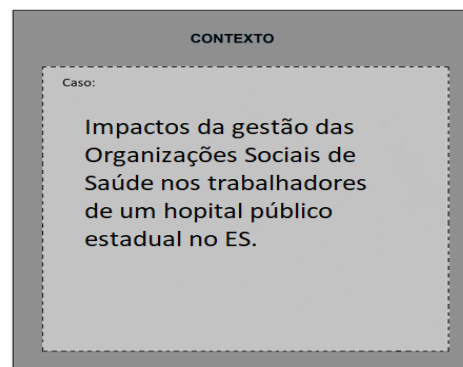
analisar aspectos organizacionais e de recursos humanos nas organizações sociais que gerenciaram um hospital estadual no Espírito Santo e investigar como as políticas e práticas de gestão de pessoas adotadas por essas instituições privadas afetaram os trabalhadores desse hospital.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa científica aplicada, de abordagem qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso único (Yin, 2015). Além da revisão bibliográfica, foram utilizadas análise documental e de arquivos, observação direta e entrevistas como principais instrumentos na coleta de dados.

Consistiu em um estudo de caso realizado em 2019, em um hospital estadual com gestão privada de OSS no Espírito Santo, localizado na região metropolitana da capital, Vitória. O estudo de caso está representado pela figura 1, a seguir.

Figura 1 – Estudo de Caso único



Fonte: Yin, 2015, p.53 (adaptada)

No momento do estudo, apenas um dos quatro hospitais estaduais gerenciados por OSS possuía mão de obra mista, com alguns profissionais que eram servidores vinculados ao órgão público e cedidos para OSS e outros com vínculo com a OSS. Também no grupo de profissionais vinculados à OSS, havia aqueles considerados pessoa jurídica (PJ), os quais atuavam como prestadores de serviço do hospital.

Além da observação participante, foram feitas entrevistas com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram efetuadas durante 4 meses, de outubro de 2019

a janeiro de 2020, com trabalhadores de diversas profissões, cujas características estão apontadas no quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização profissional dos entrevistados

Equipe/ Sigla	Médica (MED)	Enfermagem (ENF)	Equipe Multiprofissional (EQM)	Administrativa (ADM)
Quantidade de Profissionais / Formação e Cargo	1 Anestesiista	5 Técnicos de enfermagem	1 Assistente Social	1 Recursos Humanos
	1 Médico do Trabalho	5 Enfermeiros coordenadores	1 Psicólogo	1 Comunicação
	1 Residente	5 Enfermeiros assistenciais	1 Fisioterapeuta	1 SESMT
	2 Neonatologistas		1 Fonoaudiólogo	1 Limpeza
	2 Pediatras		1 Nutricionista	1 Portaria
	1 Cardiologista		1 Farmacêutico	1 Recepção
	1 Psiquiatra		1 Coordenador	1 Monitoramento e Gestão
1 Ginecologista e Obstetra			1 Diretoria	
Total: 40	10	15	7	8

Fonte: Elaboração própria

A análise dos dados foi feita por meio das técnicas da *Grounded Theory*, Teoria Fundamentada nos Dados, com codificação criteriosa e metodologia comparativa, resultando em quatro categorias empíricas: Admissão, Gestão de Pessoas, Gestão e Qualidade, Saúde e Qualidade de Vida. Neste artigo, encontram-se os resultados referentes às categorias Admissão e Gestão de pessoas.

Na análise, foi utilizado o software de análise de dados qualitativos MAXQDA 1, disponibilizado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), o qual facilitou a codificação e a indexação de textos e as informações coletadas.

No estudo, os termos 'recursos humanos' e 'trabalhadores', e os termos 'gestão do trabalho' e 'gestão de recursos humanos' foram usados como sinônimos. A pesquisa atendeu às normas éticas brasileiras exigidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre Pesquisa com Seres Humanos, incluindo a obtenção do consentimento informado dos envolvidos e aprovação na Plataforma Brasil pelo registro CAAE nº 52909416.1.0000.5073.

O nome da organização em que foram realizadas as entrevistas e dos profissionais foram omitidos no registro dos depoimentos. Esses foram identificados no texto por uma sigla, referente à equipe profissional à qual pertence, seguida um número ordinal aleatório, que foi de 1 até a quantidade total de participantes de cada área.

RESULTADOS

Os resultados gerados, a partir das entrevistas com as equipes profissionais do hospital, mostraram aspectos organizacionais mais relevantes para eles, a necessidade e o anseio do trabalhador em ter políticas de gestão de recursos humanos descritas e implementadas no local de trabalho.

Foi quase unânime a percepção de que a gestão de pessoas deveria ser uma área mais atuante no campo da saúde, pois são escassos trabalhos bem estruturados desse tipo. No hospital em que ocorreram as entrevistas, não havia tal política estruturada: "Somos 800 funcionários, muita demanda e equipe pequena; ter um RH estratégico é um desafio, ainda temos muito de departamento pessoal" (ADM 7).

De acordo com os resultados, os depoimentos apontaram quatro áreas importantes em uma política de gestão de pessoas satisfatória e bem estruturada: 1. Recrutamento e Seleção; 2. Fixação; 3. Comunicação; 4. Qualidade. Os relatos mostraram a importância dessas áreas numa gestão hospitalar por meio de OSS.

1 Recrutamento e seleção

As primeiras questões referiram-se à forma de ingresso, ao vínculo e à motivação para começar o trabalho no hospital. Os profissionais da área administrativa, a equipe multidisciplinar e de enfermagem, em sua maioria, foram contratados por meio de processo seletivo com análise de currículo, contudo as etapas não estavam padronizadas nem centralizadas no setor de gestão de RH.

Os currículos podiam ser enviados diretamente aos correios eletrônicos hospital, por meio do Sistema Nacional de Emprego (SINE), inseridos no site da OSS ou entregues impressos.

Na seleção, em maior parte dos casos, não foi exigida experiência. A gestão da equipe de enfermagem, durante o momento da pesquisa, fazia prova de conhecimentos específicos para selecionar candidatos, por iniciativa da gerência imediata, porém não se tratava de uma política institucionalizada.

Já os médicos do quadro eram concursados ou convidados por colegas e pela direção do hospital, ou inseridos na equipe por meio de cooperativas de trabalho. Os médicos residentes costumam já atuar como plantonistas durante o período de residência e, depois de finalizar, tiveram a oportunidade de formarem equipes de especialistas.

Não havia processo seletivo interno no hospital, ou seja, seleção de candidatos já inseridos no quadro do hospital para outras oportunidades de vagas, o que tinha era “‘um boca a boca’, falamos com a coordenadora da área sobre a vaga, entramos em acordo e fazem a transferência”, afirma um membro da enfermagem. "Não é política do hospital, mas é possível trocar área e função. Se o profissional for bom e a empresa quiser continuar com ele, vão colocá-lo em um setor mais viável", diz outro enfermeiro.

O vínculo profissional mais comum no hospital foi o celetista, por meio de contratos feitos diretamente com a OSS. As exceções são os profissionais servidores efetivos da SESA e os prestadores de serviços como pessoa jurídica (PJ). Muitos profissionais que compõem a equipe administrativa, porteiros, recepcionistas e da higienização e limpeza costumam ser terceirizados por outras empresas, mas não os dessa gestão.

Sobre os motivos apresentados para iniciar o trabalho nesse hospital, cerca de 47% responderam que foram motivados pelo interesse na área e na nova experiência. 23% das respostas justificaram que começaram o trabalho pela necessidade de ter um emprego ou mais uma fonte de renda. Trabalhar perto de casa e ter a segurança do concurso público versaram 9% das respostas.

Os motivos ‘boa estrutura’ e ‘retaguarda’ ocuparam 7% das respostas. Por ‘retaguarda’, entende-se apoio de outras áreas e profissionais para o diagnóstico ou tratamento. O termo ‘salário favorável’ abarcou apenas 5% das respostas.

2 Fixação

A pesquisa mostrou muitos desafios no cotidiano de trabalho no serviço hospitalar envolvendo a fixação de pessoas. Os depoimentos apontaram, principalmente, que, para manter um quadro qualificado de profissionais na instituição havia a necessidade de atuar nas causas do absenteísmo e da rotatividade, de aumentar a valorização do trabalhador e de priorizar a satisfação no trabalho. Os principais relatos foram separados por assunto e estão analisados a seguir.

2.1 Absenteísmo

Mesmo sem uma pergunta direcionada, o absenteísmo foi apresentado como um problema grave para muitos setores. O absenteísmo apareceu como uma das causas da sobrecarga. Falas como: "colega que vai faltando, faltando, te sobrecarrega. Você vai atender outra enfermagem, e isso pesa realmente", afirmou um profissional enfermagem. Também um funcionário do quadro administrativo disse: "todo mundo precisa trabalhar e vai aguentando, na falta de outra oportunidade, aumenta o absenteísmo", vinculando as faltas ao cansaço e ao receio do desemprego.

Outro profissional de enfermagem ponderou: "(...) o número de faltas é grande. Muitos faltam e não avisam o porquê. Alguns parecem faltar para serem demitidos", supondo haver desinteresse pelo trabalho, unido ao desejo de acessar o recebimento pecuniário dos direitos trabalhistas. O depoimento mostrou que o descompromisso do empregado e o desestímulo são expressos nas faltas não justificadas ou em "atestados de um dia", argumentou uma enfermeira.

Outra causa apresentada em alguns setores para as faltas foi a dificuldade no relacionamento interpessoal, o que teria trazido reflexos tanto na organização do trabalho e na sua qualidade, como na satisfação do empregado.

2.2 Rotatividade

A rotatividade de profissionais, ou *turnover*, no serviço foi uma temática abordada com frequência pelos entrevistados, em diversos momentos da pesquisa. Ela se mostrou um impacto relevante na qualidade do trabalho e dos serviços prestados.

As principais causas elencadas foram a baixa remuneração e o trabalho precarizado. Um enfermeiro pontuou: “A terceirização é ruim em muitos aspectos. Os salários são baixos, a desvalorização profissional é muito alta, aumentando muito a rotatividade de funcionários. Há rotatividade em todos os níveis, direção, gerências e coordenações” (ENF. 14).

As principais consequências da rotatividade relatadas foram: aumento de gastos para contratar e treinar novos profissionais e dificuldade em dar continuidade aos projetos iniciados.

2.3 Valorização

Nos depoimentos, os termos ‘valorização’ e ‘reconhecimento’ foram frequentemente usados como sinônimos. Seguem trechos ditos em diversos setores sobre a falta de valorização do trabalhador: “Na área da saúde e no serviço público, a falta de reconhecimento é uma realidade”. “Hoje está assim, patrão manda e trabalhador obedece”. “Tanto o estado quanto as empresas pecam muito por não reconhecerem o esforço que o profissional da saúde faz”. “Poucas empresas valorizam o trabalhador como deveriam”.

A valorização do trabalhador, inclusive financeira, melhora o serviço prestado, acreditam os entrevistados. Um enfermeiro afirmou: “Gosto do que faço e sei que meu trabalho tem impacto na vida das pessoas. Um acréscimo no salário é uma forma de valorizar o profissional, uma política de gestão para valorização daria qualidade ao trabalho no hospital.” Outro enfermeiro reclamou da falta de reajustes: “O salário que ganho hoje é o mesmo que ganhava há 10 anos”.

Além da necessidade de remuneração adequada, os resultados fizeram outros apontamentos que valorizam o profissional: tratamento respeitoso do gestor e do

usuário, *feedbacks* frequentes no trabalho, direitos incorporados na carreira, condições adequadas de trabalho.

Condições de trabalho dignas estão entre as mais citadas por todas as categorias profissionais; estão como formas de reconhecimento e de garantir direitos. Por sua vez, a falta de reconhecimento e de condições de trabalho adequadas causam desmotivação e adoecimento no trabalhador da saúde, afirmaram.

Alguns membros da equipe de enfermagem apresentaram que a valorização recebida é desproporcional à importância e ao volume de trabalho. Para eles, valorizar é dar oportunidades, perceber sua importância e suas necessidades. A fala a seguir exemplifica:

Num hospital, a demanda maior é para enfermagem, porém somos uma classe totalmente pressionada e desvalorizada na saúde. Se der errado, foi alguém da enfermagem que fez. Difícil a enfermagem receber mérito pelo feito correto. Depois da remuneração, valorização é reconhecimento da pessoa e do trabalho. É o elogio, o agradecimento, é dizer que a pessoa faz falta e investir no profissional. Investir é dar oportunidades, entender que ele é ser humano com necessidades e problemas (ENF.15).

Muitos médicos disseram não serem valorizados. No caso dos que trabalham em regime de PJ, há complicadores para tanto: recebimento remuneratório atrasado, assédio e falta de direitos trabalhistas. Houve dois depoimentos que mostraram isso.

O primeiro relato trouxe: “Ser valorizado aqui é ter uma resposta da gestão quanto à data do pagamento. Falo de direito, não de favor. O que mais dói são as ameaças de ser substituído, que a gente escuta aqui. Não reconhecem que o serviço anda porque o profissional está aqui. Falta resposta, falta empatia”. Já o outro relato foi ainda mais objetivo: “Trabalhar como PJ é bem ruim, é péssimo. É uma desvalorização do profissional, uma forma de desmerecê-lo porque não oferece garantias de estabilidade nem direitos trabalhistas”.

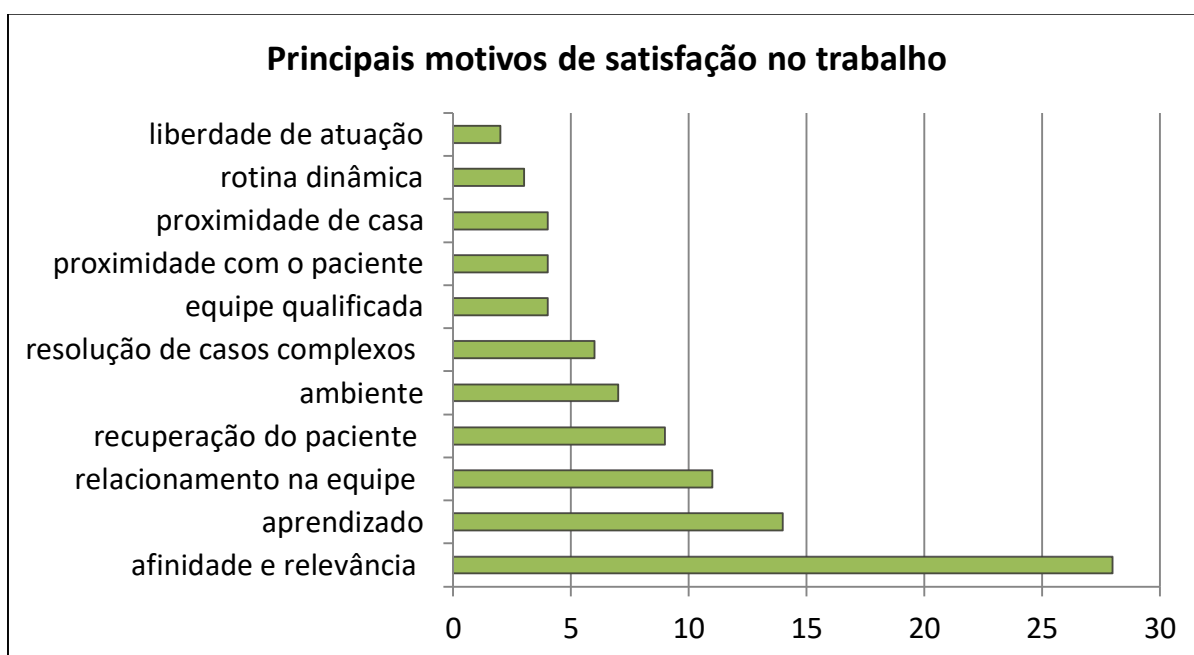
2.4 Satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho foi considerada pelos entrevistados como peça propulsora da qualidade e do desempenho no trabalho hospitalar. Um médico afirmou convictamente que:

(...) ter um funcionário satisfeito é melhor que ter um que bate-metas. Meta por meta não adianta, a pessoa termina e sente como se não tivesse feito nada. Mas, se ele estipula o quanto pode fazer, ele se compromete. Tem que homenagear e remunerar o esforço do empregado (MED. 2).

O gráfico 1, a seguir, traz os motivos de satisfação no trabalho apresentados na entrevista, dos menos citados para os mais importantes:

Gráfico 1 - Principais Motivos de Satisfação no Trabalho



Fonte: Elaboração pelos autores

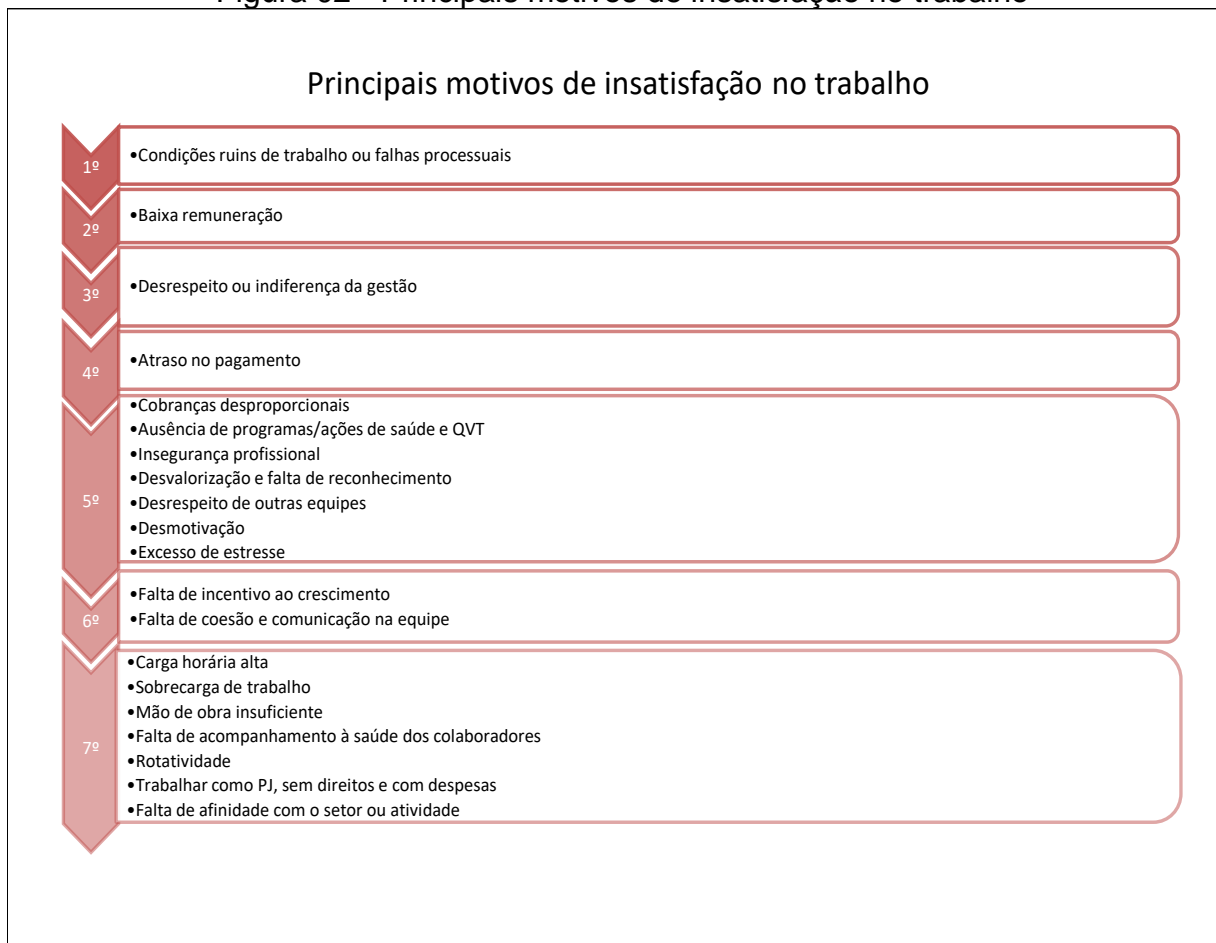
“Afinidade e relevância” foram o principal motivo de satisfação no trabalho. A satisfação para a maioria dos entrevistados se dá pela afinidade com o tipo de trabalho. Um integrante da equipe multidisciplinar disse: “Tenho paixão pela área hospitalar. São experiências fortes que fazem toda a diferença. Estamos aqui para ser ponte e facilitar processos. Aprendemos demais”. Esse motivo teve o dobro de citações do segundo lugar: “aprendizado”.

O item “recuperação do paciente” também teve destaque. Um profissional que atua em vários setores endossou sobre a oportunidade de participar do incremento da qualidade de vida e da autonomia dos pacientes: “é um trabalho relevante, ajudar a melhorar a qualidade de vida e autonomia do paciente traz muita satisfação”. Os

motivos “relacionamento na equipe” e “ambiente” também foram condição de satisfação bastante citada por vários profissionais de saúde.

Outro resultado mostra os motivos causadores de insatisfação no trabalho do profissional de saúde. A figura 02, a seguir, apresenta suas 9 posições.

Figura 02 - Principais motivos de insatisfação no trabalho



Fonte: Elaboração da autora

As questões que geraram insatisfação são situação concretas e não exatamente o oposto daquelas que geram satisfação. Elas retrataram, principalmente, ações e omissões da gestão e o contexto social das profissões que atuam na saúde pública no país.

As condições de trabalho ocuparam o topo da lista, como exemplifica a fala de dois médicos: “Gosto do atendimento e do que faço, mas as condições do serviço me

impõem limites de intervenção”. “O que me deixa muito insatisfeita são os entraves. Sinto-me frustrada em sair daqui hoje deixando pacientes na enfermaria que poderiam ter alta, se os resultados dos exames saíssem. Também tem as pacientes que vão ficar sentadas em cadeiras aqui fora porque não tem leito disponível lá dentro (MED.10).

Outro causador de insatisfação dos profissionais foram os “complicadores sociais”, nome dado pelo entrevistado da equipe multiprofissional para as situações sociais vividas pelos usuários, as quais foram: abandono, violência sexual, pobreza, fome – isso também adocece mentalmente a criança. Ele lamentou: “Mesmo fazendo denúncia, a situação permanece. Essas coisas frustram, estão fora do seu alcance”.

3 Comunicação

Ampliar conversas, criar relacionamentos e vínculos, interagir por meio de atividades, *feedbacks* e desenvolver relações interpessoais fluidas e saudáveis foram consideradas pelos entrevistados atitudes essenciais na comunicação interna e, conseqüentemente, na execução do trabalho com qualidade.

As falas dos profissionais de diversas formações e setores mostram que deveria vir, principalmente das chefias, a iniciativa de melhorar a comunicação: “falar, elogiar, apontar quando a pessoa acerta ou erra, em vez de brigar, é importante. Ajudaria bastante ensinar como é o certo e não simplesmente dizer que está errado”; “faltam reuniões na equipe para interagirmos. Oportunidades de falar e de se esvaziar facilitariam, para refletir melhor sobre o processo de trabalho e aceitar as situações”; “conversar melhorar o trabalho e trazer união para a equipe. Toda vez que é oportunizado ao empregado se manifestar, ele relaxa, aceita orientações, e o fluxo do serviço melhora”.

Deficiências na comunicação dentro da OSS foi um ponto bastante enfatizado nas entrevistas, citando que, em muitas mensagens, quando eram passadas - pois muitas não o eram -, não havia bom entendimento. As falas também responsabilizaram o setor de RH por não aprimorar a comunicação com os empregados e ainda apontaram

falhas nos cursos técnicos e acadêmicos que não ensinam sobre a importância da comunicação no trabalho em saúde.

As falas da equipe médica reclamaram que, com a OSS, não houve mais possibilidade de os médicos participarem das decisões ou discuti-las junto à gestão do hospital: “Ficou meio nebulosa a relação com a gestão. Não sei explicar, é desconfortável, não há discussão para as decisões, mas imposição do tipo 'daqui para frente vai ser assim’” (MED.10). Outro médico trouxe o problema da hierarquização na comunicação e do medo de questionar decisões:

A comunicação é feita por escrito ou expressa pelo coordenador, sem trocas nem feedbacks com a equipe. Se os gestores acompanhassem, visitassem mais o hospital, veriam as dificuldades. Não temos relação com o gestor, não há liberdade para falar com eles qualquer coisa que seja, só podemos falar com o coordenador. Obedecemos porque temos medo de sofrer retaliação (MED.7).

Já a relação da equipe de enfermagem com a gerência mostrou-se mais humana, acessível, horizontalizada, respeitosa, como se vê no seguinte relato:

Nós da enfermagem temos livre acesso à coordenação e à gerência. Fazemos sugestões e algumas são acatadas. Há acolhimento aos funcionários, liderança compartilhada e democrática. A gente consegue conversar, não existe repressão, há liberdade de expressar se estamos satisfeitos ou não. Essa interação gera mais satisfação no trabalho (ENF.8).

Também as afirmações de um enfermeiro e de um técnico de enfermagem trouxeram que comunicação, compreensão e empatia andam juntas: "A gente consegue alinhar alguns pontos com nossa gerência e chefia, os dois lados cedem um pouco, e vamos caminhando juntos"; "Passei por um problema na família super difícil de conciliar com o trabalho, mas tive a compreensão e o respeito da gestão”.

Além disso, foi pontuado por profissionais de diferentes categorias que diálogos e bons relacionamentos entre pessoas e setores são determinantes na prevenção de doenças do trabalhador e fundamentais na satisfação no trabalho.

4 Qualidade do trabalho

Os resultados apontaram 7 (sete) principais fatores que dão qualidade ao trabalho em saúde, ainda que não houvesse sido questionado acerca de uma política de gestão

para qualificar o trabalho em saúde. Cada assunto será considerado a seguir, que são: 1. Educação permanente; 2. Gestão colaborativa; 3. Carga de trabalho e remuneração adequadas; 4. Processo de trabalho organizado; 5. Trabalho em equipe; 6. Condições de trabalho adequadas; 7. Mão de obra suficiente.

Cabe registrar que esses pontos foram amplamente referenciados pelos entrevistados como deficientes no hospital pesquisado.

4.1 Educação Permanente

Cerca de um terço dos entrevistados não sabe se existe educação permanente no hospital nem o que essas palavras realmente significam: "Nem saberia te responder sobre isso. Eu não vejo aqui, se tem, não sei nem nunca fiz", trecho dito por um técnico de enfermagem. Frases como essas foram ouvidas de muitos trabalhadores do hospital, de diversos setores e categorias profissionais.

Os outros dois terços demonstraram ter compreensão do termo e concordaram que educação permanente é um processo pedagógico necessário aos profissionais de saúde, o que implica necessariamente a melhoria da formação profissional e da qualidade da assistência.

A opinião de que a educação permanente não acontece da forma adequada às necessidades do serviço, das equipes e dos usuários foi bastante comum. Na maioria dos relatos, acredita-se que o hospital não está adequado às exigências da legislação.

Os motivos mais citados, para tanto, foram: falta de equipe suficiente no setor responsável, limitado a alguns trabalhadores; excesso de rotatividade de profissionais no hospital; ausência de planejamento contínuo e elaborado coletivamente. O depoimento de um integrante da equipe multiprofissional exemplifica: "A educação permanente aqui é pouco engajada, há alguns treinamentos, mas estão voltados para a área da enfermagem. Não inclui todas as categorias, não há um vínculo significativo com o RH nem é para todo trabalhador do hospital".

Os entrevistados também citaram que, desde o planejamento até a execução das ações, deve-se envolver todas as categorias profissionais e setores do hospital. Contudo, as iniciativas partem da gerência e dos coordenadores de enfermagem e focam no núcleo assistencial. As áreas administrativa, médica e multiprofissional não eram incluídas. Um entrevistado do grupo administrativo questionou: “A qualidade do serviço e o acolhimento começam na recepção. Se uma mãe com o filho é bem atendida na entrada, entra diferente para falar com o médico”.

As ações citadas incluíram palestras e ações ligadas a datas comemorativas; treinamentos, muitos deles, pontuais e fragmentados; atividades e cursos para atenderem demandas técnicas de determinado setor ou orientações do Ministério da Saúde (MS).

No caso dos médicos, disseram ser preciso buscar a melhoria da sua formação em instituições externas e custeá-la: “(...) para fazer um curso de aperfeiçoamento, temos que pagar ou nem temos essa possibilidade” (MED.9). Houve citações acerca das dificuldades em ter liberação da chefia para estudar e em se conseguir substitutos para o trabalho, em caso de ausência.

Ainda houve quem defendesse que a adesão às atividades educativas deveria ser mais estimulada ou até ser obrigatória, incluindo-as por meio de incentivos financeiros. Um enfermeiro relatou: “Aqui a participação gera hora extra, mas não é obrigatória, poucas pessoas aderem. Um *plus* financeiro em troca de estudar é uma estratégia que motiva”.

Além de qualificar o serviço e produzir conhecimento, a educação permanente mostrou-se como um caminho para a reflexão e também para a valorização e a fixação do profissional. As falas de diferentes profissionais exemplificam: “Temos poucas ações educativas, é uma forma do funcionário se sentir importante” (ADM. 5); “Depois de fazer a mesma tarefa várias vezes, a pessoa aprende. Mas, parar para analisar é algo a ser desenvolvido. Isso é fundamental para o enfermeiro, mas é um valor ainda não estabelecido neste trabalho” (ENF. 7); “O que segura funcionário no trabalho é investir para ele crescer intelectualmente” (MED.2).

Condições importantes citadas para a educação permanente efetivar-se no serviço foram: planejamento, continuidade, participação coletiva, proximidade com a universidade. As duas falas mostraram: “A educação permanente tem que ser constante e com o tema sugerido pelo setor a partir das dificuldades encontradas” (ENF.6); “Este é um hospital-escola, por que não ampliar a parceria com a universidade? Poderíamos planejar e produzir manuais técnicos, elaborar indicadores, metodologias. Só palestra não adianta” (ADM.7).

Ainda foram citadas a necessidade de desenvolver pesquisas e promover discussões com conteúdo amplo e crítico: “Temos treinamentos de protocolos específicos importantes, mas a educação também deveria incluir assuntos sociais” (EQM.2). Compreensão da totalidade e desenvolvimento de habilidades como empatia, acolhimento, escuta, respeito foram mencionadas como possíveis de serem aprendidas e importantes no cuidado em saúde.

4.2 Gestão colaborativa do trabalho e dos recursos

As entrevistas mostraram a necessidade que o trabalhador tem de ser ouvido e de participar dos processos decisórios institucionais. Os relatos a seguir comparam a gestão direta com a OSS: “na gestão pública direta eram mais abertos a ouvir ideias e opiniões, mesmo que não fossem aceitas. Agora dizem 'é assim e acabou', se fecharam, privaram os funcionários de participar” (ADM.8). “Aqui no setor não existe essa escuta ao trabalhador, também não existia quando era Estado. Sugestões dos funcionários podem melhorar a qualidade do trabalho.” (MED.5).

Os resultados mostraram que estabelecer qualidade aos serviços de saúde só é possível mediante uma gestão colaborativa do trabalho e dos recursos disponíveis para fazê-lo. O trecho a seguir exemplifica a opinião de muitos entrevistados: “Somente uma empresa com visão organizacional hospitalar vai organizar bem o trabalho, mas tem que ser em conjunto. A gestão que funciona é a compartilhada, mostra melhores resultados” (ENF.13).

4.3 Carga de trabalho e remuneração adequadas

Instituir carga horária adequada de trabalho e uma política remuneratória que valoriza o empregado é urgente no hospital, disseram os entrevistados. Essas iniciativas poderiam aprimorar a qualidade do trabalho, ampliar o comprometimento do trabalhador e diminuir a rotatividade. É o que a fala a seguir expressa:

Duas funcionárias daqui tiveram aumentada a carga de trabalho com a troca da OSS. O salário, que já era insatisfatório, baixou. Isso tem reflexo, prejudica muito o hospital, causa uma queda progressiva em relação à qualidade do trabalho. Um trabalhador exposto ao *burnout*, causado por um estresse desse nível, acaba desistindo do trabalho (MED.5).

Alternativas sugeridas por diversos entrevistados foram: aumentar o número de profissionais em alguns setores e instituir um plano de cargos e salários em todo o hospital.

4.4 Processo de trabalho organizado

A organização e o aperfeiçoamento do processo de trabalho foram tratados pelos profissionais como um qualificador essencial do trabalho em saúde. O relato de um enfermeiro demonstrou: "Tem partes do processo de trabalho mal alinhadas que precisamos adequar. São fluxos que não estão bem definidos, que fazemos de um jeito hoje e amanhã de outro" (ENF.8).

Há necessidade de prevenir erros no processo de trabalho e dividir melhor as tarefas, pontuaram os depoimentos:

Erros no desenho do processo de trabalho são uma grande dificuldade aqui. Setores que fazem coisas que não tem nada a ver com sua competência, mudam o foco do trabalho e geram muito estresse. É o caso do ambulatório de pediatria que incorporou a emergência obstétrica, passando a fazer a admissão da maternidade (ENF.13).

Quando todo mundo tem que fazer tudo, todo mundo erra. No meu setor, todo mundo faz tudo, recebe errado, etiqueta errado, guarda errado. Com pessoas específicas para cada tarefa, elas serão boas naquilo (EQM.2).

Melhorar o controle dos materiais recebidos e utilizados e dar mais atenção à leitura dos prontuários e das prescrições também foram ações necessárias apontadas para organizar o processo de trabalho no serviço.

4.5 Trabalho em equipe

Os resultados apontaram que, mesmo se for ampliado o número de pessoas, para qualificar o trabalho e o atendimento à população, é preciso um esforço compartilhado. Os grupos precisam ser unidos, empenhados, tecnicamente capazes e motivados. Sobre isso, um médico falou: “A equipe do setor é unida e muito empenhada. Fazemos bastante coisa junto às coordenações, com qualidade. Temos excelente atendimento, boa parte clínica e de exames” (MED.7).

De acordo com os relatos, uma equipe que acolhe e inclui o profissional recém-chegado também traz satisfação no trabalho. Quanto ao gestor, cabe reconhecer, fortalecer e ampliar as equipes para evitar sobrecarga, disseram os profissionais.

4.6 Condições de trabalho adequadas

Este foi um assunto necessário e urgente citado por praticamente todos os entrevistados. Os profissionais relataram situações que apontaram condições inadequadas de trabalho, as quais impediram de aumentar o volume de atendimento e de qualificarem trabalho.

Uma enfermeira reconhece as limitações impostas pela ausência de manutenção estrutural e de materiais adequados. Duas enfermeiras de setores diferentes disseram: “Precisamos melhorar a assistência, mas para isso o carro tem que estar disponível. Também precisamos de outra balança e de uma estrutura física mais adequada, arrumar as paredes e reparar gesso descascado” (ENF. 9). “Tem setores que usam medicação que precisa ser guardada na geladeira, mas não tem geladeira. Tem que jogar o restante da medicação no lixo. Precisamos de condições para otimizar o trabalho, sem desperdício. (ENF.14).

Foram citadas situações de pressão e de assédio pelas chefias, falta de fluxos padronizados: “As condições de trabalho daqui são ruins, mas é difícil explicar sem me comprometer. Só de eu não poder falar das dificuldades enfrentadas já é um problema” (ADM.8); “Não temos claros os fluxos do trabalho, e isso atrapalha. Não adianta usar só os fluxos que criei porque não pactuei com ninguém” (EQM.1).

Os entrevistados apontaram que o acesso a mais tecnologia poderia melhorar as condições de trabalho, dar efetividade às ações e segurança ao usuário. Uma médica ponderou: “Falta medicação para uma anestesia melhor e equipamentos mais modernos para cirurgias. Como não tem, usamos técnicas antigas, ultrapassadas, menos seguras para o paciente” (MED.1).

A falta de condições de trabalho também deixa muitos usuários sem atendimento, aumenta os custos da gestão e causa frustração e estresse no trabalhador. O relato mostra algumas consequências da falta de condições de trabalho: “A falta de uma autoclave atrapalha o trabalho de render em custo e tempo. Terceirizamos o serviço por uma fortuna, e todos são prejudicados: a criança de jejum, a mãe nervosa, o médico estressado pela falta do material no horário” (ENF. 5).

A falta de lugar adequado para trabalhar foi uma reclamação recorrente. A equipe multiprofissional é prejudicada por não ter uma sala com computador para registrar e evoluir os casos nem para se reunir nem guardar o material. Uma enfermeira do ambulatório apontou que não há consultório nem espaço para fazer consultas, apesar da pressão para alcançar as metas de atendimento.

Também foi registrada a falta de copa para fazerem refeições e de um local de descanso para os funcionários. “Apesar de haver vestiário amplo, é um ambiente insalubre, malcheiroso e sujo, muito distante dos setores de trabalho”, trouxe os depoimentos.

4.7 Mão de obra suficiente

Mão de obra suficiente também foi trazido como um qualificador do trabalho no serviço de saúde, por ser essencial para suprir as demandas impostas. “Equipes subdimensionadas comprometem a assistência”, disse um dos enfermeiros. Apesar de imprescindível, o dimensionamento adequado de pessoas não foi algo encontrado no serviço pesquisado.

Os depoimentos relataram que era nítido o desfalque de pessoas nos setores, seja por afastamentos seja por falta de provisão. O pronto-socorro (PS) e a psiquiatria

foram tidos como os locais mais críticos em falta de profissionais. O PS estava com quantidade de profissionais para atendimento de 28 leitos, mas atendia 60. Já a psiquiatria ampliou, em 10 vezes, o atendimento, mas não ampliou a quantidade de profissionais.

Havia um setor de medicina do trabalho que seria responsável por zelar pela segurança e saúde do trabalhador, contudo, havia apenas uma médica e uma enfermeira para lidarem com as demandas de saúde. O trabalho delas ficava mais focado em acompanhar afastamentos e atestados médicos, isso devido à recomendação da gestão, mas também à falta de pessoas suficientes na equipe com a formação e competências necessárias para atuarem nas demandas de saúde do trabalhador.

Os resultados mostraram que a complicação não era meramente contratar mais profissionais, o que foi dito pelos entrevistados como urgente, mas também de serem das especialidades demandadas e terem as habilidades necessárias para exercerem um trabalho de qualidade no hospital.

DISCUSSÃO

A primeira questão a se discutir é que a proposta inicial da pesquisa que originou o estudo foi obter dados completos de gerenciamento e monitoramento de gestão de recursos humanos de todos os hospitais estaduais terceirizados no ES.

Nesses dados, deveria constar que os hospitais precisariam levantar e monitorar, em função do cumprimento das normativas institucionais administrativas, leis das OSS manuais de RH, contrato de gestão; também deveria haver obrigatoriedade em incorporar os regulamentos e as recomendações nacionais e internacionais para os trabalhadores da saúde da PNSSTT, NOBRH-SUS, OPAS, OIT¹⁰. Assim, além de analisar os indicadores de RH, a intenção seria verificar se o que as OSS propuseram acerca da gestão e acompanhamento de pessoas, enquanto instituições selecionadas

¹⁰Plano Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012), Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005), Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Internacional do Trabalho.

para o contrato de gestão com o estado, estava sendo efetivado junto aos trabalhadores.

Os gestores dos hospitais relataram a Fernandes (2017) que possuíam indicadores e outros dados de RH, ainda que não fossem exigidos ou monitorados pelo gestor público. Tal estudo registrou que as OSS tinham política estruturada de gestão e acompanhamento de pessoas, parte dela registrada em um Manual de Recursos Humanos que compunha os contratos de gestão. Contudo, os resultados obtidos nas entrevistas demonstraram que o documento não foi, de fato, transformado em políticas e ações para os trabalhadores, nem era divulgado junto aos trabalhadores nem aprimorado. O gestor público também não exigiu isso da OSS.

A situação descrita, além de irregular, impossibilitou a concretização do acesso e da análise dos dados secundários almejados.

Dal Poz (2002) discute acerca da debilidade dos sistemas de informação sobre RH em todos os níveis em sistemas e serviços de saúde nacionais e internacionais. Como consequência, faltam também informações pertinentes e de qualidade para tomada de decisões em gestão de recursos humanos. O autor afirma que problemas nessa área não se configuram prioridade para os governos nem instituições de saúde.

Questiona-se a promessa de inovação proposta na gestão do SUS feita por OSS (BRASIL, 1997), já que não têm se mostrado inovadoras nessa questão tão relevante para o campo da saúde, que é a gestão do trabalho.

Informações e indicadores sobre RHS são um dos mais importantes instrumentos para tomada de decisão, a qual precisa ter qualidade e estar acessível, discutem Oliveira e Garcia (2006). Além da importância de RHS na produção e operação dos serviços de saúde, representam proporção importante dos gastos em saúde, os quais precisam ser monitorados e bem aplicados.

No entanto, ainda que todas as informações existissem e tivessem sido acessadas, é preciso lembrar que relações saúde e trabalho não podem ser analisadas baseando-se exclusivamente nos registros médicos, ou no perfil de adoecimento, ou em taxas e

estatísticas de absenteísmo. Cabe se atentar ao risco de diminuir uma questão social que deriva das condições de trabalho, e não de características dos indivíduos (ASSUNÇÃO, 2003).

Gerir recursos humanos significa encontrar, contratar, formar e manter funcionários em uma organização. Tal processo é determinado pela gestão interna da instituição, mas influenciado diretamente pelo ambiente externo, o que inclui fatores como globalização, redução de pessoal, diversidade, legislação, sindicatos. Tudo o que acontece a uma organização e dentro dela influencia diretamente seus funcionários (ROBBINS, DECENZO E WOLTER, 2013). A gestão das OSS precisa estar mais atenta a tais mudanças e também priorizar a formação e a manutenção de pessoas no serviço hospitalar.

Além das OSS, o poder público também não tem investido recursos financeiros e materiais em prol de uma política bem planejada e implementada de gestão de RH nos hospitais terceirizados. Isso vai desde o texto dos contratos de gestão, pactuados sem metas que incluam ou valorizem o trabalhador da OSS, até o modelo de vínculo empregatício que permite, nos serviços de saúde, a adoção de mão de obra mista e a contratação de pessoa jurídica, incluindo profissionais individuais como pessoa jurídica e cooperativas de trabalho, negando direitos trabalhistas (FERNANDES et.al, 2018).

Este estudo confirmou tais omissões, mostra que os trabalhadores não conhecem a política de RH que os gestores disseram possuir, detalha os impactos da gestão da OSS na gestão de pessoas e no trabalho hospitalar, comprometendo a qualidade do serviço.

Filho e Navarro (2012) discutiram acerca das importantes alterações do trabalho nas últimas décadas, as quais afetaram as instituições, foram elas: a organização do trabalho, as condições de trabalho e as relações trabalhistas. Tais mudanças ainda exercem forte influência nos trabalhadores. Os autores apontam que as questões decorrentes de tais mudanças precisam ser melhor investigadas, dentre elas, os impactos nos ambientes de trabalho.

Na área da saúde, ganharam destaque a crescente precarização do trabalho nos serviços públicos, que aludem aos contratos precários, à terceirização, à sobrecarga, às extensas jornadas de trabalho e ao avanço da ideologia gerencialista na organização do trabalho. As parcerias com as organizações sociais refletiram essa realidade.

A Reforma ou “contrarreforma” (BERHING, 2008) do estado causou flexibilização no emprego público sob justificativa de controlar gastos, gerando desestruturação do serviço público por práticas de terceirização sem critérios e até sem legalidade, fragilizando as relações de trabalho no âmbito do SUS com rotatividade e insatisfação dos trabalhadores (MACHADO e KOSTER, 2011).

A flexibilização nas relações de trabalho, de fato, tem sido um grande problema no trabalho em saúde. Isso significa que tem sido deixado a cargo das forças do mercado a regulação do processo de contratação, demissão e custos com a força de trabalho. O termo ‘flexibilização’ é utilizado para se referir às diversas formas de modificação do direito do trabalho, objetivando instituir mecanismos que compatibilizem mudanças econômicas, tecnológicas, políticas e sociais na relação entre o capital e o trabalho. Tal flexibilidade na saúde se explica pela reconfiguração da relação público-privado, modificando a estrutura jurídico-administrativa das instituições de saúde, por meio da terceirização de atividades e contratação de prestadores individualizados (ALVES, et. al., 2015).

Esse é um fato observado desde da reforma neoliberal do estado com a transferência dos serviços de saúde para instituições do terceiro setor, como as OSS (SODRÉ e BUSSINGUER, 2019). A flexibilização presente nas OSS gera precarização no trabalho; isso foi também confirmado tanto no texto dos contratos das OSS com os estados SP, RJ e SP pesquisados por Fernandes (2017, 2018). As OSS precarizaram o direito ao trabalho (BUSSINGUER e SALLES, 2018) e afetam o trabalhador.

Políticas neoliberais que substituem a gestão pública pela gestão privada, como é o caso OSS, são prejudiciais para um serviço nacional de saúde que visa alcançar acesso universal e equidade. Oferecer serviços de saúde voltados para a população carente, subfinanciados, desprovidos de pessoal, com a gestão transferida ao

Terceiro Setor com pouca responsabilidade pública é um apelo ao mau uso de recursos e com prejuízos aos aparelhos públicos (TURINO et. al., 2021)

Também a grande quantidade de vínculos de trabalho do profissional da saúde, como vimos nas OSS, mesmo que seja um vínculo precário como o de pessoa jurídica, é um problema crônico no Brasil. Nos hospitais, além da precarização do trabalho e da flexibilização das relações de emprego, os impactos das medidas neoliberais no trabalho desempenhado, acompanhados dos fatores inerentes à própria função profissional, potencializam o risco de lesões e adoecimento, tornando os trabalhadores mais vulneráveis (MORA e RIZZOTTO, 2015).

Thiollent (2014), reafirmando a centralidade do trabalho em qualquer estudo organizacional, também questiona a visão gerencialista que tende a minimizar a importância do trabalho humano e conferir à gerência a valorização da produção, visão que muitas vezes evidencia a 'coisificação' dos seres humanos, tidos erroneamente pela gestão como meros 'recursos', extensões dos equipamentos e máquinas. Para o autor, os modelos gerenciais têm efeitos nocivos sobre as condições de vida e trabalho e sobre o meio ambiente, abrangendo questões de saúde, inclusive saúde mental, acidentes, insalubridade, insustentabilidade ambiental.

A gestão em todos os níveis precisa compreender e praticar as leis e os regulamentos trabalhistas, viabilizando os direitos à informação, à remuneração, aos benefícios, à segurança e à saúde. Ela também deve oferecer todo auxílio para que os profissionais contratados se adaptem à organização, adquiram conhecimentos, desenvolvam habilidades, melhorem seu desempenho (ROBBINS, DECENZO E WOLTER, 2013).

Os depoimentos mostraram que a OSS tem falhado nessas concessões e apontaram que melhorias na gestão do trabalho poderão ser feitas para também melhorar a satisfação no trabalho e ampliar a qualidade do serviço.

Os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, a NOBRH-SUS (BRASIL, 2005), trazem os parâmetros básicos para as políticas e práticas de RH nas OSS e demais instituições que compõem o sistema de saúde e deveriam ser implementados pela gestão das OSS. Elas deveriam ser referência nas práticas que

qualificam o cuidado, contudo têm falhado em vários aspectos, e a gestão do trabalho no SUS é um deles. No que se refere à contratação de pessoal, a norma confronta as instituições privadas prestadoras de serviços de saúde que distorcem e descumprem internamente as normas regulamentares do SUS na tentativa de se desonerarem das obrigações fiscais e financeiras.

Scalco, Lacerda e Calco (2010) construíram um modelo para avaliação da gestão de RHS baseados na NOBRH-SUS, que, apesar de testado inicialmente na atenção básica, pode instrumentalizar políticas de RH e tomada de decisões em todos os níveis de gestão em saúde. Nesse modelo, há quatro dimensões a serem avaliadas: gestão do trabalho, desenvolvimento do trabalhador, saúde do trabalhador e controle social na gestão de RH.

Cada uma das dimensões tem indicadores relevantes a serem considerados. Os que mais se aproximam dos resultados deste trabalho são: qualificação do vínculo de trabalho, fixação do trabalhador, valorização do trabalhador, empenho da gestão na qualificação profissional, educação permanente em serviço, adequação do ambiente psicológico de trabalho.

De acordo com os resultados, os trabalhadores demonstraram, em seus relatos, entender como deve ser uma política de gestão do trabalho. Elas devem partir das necessidades encontradas, das questões sociais e históricas envolvidas, das normativas do SUS publicadas. As falas evidenciaram que a OSS não priorizou os trabalhadores e suas necessidades nas suas decisões e práticas de gestão, demonstrando também não priorizar a qualidade do serviço e da atenção à saúde.

Sabe-se que os trabalhadores formam a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população. Investimentos na Gestão do Trabalho irão influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Garantir que trabalhadores em saúde fiquem satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho é um meio apropriado para o avanço na implementação do sistema único (BRASIL, 2005).

Sobre as condições de trabalho, Assunção et.al (2007), ao analisarem relatórios de centenas de conferências locais, constataram enfrentamentos cotidianos dos trabalhadores devido a condições inadequadas de trabalho. Os autores alertam sobre a necessidade de iniciativas institucionais, para conhecer e intervir no cenário dos fatores técnico-organizacionais, do ambiente e da segurança no trabalho nos estabelecimentos de saúde, visando adequar as condições de trabalho com a finalidade no trabalhador e na qualidade do serviço.

Nomura e Gaidzinski (2005) afirmaram que a rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde do hospital representa um grande problema na gestão em saúde, na qualidade do cuidado, nos custos para a organização. A perda de profissionais experientes impacta o cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador.

Ao estudarem levantamento das causas e consequências da alta rotatividade de trabalhadores da equipe de enfermagem, apontaram como causas: insegurança no trabalho, treinamento deficiente, longa jornada, salário baixo, sobrecarga e estresse; e como consequências: impossibilidade de manter a equipe integrada, queda na produção, falta de conhecimento e habilidades técnicas nos trabalhadores recém-admitidos, insegurança dos pacientes assistidos por esses trabalhadores.

Segundo os depoimentos, as deficiências no quadro de pessoal dos hospitais pesquisados comprometem a qualidade dos serviços de saúde prestados à população e sobrecarregaram de trabalho os profissionais que ficaram, causando insatisfação e adoecimento.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar no SUS, Portaria nº 3.390/2013, tem como um eixo estruturante a formação, o desenvolvimento e a gestão da força de trabalho. Ela propõe como estratégias de valorização dos trabalhadores: avaliação de desempenho, educação permanente e avaliação da atenção à saúde do trabalhador (BRASIL, 2013, art. 24).

Ela também prevê que casos de contratualização, como é o caso do acordo entre governos e OSS, devem visar à qualidade na assistência da gestão hospitalar e do

ensino-pesquisa, com diretrizes que incluem aprimoramento dos processos de avaliação do serviço, efetivação do controle social e garantia da transparência (BRASIL, 2013, art. 30).

Essas e as demais norma previstas para os serviços do SUS deveriam ser implementadas pelas OSS, com exigências via contrato de gestão e sob monitoramento e controle social e do poder público, com a finalidade principal de estruturar e qualificar o serviço. No entanto, os achados demonstraram que não isso tem sido feito a contento.

CONCLUSÕES

Nesta pesquisa, os empregados relataram como as OSS tem feito a gestão de RH nos hospitais e como tal gestão tem impactado nos profissionais de saúde. Essa forma de atuar tem sido diminuta e restritiva, focado em prover pessoas, por vezes, em número insuficiente, com a finalidade de fazerem o serviço funcionar, sem investimentos na formação, na satisfação, valorização – principalmente financeira – e poucas melhorias nas condições de trabalho.

Apesar de as Organizações Sociais de Saúde terem sido criadas para gerar resultados, economicidade e qualidade para os serviços do SUS, a forma pouco zelosa e incoerente com que fazem gestão de pessoas demonstrou que elas não estão cumprindo seu papel com êxito, haja vista a grande insatisfação dos empregados, com alta rotatividade, levando-nos a deduzir um aumento nos gastos para repor a mão de obra.

Além disso, o fato de não usarem as recomendações do SUS para direcionarem as políticas e práticas de RHS, tampouco não possuírem instituído um setor de RH bem estruturado e estratégico leva a questionar em qual o norte a instituição se baseia para cumprir o compromisso de gerir os serviços de saúde com excelência, sabendo da importância do trabalhador para o cuidado em saúde. Outra questão relevante seria a ampliação de pesquisas para constatar a qualidade da atenção em saúde feita por essa gestão e por profissionais de saúde cujo trabalho está precarizado.

Sobre a ausência de dados de RH, os quais os gestores em 2016 disseram possuir, mas que não são monitorados pela SESA, acreditamos que as OSS não os possuem ou se negou enviá-los para não serem pesquisados. Esse fato não nos permitiu analisá-los nem compará-los nesta pesquisa. Contudo, mesmo a não padronização e a incompletude deles nos dizem muito acerca da falta de importância da gestão do trabalho e do trabalhador para essas instituições. Também o fato de a gestão estadual não monitorá-los, nem mesmo registrá-los, também expressa despreocupação do poder público com o assunto e ausência de aspirações de melhoria da situação observada. O que não se registra não pode ser contestado, “não existe”.

A deficiência de estudos considerando a área RHS, as percepções dos trabalhadores sobre a gestão e os impactos da gestão sobre eles envolvendo instituições privadas terceirizadas pode ser melhor entendida após constatadas tantas dificuldades de acessarmos os dados de RH ou obtê-los de forma completa junto ao gestor público e aos gestores dos hospitais.

As falhas da OSS na gestão de pessoas do hospital e, conseqüentemente, a não decisão de qualificar a atenção em saúde faz-nos questionar a referência que essas instituições exercem no SUS, instituições com trabalho precarizado, contratos de gestão pouco transparentes e a não-prioridade dada ao trabalhador às questões que o envolve. Se o trabalhador é a parte mais importante do serviço em saúde, instrumento do cuidado, a gestão por meio dessas instituições, da forma que elas têm feito, não seria adequada para gerir pessoas, com vistas qualificar os serviços do SUS.

Referências

ALVES, S.M.P, COELHO, M.C de R, BORGES, L.H., CRUZ, C.A de M, MASSARONI, L, MACIEL, P.M.A. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. Oct;20. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2015. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.11592014>

ARAÚJO, V.G.C.; FREITAS, W.R.de S.; ARAÚJO, E.G.. Gestão de Recursos Humanos em hospitais: análise da produção científica brasileira. **IV Simpósio Sul-Mato-Grossense de Administração**, UFTM. Maio de 2021.ISSN 2675-4185

ASSUNÇÃO, A.A, BELISÁRIO, A.S, CAMPOS, F.E, D'ÁVILA, L.S. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S193-S201, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRESSER-PEREIRA, L. C.(2000) A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública.** Jul./Ago. 7-26.

DAL POZ et. alli. Agenda das organizações internacionais para o desenvolvimento de RH em saúde: novos problemas e soluções. In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002

FERNANDES, L. E. M. Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde. [**Dissertação de Mestrado**]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória. 2017.156 f.: il.

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**, v. 16, n. 3, p. 955–973, set. 2018.

IBGE. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil: 2016.** Coordenação de Cadastro e Classificações. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101647.pdf>

MACHADO, M. H.; KOSTER, I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: Assunção AD, Brito J, organizadores. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011; p. 194-213.

MORA, C.T.R.; RIZZOTTO, M.L.F. Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná. *Saúde debate* [Internet]. Oct; 39(107). *Saúde debate*, 2015 Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070695>

NOMURA, F.H., GAIDZINSKI, R.R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 setembro-outubro; 13(5):648-53

OLIVEIRA, S.P. GARCIA, A. C. P. **Variáveis e Indicadores para Análise de Recursos Humanos em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030** [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; de 20 a 28 de maio del 2016; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2016 (resolução

WHA69.19) [consultado em 13 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf>

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável** [Internet]. Septuagésimo Período de Sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; de 15 de setembro de 2015 a 12 de setembro de 2016; Nova York. Nova York: ONU; 2015 (documento A/RES/70/1) [consultado em 13 de março de 2017]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

QUEIROZ, A.C.S.; ALBUQUERQUE, L.G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **R.Adm.**, São Paulo, v.48, n.4, p.658-670, out./nov./dez. 2013.

ROBBINS, S.P.; DECENZO, D.A.; WOLTWR, R. **Fundamentos da Gestão de Pessoas**. 1.ed.São Paulo: Saraiva, 2013. 320 p.

SCHEFFLER, R.; COMETTO, G.; TULENKO, K.; BRUCKNER, T.; LIU J, KEUFFEL EL, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (**Human Resources for Health Observer Series**, Issue No. 17) [consultado em 14 de março de 2017]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>

THIOLLENT, M. Estudos Organizacionais: possível quadro referencial e interfaces. **Revista Brasileira de Estudos Organizacionais**. v. 1. n. 1, p. 17-29, jun. 2014, e ISSN: 2447-4851.

VILLAS BÔAS, B. IBGE: Número de organizações sociais que gerem estabelecimentos de saúde sobe 76%. **Valor Econômico**. Rio de Janeiro, 25/09/2019. Brasil. Disponível em:<<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/09/25/ibge-numero-de-organizacaoes-sociais-que-gerem-estabelecimentos-de-saude-sobe-76percent.ghtml>>

5.3 ARTIGO 3

A Saúde do Trabalhador de um hospital público sob gestão privada: principais impactos no trabalho e no adoecimento dos profissionais

INTRODUÇÃO

Todo trabalhador tem direito à saúde integral. Essa convicção integrou o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e as demais lutas sociais da década de 1970 pela redemocratização do país. As dimensões social e histórica do trabalho e da relação saúde-doença foram a base do movimento sanitário.

Sistemas de saúde assumem a carga e os custos da prestação de serviços de saúde em seus orçamentos, apesar de empregadores e os sistemas de proteção seguros também serem responsáveis na atuação efetiva contra os riscos do trabalho à saúde. Ocorre que, em geral, há um desequilíbrio entre o limitado investimento em saúde e em segurança no trabalho e os altos custos das consequências de não o realizar (OPAS, 2015).

Os conflitos entre as demandas de saúde e de segurança no trabalho associadas aos direitos dos trabalhadores e o esforço dos empregadores para maximizar a produção com o mínimo de gastos são características permanentes das relações trabalhistas no capitalismo mundial (BERLINGUER, 1993).

Os trabalhadores também ocuparam papel secundário na “contrarreforma” (BEHRING, 2008) neoliberal do Estado dos anos 1990, reflexo da *New Public Management* (NPM) no Brasil, que incluiu transferir a gerência dos serviços hospitalares de saúde onerosos para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), isto é, organizações públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o Poder Executivo (BRASIL, 1998).

Nos contratos de gestão entre os governos dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo e as OSS, no período 2006-2016, Fernandes (2019) constatou o interesse do gestor público na possibilidade que essas instituições do terceiro setor têm de contratar pessoas e prestadores de serviços diretamente, sem utilizar os regulamentos próprios da administração pública e

também sem garantir os direitos trabalhistas. Tal arranjo contratual permite o afastamento das regras do concurso público e da não precarização do trabalho, e não há pactuação de verbas relativas aos recursos humanos que não sejam salários, nem metas, nem benefícios ou quaisquer outros gastos com políticas de gestão de pessoas.

A chamada “ineficiência” dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), tão frequentemente relacionada à avaliação apenas dos aspectos quantitativos, deveria também levar em consideração a qualidade dos serviços oferecidos, que tem como determinante o baixo investimento dispensado para as atividades de desenvolvimento de recursos humanos. Os efeitos no trabalho do investimento insuficiente se evidenciam pela pouca profissionalização e a baixa valorização do trabalhador (PIERANTONI, 2001).

Mandarini, Alves e Sticca (2016) constataram a terceirização parece ter impactos negativos na saúde e na qualidade de vida do trabalhador, acarretando doenças e sofrimento pertinentes ao trabalho. Porém, os fatores que podem resultar na deterioração da saúde dos profissionais terceirizados foram estudados, predominantemente, de forma isolada nos artigos, portanto há a necessidade da realização de estudos que identifiquem as inter-relações nas condições de trabalho a que são submetidos os trabalhadores terceirizados e os processos de saúde-adoecimento que os envolve.

Políticas neoliberais que substituem a gestão pública pela gestão privada, como é o caso dos contratos do poder público com as OSS, são prejudiciais para um serviço nacional de saúde que visa alcançar acesso universal e equidade para todos. Oferecer serviços de saúde voltados para a população carente, subfinanciados, desprovidos de pessoal, com a gestão transferida ao Terceiro Setor com pouca responsabilidade pública, pode se configurar como um apelo ao mau uso de recursos e com prejuízos aos aparelhos públicos³ (TURINO et. al., 2022).

Transformações no campo do trabalho e da gestão em saúde demonstraram gerar novos processos de adoecimento no trabalhador hospitalar e

reconfiguram o perfil epidemiológico das doenças, gerando fatores de risco que devem ser analisados e entendidos, principalmente, a partir da ótica de quem adoece. Conflitos no cumprimento de metas organizacionais e no atendimento das necessidades dos trabalhadores dão ao trabalho características de um grande agente estressor, desencadeante de acidentes, adoecimentos e mortes, exigindo perspectivas diferentes e complementares para sua compreensão, incluindo superar a visão reducionista do processo de adoecimento (SILVA e BAPTISTA, 2013).

Nesse contexto, o fenômeno crescente dos transtornos mentais tem afetado progressivamente a saúde das pessoas em todo o mundo, danificando sua capacidade social e laborativa e permeando todo o ambiente de trabalho. Os impactos negativos desse tipo de adoecimento incluem redução da produtividade, aumento do presenteísmo e do absenteísmo e, por conseguinte, ampliação de custos em saúde, com auxílios previdenciários, ações judiciais e tributos. Esse processo gera uma rede de perdas que incluem o próprio trabalhador, a família, a organização, os governos e a sociedade (YANO e SOUZA, 2014).

Para compreender de que modo o trabalho adoece trabalhadores, é preciso ouvir seus relatos e vivências, como respondem ou não às demandas do capital e, por outro lado, como a gestão está ou não dando condições para tal^{11,12}. Assim, este estudo teve como objetivo descrever os impactos do trabalho no adoecimento do trabalhador nas equipes médica, enfermagem, administrativa e multidisciplinar de um hospital público sob gestão privada no Espírito Santo, identificando as principais doenças presentes no trabalho hospitalar e suas causas.

METODOLOGIA

Esta foi uma pesquisa científica aplicada, de abordagem qualitativa, exploratória, com elementos bibliográficos e documentais. Tratou-se de um

estudo de caso único, cuja entrevista semiestruturada foi o instrumento principal de coleta dos dados.

Foram feitas 81 entrevistas, mas selecionou-se uma amostra representativa de 40 entrevistas para análise. Os critérios de inclusão de participantes consistiram em: ser uma das categorias profissionais contidas da pesquisa; ter vínculo profissional, mesmo que frágil, com o hospital e atuar em área inclusa no organograma; aceitar participar da pesquisa por livre e espontânea vontade. As características da amostra estão no Quadro 1.

As perguntas versaram sobre saúde, satisfação, qualidade de vida e gestão, feitas durante os meses de setembro de 2019 e janeiro de 2020, com trabalhadores de diversas profissões de um hospital público estadual no estado do Espírito Santo, Brasil.

A instituição pesquisada estava há dois anos sob gestão de uma organização privada dita sem fins lucrativos, conhecida como Organização Social de Saúde (OSS). A escolha do local se deu por ser um caso emblemático e complexo, única unidade hospitalar no estado com gestão e mão de obra mista, ou seja, profissionais de variados vínculos, contratados diretamente ou como pessoa jurídica (PJ), ligados ao órgão público, à OSS e a outras instituições.

Os motivos de exclusão de entrevistas foram: entrevistas com trechos ininteligíveis para transcrição devido a ruídos ou interferências contínuas; entrevistas com profissionais recém-empregados ou no período de experiência; entrevistas com falas demonstrando desconfiança quanto à procedência e à legitimidade da pesquisa; entrevistas com conteúdos quase idênticos, geralmente, por terem sido feitas na presença de outros profissionais por escolha do entrevistado.

Quadro 1 - Caracterização profissional dos entrevistados

Equipe/ sigla	Médica (MED)	Enfermagem (ENF)	Multiprofissional (EQM)	Administrativa (ADM)
	1 Anestesista	5 Técnicos de enfermagem	1 Assistente Social	1 Recursos Humanos
	1 Médico do Trabalho	5 Enfermeiros coordenadores	1 Psicólogo	1 Comunicação

Quantidade de Profissionais / Formação e Cargo	1 Residente	5 Enfermeiros assistenciais	1 Fisioterapeuta	1 SESMT
	2 Neonatologistas		1 Fonoaudiólogo	1 Limpeza
	2 Pediatras		1 Nutricionista	1 Portaria
	1 Cardiologista		1 Farmacêutico	1 Recepção
	1 Psiquiatra		1 Coordenador	1 Monitoramento e Gestão
	1 Ginecologista e Obstetra			1 Diretoria
Total: 40	10	15	7	8

Fonte: Elaboração dos autores

Houve atendimento das normas éticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução Nº 466/2012, sobre Pesquisa com Seres Humanos, estando aprovado na Plataforma Brasil, CAAE nº 52909416.1.0000.5073. O nome do hospital foi omitido, e os nomes dos participantes das entrevistas foram identificados no texto por uma sigla, referente à equipe profissional à qual ele pertence, seguida um número ordinal aleatório que foi de 1 até a quantidade total de participantes de cada área.

A Teoria Fundamentada de Dados ou *Grounded Theory* (GLASER e STRAUSS, 2006) foi a base da análise dos dados, cuja forma comparativa esteve presente desde a codificação aberta até a categorização final, para inferir densidade aos achados e relacionar conceitos de forma criteriosa e específica. Foram usadas técnicas de inversão e comparação sistemática, conforme orientam Glaser e Strauss, para considerar ideias opostas sobre temas comuns.

Primeiro, foram apontados 29 códigos a partir do conteúdo das falas, depois foram confirmadas as implicações e formados os conceitos abstratos. Por fim, definiram-se quatro categorias principais, com suas subcategorias, visando responder à categoria central da pesquisa: 'principais impactos nos profissionais da saúde de hospitais públicos com gestão privada'.

Contou-se a instrumentalidade do software de análise de dados qualitativos (SADQ) MAXQDA 1, disponibilizado pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), o qual ofereceu qualidade e facilidade na codificação e indexação de textos e informações pesquisadas.

As categorias de análise apontadas foram: Ingresso; Gestão de pessoas; Gestão e Qualidade; Saúde e Qualidade de Vida. Este artigo apresenta os resultados de parte da última categoria, isto é, aborda os impactos na saúde dos trabalhadores entrevistados. Os principais itens dessa análise encontram-se expostos a seguir, divididos em 4 temas principais: 1. Percepção do contexto; 2. Afastamentos; 3. Principais doenças; 4. Causas do adoecimento.

RESULTADOS

1 Percepção do contexto

Muitos profissionais demonstraram ter conhecimento sobre o contexto adoecedor dos hospitais e percebem as questões que afetam sua saúde. “No setor público, lida-se com vulnerabilidade social altíssima, situações que parecem livros de casos incomuns, histórias raras, bizarras acontecem do meu lado o tempo todo”, afirmou um participante da equipe multiprofissional. Um dos entrevistados também afirmou, correlacionando à área na qual exerce a profissão com o adoecimento: “O trabalho na saúde tem as profissões que mais adoecem”.

Os trabalhadores também falaram sobre a precariedade que permeia a formação e o trabalho em saúde e enfatizaram a baixa expectativa de vida dos profissionais da saúde, principalmente das mulheres, as quais têm sua carga aumentada pelos papéis exercidos fora do trabalho.

2 Afastamentos

Uma das principais consequências de doenças no trabalhador são os afastamentos do trabalho. Um profissional médico ressaltou que, às vezes, a pessoa está tão envolvida no trabalho que não percebe que está doente; quando se afasta, o adoecimento geralmente está em nível muito avançado.

Os afastamentos podem ser um sintoma de que aquela instituição já estava com problemas e que a força de trabalho também. Uma das entrevistadas deu seu depoimento sobre o assunto:

Fiquei afastada dez dias ano passado por uma estafa emocional, eram sintomas de burnout, cansaço físico e mental, exaustão mesmo. Você quer estar bem, mas você não tem força. Você tem que se recolher e recompor a energia para voltar a trabalhar (EQM.6).

Chama à atenção o fato de que praticamente todos os entrevistados disseram que não se afastaram, mas já trabalharam doentes. Muitos deles admitiram ter atendido pacientes com acesso venoso para medicação, a maioria médicos e alguns enfermeiros.

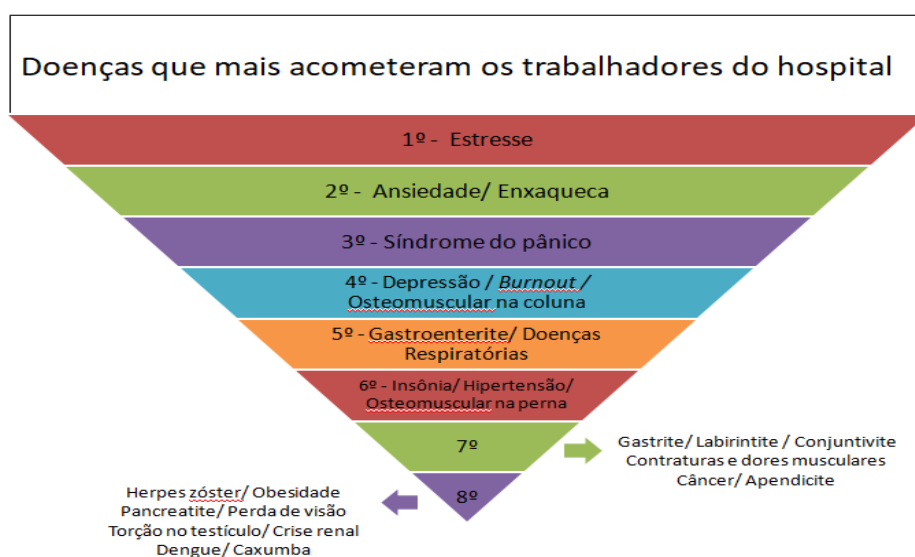
As falas sobre afastamentos também mostraram os impactos na rotina de trabalho, prejudicando o usuário do serviço, sobrecarregando profissionais, onerando o empregador. Apesar disso, ficou expresso também, em uma das falas de um enfermeiro, o descaso da direção diante disso: “Tivemos vários afastamentos por motivos psicológicos, CID F. Grande parte das pessoas acometidas são da assistência, e isso não tem uma devida atenção da direção”.

Nos motivos mais elencados para os afastamentos por doença, está o excesso de horas trabalhadas e os vários vínculos de emprego, gerando sobrecarga e falta de tempo para ter atividades de lazer, fazer exercícios físicos, dormir e estar com a família.

3 Principais doenças: mentais

Foram identificadas na pesquisa 92 (noventa e duas) citações acerca das principais doenças que já acometeram os trabalhadores ao longo da carreira como profissional de saúde. As mais citadas encontram-se na figura 1, a seguir:

Figura 1 – Principais doenças do trabalho hospitalar



Fonte: Elaboração dos autores

Como apresentou a figura, as principais doenças relatadas foram as doenças mentais, as quais ocuparam os quatro primeiros lugares: "É muito comum o adoecimento mental no trabalhador da saúde, crises de ansiedade e de pânico são recorrentes; o trabalho na saúde é desgastante", afirmou um profissional da equipe multiprofissional. Um integrante do setor de medicina do trabalho apresentou um dado de acompanhamento das ocorrências: "Temos muitos casos de ansiedade e depressão. A cada dez afastados pelo INSS, quatro são por causa da ansiedade. Em seguida, vêm as doenças na coluna".

Os empregados relacionaram tal adoecimento à forma na qual se trabalha, ao local de trabalho, às omissões da chefia. Alguns vincularam as intercorrências de saúde mental ao fato de não conseguirem atender as expectativas próprias e quantidade necessária de usuários. Um relato incluiu outros motivos:

Temos muito absenteísmo por transtorno psíquico. Acontece em todas as áreas do hospital, incluindo médicos. A causa é multifatorial: insatisfação salarial, sobrecarga de trabalho, adoecimentos, incapacidade ou limitação diante da doença e da morte (MED.2).

Ainda nos casos em que a doença preexistiu na atuação no hospital, houve relato de agravamento no trabalho: "Minha depressão foi piorada pelo trabalho, melhorou quando eu troquei de função e local. A agitação e o estresse nos deixam em constante estado de alerta", afirmou alguém da área administrativa.

Falou-se ainda da baixa expectativa de vida de pessoas que atuam na área da saúde. Foram citados casos de suicídios e de abuso de substâncias, entre os profissionais da saúde, como causa da morte precoce.

Há tabus e preconceitos em torno da doença mental, afirmaram os entrevistados. Falta empatia dos colegas; falta acolhimento e intervenção da gestão. Uma médica constatou: “A saúde mental mostra que é preciso cuidar de quem cuida, mas isso não é política nos hospitais. A doença mental não é valorizada” (MED.9).

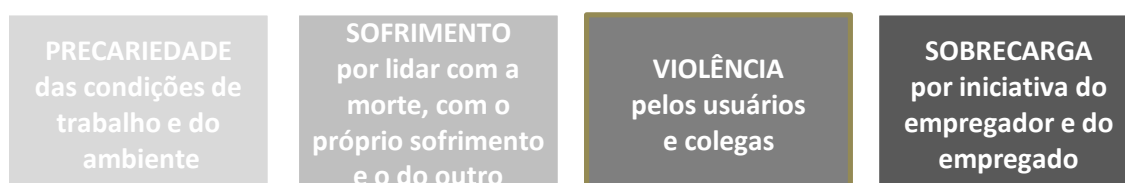
Outras falas apontaram que tal ponto de vista muda quando se experimenta a doença. A fala de um enfermeiro exemplifica: “A doença física é mais aceita e abraçada que a mental. Por causa dessa, vivi uma completa perda do potencial de trabalho. Demorei quatro meses para retomar o trabalho e agora vejo a importância da saúde mental” (ENF.7).

Em razão das dificuldades de assumir a doença mental, muitos profissionais escondem o adoecimento, sofrem calados e sozinhos, afirmou uma médica com a síndrome de esgotamento do trabalhador, o *burnout*. Ela disse ter pedido ajuda a uma colega, mas se considerou esse ato uma exceção.

4 Causas do adoecimento

As principais causas do adoecimento no trabalho hospitalar apontadas foram: precariedade, sofrimento, violência, sobrecarga de trabalho, conforme mostram a figura 2 e as explicações.

Figura 2 – Principais causas do adoecimento no trabalho hospitalar



Fonte: Elaboração da autora

4.1 Precariedade no trabalho

As principais citações sobre o assunto consideraram que a precariedade decorre do descumprimento das leis e normas do direito do trabalho; da obrigação de atender o usuário de forma apressada e sem os recursos necessários; da remuneração baixa que por vezes não inclui a insalubridade; da educação profissional inadequada, do excesso de tarefas no trabalho.

“A precariedade retira a dignidade no trabalho”, afirmou um enfermeiro que não tem conseguido tempo fazer os horários de almoço, café e descanso durante o expediente. Contudo, essa situação não se restringe a uma categoria ou setor, faltam espaço e estrutura adequados em diversas áreas do hospitais.

Para os médicos, o pior é a falta de espaço adequado para descanso e o trabalhar sem direitos, já que a grande parte deles prestam serviços como pessoa jurídica (PJ). Para os integrantes da equipe multiprofissional, além de não terem o local para descansar, o não recebimento de insalubridade na remuneração é grave e irregular, pois estão em contato constante com doenças contagiosas, ao prestarem cuidados a quase todos os setores assistenciais do hospital, justificaram.

Quando o ambiente e as condições de trabalho são favoráveis, tornam-se fatores protetores da saúde e causas da fixação no trabalho. No entanto, o ambiente de trabalho e as condições impostas ao trabalhador foram citadas como importante causadores de doenças e motivadores de desligamento.

Uma médica que trabalha em dois setores ponderou os efeitos desse tipo de precariedade na sua mente e no seu corpo: “Por faltarem recursos e equipamentos, ficamos amarrados, engessados. Então, trabalho aqui estressada, ansiosa, com dor de cabeça, boca seca, indo ao banheiro toda hora”. Um trabalhador da área administrativa também trouxe: “Minha imunidade foi baixando devido ao grande estresse do ambiente. Tive dor de cabeça, falta de ar, não conseguia dormir. Cheguei a achar que não valia mais a pena ficar” (ADM.2).

4.2 Sofrimento

O hospital foi considerado um ambiente propenso ao excesso de estresse. A dificuldade em lidar com tal estado constante de alerta foi citada como principal motivo do sofrimento no trabalhador.

Junto do estresse, o lidar com a morte cotidianamente foram os motivos de sofrimento mais citados: “Você lida o tempo todo com sofrimento e com morte como se fosse uma linha de guerra, no fronte. Não tem como você ver gente morrer todo dia, ir para casa e fechar a portinha”, afirmou uma médica se referindo à suposta compartimentalização da vida. A fala de uma enfermeira concordou: “Não somos robôs”.

Outro profissional compartilhou seu esforço para lidar com o sofrimento e permanecer trabalhando: “No primeiro óbito, você sai dali e chora, fica remoendo em casa os problemas daqui, isso adocece o trabalhador. Para continuar, você tem que sair e não pensar mais” (EQM.7).

Alguns profissionais enfatizaram que os transtornos psíquicos são desencadeados pelo lidar com o sofrimento do outro e com o próprio sofrimento: “Os usuários passam por misérias absurdas. O profissional vê e sofre junto”, reiterou uma enfermeira referindo-se às restrições sociais, como abandono, violência sexual, pobreza, fome, as quais ultrapassam suas competências profissionais e influenciam fortemente o trabalho.

4.3 Violência

Ainda que não houvesse qualquer pergunta específica ou direta sobre o tema violência ao trabalhador, ela é uma realidade e foi abordada pelos entrevistados como causa do adoecimento no trabalho em saúde. Os resultados dividiram-se em dois tipos, de acordo com a procedência: violência vinda dos usuários e acompanhantes; violência causada por gestores e colegas.

4.3.1 Por usuários e acompanhantes

De acordo com os depoimentos, violência causada por usuários e acompanhantes acometem mais comumente trabalhadores das portas de entrada do hospital, como recepção, portaria, pronto-socorro, ambulatório e psiquiatria.

Os tipos mais constatados de violência foram abuso físico, moral e psicológico. Os relatos a seguir trazem exemplos: “Uma funcionária ficou afastada por CID F, por quase três anos, por ser agredida com uma mamadeira na cara. A mãe jogou nela porque o leite estava frio” (EQM.3); “Trabalhadores daqui são xingados e ameaçados com um “vou te pegar lá fora”, é complicado” (ADM.5).

As causas citadas fizeram referência à irritação ou ao descontrole pela demora no atendimento, ao ambiente hospitalar estressante, à suspeita de negligência por parte do profissional, à falta de recursos necessários ao trabalho com excelência. Sobre as consequências na saúde, o trabalhador que sofre tal violência relatou ser acometido periodicamente por medo, frustração, doenças diversas e afastamento do trabalho.

4.3.2 Por colegas e gestores

A violência por parte de colegas e gestores foi citada por trabalhadores de várias categorias como recorrente no trabalho hospitalar. Relatos de desrespeito e ameaças de desligamento visando inibir reações do trabalhador não foram raras.

Os principais tipos de violências citadas aqui foram violência moral e psicológica. Seguem falas de dois enfermeiros que podem exemplificar situações de *bullying* e de assédio moral:

Sofri represália de outros funcionários por pedir transferência de local de trabalho. Tive perda temporária de visão, picos de pressão, problema na coluna e conjuntivite (ENF.1).

O assédio moral tem 'corrido solto' nos serviços de saúde, as pessoas não têm ética no trato umas com as outras. Sofri perseguição e assédio quando tive depressão e me afastei. Perdi o cargo, fiquei sem sala e sem computador (ENF.7).

Nos momentos de transição da gestão e de trocas de OSS, a violência contra o trabalhador foi destaque. Além das decisões hierárquicas autoritárias e da falta de

informações relativas aos empregados, houve relatos de sumiços de materiais de trabalho e de dados importantes quando uma OSS deixou a gestão hospitalar. Também foi exposto sobre atrasos de salários, direitos não concedidos, como férias e redução de carga horária no aviso prévio: “Houve grande violência institucional na transição entre as gestões. Sumiram materiais e informações. A OSS que entrou desconsiderou o que tinha antes, destruiu muita coisa, desrespeitou trabalhadores de todos os vínculos” (ADM.7).

As principais consequências citadas acerca desse tipo de violência para a instituição foram: aumento do absenteísmo, adoecimento do trabalhador, intensificação da competitividade interprofissional.

4.4 Sobrecarga de trabalho

A sobrecarga de trabalho foi amplamente citada, trazendo consequências diretas para o trabalho e o trabalhador em diversas áreas do hospital. Um enfermeiro disse "O trabalho aqui é árduo e cansativo, um corre-corre, uma sobrecarga na saúde física. Lá na frente, vem hipertensão, diabetes, até depressão". Outro profissional afirmou: “Falamos abertamente da sobrecarga daqui. Nunca trabalhei tanto, não termino de fazer o que preciso. Precisamos de mais pessoas, a demanda é muito grande” (EQM.2).

Os efeitos da sobrecarga na saúde do trabalhador mais mencionados foram: adoecimento físico e emocional, estresse, cansaço, desânimo, esquecimento, baixo rendimento, tristeza, dificuldade para dormir ou sonolência, abuso do consumo de álcool e outras drogas. No corpo, além de dores, foram trazidos outros impactos: queda capilar demasiada, excesso de oleosidade na pele, gastrite.

A sobrecarga de trabalho no hospital envolveu a iniciativa de um dos atores: empregador ou empregado, conforme mostram os resultados.

4.4.1 Por iniciativa do empregador

A instituição sobrecarregou o trabalhador quando o fez trabalhar mais horas que as inicialmente contratadas ou quando conferiu-lhe maior quantidade de tarefas de forma recorrente e impositiva. As justificativas mais dadas foram: necessidade de suprir o absenteísmo, falta dimensionamento de pessoas, problemas no gerenciamento do trabalho e ainda a alta demanda de usuários e as cobranças excessivas por parte do empregador.

As consequências incididas no serviço foram: muita correria, pouco planejamento e falta de reflexão nas ações. Tais práticas tendem a comprometer a qualidade do trabalho, porque alguma tarefa ficou mal feita ou não foi feita, como foi dito. Um entrevistado da equipe administrativa ponderou: "Precisamos questionar sobre o que causa um atendimento ruim. Sobrecarga pode gerar um profissional nervoso e atendendo mal". Também foram apontados, como consequências da sobrecarga, impactos negativos na qualidade do trabalho.

4.4.2 Por iniciativa do empregado

A sobrecarga de trabalho foi considerada como resultado de ação do trabalhador quando esse opta por contrair carga horária maior de trabalho, com dois ou mais vínculos, no mesmo local ou em locais diferentes. A motivação, para tanto, geralmente é a ampliação da renda familiar. As finalidades mais citadas pelos profissionais foram: suprir necessidades básicas; arcar com despesas ou compromissos financeiros já feitos, ou ainda fazer novos; alcançar objetivos profissionais e pessoais.

Os médicos foram o único grupo em que nenhum integrante citou que precisa adquirir outro vínculo para "suprir as necessidades básicas", possivelmente por terem a remuneração mais elevada dentre os profissionais do hospital. Já os administrativos e os coordenadores falaram da dificuldade de ampliar vínculos, ainda que precisassem, pois a maioria deles trabalha 40 horas por semana.

Foi quase unânime a correlação entre o excesso de horas trabalhadas, seja por qual motivo for, ao adoecimento do trabalhador. A fala exemplificou: "Conheço uma técnica de enfermagem com três vínculos de trabalho. São muitas horas em contato com doença e sem conviver com gente saudável. Com certeza, ela vai adoecer" (MED.2).

Um médico residente reclamou do mal-estar e cansaço devido ao excesso de trabalho, causado pela carga horária de residência somada a dois outros vínculos empregatícios. Ele disse que é raro um residente trabalhar apenas 60 horas por semana, conforme orienta a legislação. Ele compartilhou: “Eu chorava toda noite por causa da sobrecarga e precisava tomar remédio para dormir”.

DISCUSSÃO

A Saúde do Trabalhador é uma área que enfrenta desafios históricos para a sua implantação no SUS. As principais razões estão nas relações sociais de produção, nos conflitos de classe e na hegemonia do poder político-econômico gestora das políticas públicas, pois o Estado brasileiro encontra-se alinhado com a ideologia neoliberal capitalista de mercado globalizado.

Tal ideologia não considera que a perda da saúde do trabalhador resulta da exploração do trabalho pelo capital, evidenciado pelo silêncio compassivo dos dirigentes que conduzem a governança em saúde submetida aos interesses macropolíticos e econômicos e não pelas necessidades de saúde da população (VASCONCELOS e AGUIAR, 2017).

Um agravante para a saúde do trabalhador são as práticas gerencialistas, nas quais se incluem a terceirização da gestão como alternativa para implementação nos serviços de saúde. Instituições públicas contratualizam com OSS sob a justificativa de serem uma forma inovadora organizar a força de trabalho para trazer eficiência e qualidade ao serviço de saúde. Tais práticas são, historicamente, caracterizadas pelo envolvimento cooptado dos trabalhadores e pela fragmentação sistêmica. Logo, são uma forma exploração do trabalho para enquadrar a subjetividade do trabalhador à lógica do capital, apropriando-se do saber e do fazer do trabalhador assalariado (ALVES, 2011).

Ocorre que os processos de terceirização trazem consigo a precarização do trabalho. Estudos sobre a terceirização no Brasil (ANTUNES e DRUCK, 2015) evidenciam, de forma unânime, a indissociabilidade entre terceirização e precarização do trabalho,

revelando degradação no trabalho, desrespeito aos direitos trabalhistas, más condições de trabalho, baixos salários, piora das condições de saúde, dificuldades para trabalhadores se organizarem coletivamente. Por isso também, os processos de transição da gestão pública da saúde para a privada, assim como a forma de escolha e fiscalização dessas instituições devem ser revistos, já que têm demonstrado violarem direitos dos trabalhadores, afetarem negativamente a qualidade do trabalho e a integridade física e mental dos trabalhadores.

Outra questão relevante é que a criação de programas de prevenção de doenças tem menor custo que os gastos com o atendimento dos prejuízos à saúde, mostrando ser uma estratégia sólida de contenção de custos para os sistemas de saúde mundiais (OPAS, 2015).

Também, no lidar com o adoecimento no trabalho hospitalar, precisa-se valorizar o sujeito e a experiência por ele vivida para construir novas maneiras de intervir que minimizem agravos e olhem o trabalhador em sua totalidade (SILVA e BAPTISTA, 2013). A gestão privada das OSS, vista como alternativa interessante à administração pública direta dos serviços, demonstrou ter mínima atuação nessas questões tão relevantes, ao passo que, além de o trabalhador ter tido seu adoecimento agravado, suas licenças por afastamento do trabalho oneram progressivamente o erário público.

O setor de medicina do trabalho do hospital pesquisado, que seria responsável pela segurança e saúde do trabalhador, tem equipe e competências limitadas, pois a maior parte dos profissionais atuavam na segurança do trabalho, ou seja, em prevenir e intervir em acidentes.

Para lidar com a saúde do trabalhador, havia apenas duas pessoas, uma médica e uma enfermeira, para lidarem com um contingente de mais de 800 trabalhadores. Logo, o trabalho delas estava focado em acompanhar afastamentos e atestados médicos. Apesar de demonstrarem ter visão crítica e abrangente dos processos de saúde-doença dos profissionais, justificaram a falta de ações pela limitação do quadro de pessoal em número e formação necessárias para cuidar da saúde do trabalhador.

Prevenir o adoecimento do trabalhador requer promover saúde e trabalho decente, construindo ambientes e processos de trabalhos saudáveis. Isso inclui políticas de desenvolvimento social e econômico e de qualidade de vida e saúde que envolvem o direito de trabalhar e de viver com dignidade, impedindo o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. Dignidade no trabalho denota garantia das relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, reconhecimento de direitos à informação, participação e incorporação do que já está garantido por lei. A dignidade compreende a defesa e a promoção da qualidade de vida do trabalhador como valores absolutos e universais (ASSUNÇÃO, 2012; OIT, 2015).

À promoção da saúde, como importante estratégia de diminuição de custos e valorização do trabalhador, soma-se a prevenção dos riscos psicossociais do trabalho. O tipo de gestão do hospital pesquisado interferiu na saúde dos trabalhadores, e, de acordo com os resultados encontrados, as OSS que passaram no hospital durante o período da pesquisa, demonstraram tolerar tais riscos e não possuíam iniciativas de promoção da saúde do trabalhador.

Os fatores psicossociais do trabalho, causadores de transtornos mentais, estão relacionados a condições de sobrecarga, longas jornadas, baixo controle sobre a atividade, ritmo de trabalho. Os relacionados a competências, referem-se à estagnação na carreira, à remuneração precária, ao baixo reconhecimento, ao apoio para o desenvolvimento, cultura e características da organização, como princípios e valores da gestão, ética, espaço para participação, valorização dos sujeitos, relações com superiores e pares, qualidade e quantidade de informações socializadas, apoio para solução de conflitos (OMS, 2012; YANO e SOUZA, 2014).

É um tema de extrema importância e de necessária atualização. O Ministério da Saúde publicou em 2020 norma sobre o tema, a Portaria do nº 2.309, que atualizou a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) e qualificou a atenção integral à Saúde do Trabalhador. O texto, além de enfatizar e ampliar a lista das doenças mentais relacionadas ao trabalho, teve como proposta facilitar o estudo da relação entre o adoecimento e o trabalho, assim como orientar as ações de vigilância e promoção da saúde em nível individual e coletivo (BRASIL, 2020).

Acerca dos fatores de risco para as doenças presentes no trabalho hospitalar, alguns relatos demonstraram aproximar-se do que consta nessa normativa. Esse é o caso do trabalho em jornada noturna e com tarefas que exigem carga mental, como velocidade, complexidade, atenção, variedade, com nível de responsabilidade ligada à vida e à saúde de outros, além das demandas emocionais, que são fatores de risco para os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Também são fatores psicossociais jornadas de trabalho em turnos e aquelas no período noturno para as doenças: diabetes mellitus não insulino-dependente, obesidade e outros distúrbios metabólicos não especificados.

Outro achado interessante foi que o trabalhador do hospital pesquisado não foi tratado pela gestão como protagonista da sua atuação profissional nem participante dos processos de gestão. Além disso, o preconceito, a falta de intervenção na situação e de acolhimento à pessoa adoecida dificultam o tratamento, agravando os casos.

As falas da pesquisa citaram que profissionais da saúde têm expectativa de vida menor que o restante da população brasileira, e mulheres que trabalham na saúde têm sua expectativa de vida mais afetada. Estudo de mortalidade feito com médicos em São Paulo apresentou que, durante o período 2000-2009, apesar de os homens médicos morrerem em maior número, as mulheres médicas morreram cerca de 10 anos mais jovens que eles (SANCHES et.al, 2013).

Essa diferença na idade média de morte entre os gêneros pode ser explicada porque as mulheres enfrentam mais situações de estresse devido às responsabilidades assumidas em casa e no trabalho, as quais se agravam por divórcios e por outros fatores culturais de raça-cor, etnia e pobreza (RODRIGUEZ-GUSMÁN, 2014).

Quanto à violência sofrida no local de trabalho, ela é classificada como violência interpessoal comunitária (KRUG et.al, 2002) A violência física é um ato contra o corpo, inclui golpes, ferimentos, empurrões, imobilização. Já violência moral se expressa por difamações, calúnias e chantagens. A violência psicológica abrange opressão, ameaças, humilhações e intimidações. A violência é considerada pela OMS como um dos principais problemas de saúde pública. A área da saúde, apesar de não se responsabilizar sozinha para enfrentar as situações de violência, em todos os seus

âmbitos, precisa atuar na elaboração estratégias de prevenção e promoção da saúde, além de ter a função de atender e orientar os envolvidos (COELHO, SILVA E LINDNER, 2014).

Sobre a relação entre trabalho, economia e saúde, acredita-se que o direito do ser humano à livre iniciativa no campo econômico e do trabalho estão indissolivelmente conjugados ao direito às condições apropriadas desses, não lesivas para a saúde física nem inadequadas ao bem-estar, permitindo o desenvolvimento integral das pessoas. A relação entre os trabalhadores e a empresa são influenciadas por quatro fatores: as relações de força, as leis, a ética e o conhecimento científico, sendo esse último diretamente direcionado por implicações técnicas e as experiências profissionais (BERLINGUER, 1993).

O adoecimento no trabalho hospitalar é uma realidade, tem causas complexas e é influenciado pelo tipo de gestão. Ações permanentes de vigilância, prevenção e intervenção são necessárias e podem evitar agravos. Para tanto, é preciso desenvolver meios de valorizar o sujeito trabalhador e a experiência vivida por ele, por meio de estratégias e formas contextualizadas de intervir sobre sua saúde, compreendendo-o em sua totalidade existencial (SILVA e BAPTISTA, 2013).

Entender a gestão do serviço é essencial para perceber como o trabalho pode ser um determinante do processo saúde-doença e quais são as principais causas do adoecimento no trabalho. As questões de saúde que acometem o trabalhador repercutem diretamente na vida profissional, portanto, tais questões não são privadas, ainda que pareçam, mas precisam de intervenção do estado (CARDOSO, 2015).

CONCLUSÕES

Este artigo trouxe a percepção do trabalhador sobre seu adoecimento no trabalho, apontando a doença mental como a principal área afetada, levando a questionar a organização pública e a privada e as nuances presentes no trabalho que afetaram sua saúde. O estudo assinalou que os principais impactos da gestão hospitalar, por meio de OSS na saúde do trabalhador, foram precariedade, sofrimento, violência,

sobrecarga de trabalho. Os depoimentos apontaram para o imperativo de se promover e manter a saúde do trabalhador e de tratar as áreas mais afetadas.

Os resultados mostraram que prevenir e intervir nas doenças mentais do trabalhador são uma urgência na área da saúde, em todos os níveis decisórios. Não apenas pela importância que têm, mas também por estarem cada vez mais comuns, elas devem ser amplamente conhecidas e pesquisadas, não generalizadas, principalmente, porque coexistem com outras, agravando-se e mudando, em cada caso, a demanda de intervenção. Por isso, também é fundamental que sejam detectadas precocemente e evitados os fatores de risco psicossociais no trabalho. É preciso tratar o quanto antes, para o problema ser revertido ou amenizado, para que a pessoa possa seguir adiante na vida e na profissão (OMS, 2012).

Quanto à prevenção, pesquisas e regulamentos acerca da relação trabalho-saúde do trabalhador e indicadores precisam ser ampliados e abordadas as causas do processo de adoecimento. Mais que prever ambientes tranquilos, tratar sobre estresse, intensificação do trabalho, pressão, quantidade de trabalho e relacionamento com a gestão (BERLINGUER, 1993) são necessidades urgentes nos hospitais públicos.

Na intervenção, instituições governamentais e empregadoras poderiam desenvolver programas de assistência ao empregado capazes de atuar com psicoterapia e medicamentos; fazer encaminhamentos assertivos para especialistas. Às redes sociais, dentro e fora do local de trabalho, às famílias e principalmente à gestão dos serviços de saúde cabe apoiar emocionalmente as pessoas acometidas de doenças com escuta, compreensão, acolhimento. Há que se estimular práticas educativas visando eliminar qualquer tipo de preconceito acerca do adoecimento mental no ambiente de trabalho e na sociedade.

As relações saúde-trabalho também não podem ser analisadas baseando-se exclusivamente nos registros médicos, ou no perfil de adoecimento ou em taxas de absenteísmo. Cabe se atentar ao risco de restringir à temática médica uma questão social que deriva das condições de trabalho e não das características estritamente biológicas dos indivíduos (ASSUNÇÃO, 2003). Ainda, o trabalho da vigilância em

saúde do trabalhador precisa ser intensificado nos serviços de saúde e apontar focos de intervenção junto aos gestores, trabalhadores e usuários.

Por fim, a ampliação de pesquisas de avaliação da gestão em saúde assim como de estudos sobre a influência do tipo de gestão na saúde dos trabalhadores poderão visibilizar, compreender e criticar a complexidade da questão e também refletir e propor mudanças que qualifiquem tal gestão e promovam saúde no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo; 2011.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **Revista O social em Questão** – Ano XVIII, nº 34; 2015.

ASSUNÇÃO, A. Á.. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. Ciênc. saúde coletiva, 2003 8(4), 2003.

ASSUNÇÃO, A. Á. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Cap. 21. In: Machado, J. M. H. Assunção, A. A. (Orgs.) **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 164p; 2012.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. Ed. São Paulo: Cortez; 2008.

BERLINGUER, G. A relação entre saúde e trabalho do ponto de vista bioético. **Saúde soc.** 2(2) 101-134, São Paulo, 1993.

BRASIL. Lei nº 9637 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 a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**; 1998.

BRASIL. Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020. **Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT)**. Acesso em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2309_01_09_2020.html>

CARDOSO, A.C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 27, n. 1, p.73-93; 2015.

COELHO, E.B.S., SILVA, A.C.L.G., LINDNER, S.R. (Orgs.). **Violência: definições e tipologias** [recurso eletrônico] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. ISBN: 978-85-8267-038-5

DEJOURS, C. **Psicopatologia do trabalho — Psicodinâmica do trabalho**. Laboreal, v.7, n.1, p. 13-16, 2011.

FERNANDES, L. E. M. Gestão de Pessoas e as Organizações Sociais de Saúde nos Hospitais Estaduais. Cap. 5. In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (Orgs.) **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. 1 Ed. HUCITEC Livros técnicos. 370p. 2019 ISBN: 9788584041442

GLASER, B G; STRAUSS, A. **The Discovery of Grounded Theory: Strategy for Qualitative Research**. New Burnswick, London: Aldine; 2006.

KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A., ZWI, A. B., LOZANO, R.. et al. (2002). **World report on violence and health**. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>

MANDARINI, M.B., ALVES, A.M., STICCA, M.G. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 16(2), abr-jun, pp. 143-152. USP. Ribeirão Preto, 2016.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social**. Laís Abramo. ISBN: 978-92-2-829683-9 (print); 978-92-2-829684-6 (web pdf). Genebra: OIT; 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientação do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais – um recurso para empregadores e representantes dos trabalhadores**. Tradução: SESI/DN. Brasília: OMS; 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação Sobre a Saúde dos Trabalhadores**. 54º Conselho Diretor. 67.ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas em Washington, D.C., EUA, de 28 de setembro a 2 de outubro de 2015. Tema 4.7 da agenda CD54/10, Rev.1. Original: espanhol. OPAS; 2015.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 341-360, 2001

RODRIGUEZ-GUZMÁN, J. Prefácio. In: Silveira, M. A. (org.). **Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho**. Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer: Campinas; 2014.

SANCHES, Z. M. ET AL.. Estudo da mortalidade dos médicos no Estado de São Paulo, Brasil, no período 2000-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, jul. 2013.

SILVA, SM; BAPTISTA, PCP. Novos olhares sobre o sujeito que adocece no trabalho hospitalar. **Cogitare Enferm**. Jan/Mar; 18(1):163-6; 2013

TURINO ET. AL, 2022 Turino F, Filippou J, Sodré F, Siqueira CE. Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social Health Organizations in Brazil. **International Journal of Health Services**. 2021;51(1):90-100. doi:10.1177/0020731420961286.

VASCONCELLOS, L. C. F; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2017, v. 41, n. 113 [Acessado 6 Julho 2022], pp. 605-617. <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711320>>.

YANO, S. R. T; SOUZA, E. M. Prevenção dos transtornos mentais relacionados ou não ao trabalho: ações para a prática nas organizações. In: Silveira, M. A. (org.). **Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho**. Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer: Campinas; 2014

5.4 ARTIGO 4

Saúde e Qualidade de Vida no trabalho hospitalar: percepções dos trabalhadores em uma Organização Social de Saúde

INTRODUÇÃO

O desafio de pesquisar a qualidade de vida dos trabalhadores atuantes nos serviços da saúde pública brasileira é de grande relevância e consiste no ponto central deste trabalho. A proposta direciona olhares atentos aos profissionais assim como à gestão dos serviços de saúde, que fazem do cuidado em saúde uma realidade na vida e na história de outras pessoas.

A expressão 'Qualidade de Vida' integra duas concepções importantes: a subjetividade ou os aspectos percebidos pela pessoa sobre suas condições físicas, emocionais e sociais; e a objetividade presente nas condições materiais, na vida, nas relações entre a pessoa e o ambiente ou a sociedade. Ao analisar as pessoas envolvidas pelos ambientes de trabalho coletivo, amplo senso, precisamos considerar os modos de interagir presencial e virtual e o quanto tais ambientes corporativos afetam a subjetividade e a objetividade, tendo grande expressão e influência sobre a vida, a espiritualidade e a saúde do trabalhador (VILARTA, 2008).

Como marco histórico da interface-trabalho e saúde, destacamos a concepção neoliberal que se alastrou na década de 1990 a qual pautou-se na privatização, na terceirização de serviços e na flexibilização das relações de trabalho. Desde então, houve avanços relativos nas questões do trabalho, incluindo mudanças na forma de inserção e nos vínculos de trabalho, no perfil remuneratório e no jeito de se trabalhar, formando ambientes excessivamente competitivos, individualizados e altamente adoecedores (MACHADO, 2006).

Tornaram-se bastante comuns os impactos incidentes nos trabalhadores da saúde causados pela implementação de novos modelos de atenção, pela introdução de novas tecnologias e pela mudança do perfil epidemiológico de uma população. A globalização, o envelhecimento da população e as novas expectativas dos

consumidores podem também mudar as demandas sobre a força de trabalho em saúde (DAL POZ, 2013).

Na tentativa de enfrentar os desafios da globalização e dos déficits das políticas em matéria de crescimento e emprego, a OIT¹¹ estabeleceu o “trabalho decente” como um objetivo central de suas políticas e programas. A noção de trabalho decente recomenda a promoção de oportunidades para mulheres e homens do mundo para conseguir um trabalho produtivo, adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna e garantir direitos (OIT, 2015). O direito à saúde coloca-se como um dos principais.

É essencial promover e proteger o direito ao gozo do grau máximo de saúde ao trabalhador. A promoção da saúde deve ser compreendida como um conjunto de ações articuladas, intra e intersetorialmente, que viabilizam intervir nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, atuar em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e garantem a dignidade do trabalhador no trabalho.

Santos-Filho (2007) destaca como empecilhos à consolidação dos direitos, os problemas trabalhistas: baixos salários; degeneração dos vínculos, negando e omitindo os direitos constitucionais dos trabalhadores; precarização das condições e dos ambientes de trabalho; desorganização na gestão e nas relações sociais. A precarização do trabalho em saúde é visível e crescente nos ambientes; isso tem mostrado a importância das políticas e da gestão de recursos humanos, principalmente, por causa dos ocorridos nas condições de emprego, suas consequências na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores.

¹¹ A Organização Internacional do Trabalho (OIT) é uma agência da Organização das Nações Unidas (ONU) fundada em 1919 com o objetivo de promover a justiça social, sendo a única agência da organização que possui estrutura tripartite, com representantes de governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores de 183 Estados-membros. Desde a sua criação, os membros adotaram 188 Convenções Internacionais de Trabalho e 200 Recomendações sobre temas como emprego, proteção social, recursos humanos, saúde e segurança no trabalho. Em 1998, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou a Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Disponível em <https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>.

Promover saúde significa também promover ambientes e processos de trabalhos saudáveis. Isso inclui políticas de desenvolvimento social e econômico da sociedade, entendendo que qualidade de vida e saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis, com dignidade, impedindo o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. Dignidade no trabalho denota garantia das relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, reconhecimento de direitos, como o direito à informação, a participação e a livre manifestação. A dignidade compreende, portanto, a defesa e a promoção da qualidade de vida do trabalhador como valores absolutos e universais (BRASIL, 2012; UFMG, 2013).

Um olhar organizacional direcionado para lidar com tais questões, pautado em propostas de transformações do trabalho e da gestão a partir da percepção dos trabalhadores, incluindo formação e a consolidação dos direitos, pode direcionar propostas e ações efetivas que promovam a qualidade de vida e a saúde do trabalhador.

Este estudo pretendeu apontar a qualidade de vida como um componente essencial de promoção e proteção à saúde integral do trabalhador. Os resultados apontaram enfaticamente que a perda da qualidade de vida impacta diretamente na saúde, gerando no trabalhador adoecimento, sofrimento e afastamento do trabalho.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa aplicada, do tipo estudo de caso único, de abordagem qualitativa, exploratória, com elementos bibliográficos, e documental. Além de observação, a entrevista foi o instrumento principal de coleta dos dados.

Foram analisadas 40 (quarenta) entrevistas semiestruturadas, com perguntas sobre saúde, satisfação, qualidade de vida e gestão, feitas durante quatro meses outubro de 2019 a janeiro 2020, com trabalhadores de um hospital público estadual no estado do Espírito Santo, Brasil. Destaca-se que a instituição pesquisada estava sob gestão de uma organização privada, dita sem fins lucrativos, conhecida como Organização Social de Saúde (OSS), há cerca de dois anos, no momento da pesquisa. Os

trabalhadores incluídos agregaram diversas profissões, cujas características estão mostradas o Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização profissional dos entrevistados

Equipe/ sigla	Médica (MED)	Enfermagem (ENF)	Equipe Multiprofissional (EQM)	Administrativa (ADM)
Quantidade de Profissionais / Formação e Cargo	1 Anestesista	5 Técnicos de enfermagem	1 Assistente Social	1 Recursos Humanos
	1 Médico do Trabalho	5 Enfermeiros coordenadores	1 Psicólogo	1 Comunicação
	1 Residente	5 Enfermeiros assistenciais	1 Fisioterapeuta	1 SESMT
	2 Neonatologistas		1 Fonoaudiólogo	1 Limpeza
	2 Pediatras		1 Nutricionista	1 Portaria
	1 Cardiologista		1 Farmacêutico	1 Recepção
	1 Psiquiatra		1 Coordenador	1 Monitoramento e Gestão
	1 Ginecologista e Obstetra			1 Diretoria
Total: 40	10	15	7	8

Fonte: Elaboração da autora

Apesar de haver uma pergunta específica e direta sobre a qualidade de vida do trabalhador, a qual versa "Você diria que sua qualidade de vida melhorou ou piorou após a inserção neste trabalho? Por quê?", a temática foi ampla e frequentemente abordada nas respostas referentes pelos entrevistados, nas mais diversas questões sobre: saúde, satisfação, motivação, remuneração; mostrando a importância e valorização do tema para o trabalhador. As respostas eventualmente citaram atuação em outros serviços de saúde, demonstrando que muitas intercorrências também ocorrem em outros trabalhos.

Na análise dos dados, foi utilizado um Software de Análise de Dados Qualitativos (SADQ), o MAXQDA 1, além da disponibilidade na universidade, foi escolhido pela qualidade e facilidade na codificação e indexação de textos e informações qualitativas. Procedeu-se à análise temática desses dados por meio da *Grounded Theory*, de Strauss e Corbin (2008), cujos principais resultados encontram-se expostos a seguir.

A pesquisa atendeu às normas éticas brasileiras exigidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre Pesquisa com Seres Humanos,

incluindo a obtenção do consentimento informado dos envolvidos, estando aprovado na Plataforma Brasil pelo registro CAAE nº 52909416.1.0000.5073.

RESULTADOS

Os principais resultados mostraram a percepção do que é a qualidade de vida, cujo significado variou muito para cada trabalhador, categoria profissional e contexto social: "Para mim, é fácil dizer que tenho qualidade de vida: só tenho um emprego, meu marido também trabalha, tenho casa própria, não tenho filhos, eu moro aqui do lado, vou embora às 15h", afirmou um dos membros da equipe multiprofissional (EQM.7).

Apesar dos traços subjetivos específicos constatados, ter qualidade de vida, para a maioria dos profissionais, foi considerado algo bom e necessário, que gera satisfação e saúde. Foram pontuados três principais responsáveis, isto é, qualidade de vida deve resultar de ações do governo, do empregador e do empregado.

Considerando as respostas mais vezes citadas, a figura 1, a seguir, representa o principal termo relacionado à qualidade de vida, ou seja, o que gera qualidade de vida para o trabalhador.

Figura 1: Temas que representam a qualidade de vida para o trabalhador



Fonte: Elaboração dos autores

Indo muito além do autocuidado, alguns trabalhadores acreditam que a qualidade de vida compõe medidas de cuidado da instituição empregadora para com os trabalhadores, independentemente do tipo de vínculo entre eles.

Se eu falar sobre contrato de trabalho, então falo de uma questão. Mas, se eu falar sobre pessoas e seu ambiente de trabalho, estou falando de seres humanos, independente da forma do contrato que ele tenha, ele está aqui para trabalhar, para desenvolver o potencial de trabalho dele. Precisa, então, haver um olhar de cuidado sobre esse colaborador, não importa o vínculo dele (EQM.6).

Mesmo as falas sobre qualidade de vida colocam o trabalho como um dos principais temas relacionados a ela, abordam a importância do seu ambiente e das suas relações, trazendo importância de ela compor a política de RH. A relação da qualidade de vida com o dinheiro foi evidenciada ao citarem a remuneração e a necessidade de se ter mais de um emprego.

A área de qualidade de vida poderia estar dentro de um RH. Ter programas voltados para o funcionário, de apoio ao trabalho, de suporte emocional. A quantidade de funcionários que ficam abordando as psicólogas é grande. Eles querem desabafar, ser acolhidos (EQM.1).

Falta investimento no tempo do colaborador. Qualidade de vida não é dar festa com comes e bebes. É ter um programa com projetos contínuos para o colaborador ter qualidade de vida. Inclui área de descanso, área de convivência, enfim, espaço físico e investimentos no local de trabalho (EQM.6).

Os dias de folga dão qualidade de vida, por isso não penso em dois empregos nunca. Trabalhar em um emprego só é outra coisa: você fica menos preocupado, consegue dormir direito, ter descanso, viver. A gente precisa trabalhar, mas também precisa viver! Se as pessoas que trabalham em dois locais tivessem um salário melhor, trabalhariam só em um. (ENF.2)

Os resultados também mostram a importância da disponibilidade de tempo para, dentre outros, desfrutar da vida social e familiar. Também houve falas quanto ao bem-estar gerado por hábitos saudáveis, a trabalhar em apenas um local, a estar satisfeito e mais perto de casa.

Optei pela minha qualidade de vida. Escolhi trabalhar em um lugar apenas e diminuir a renda. Alguns acham que sou uma médica 'pobre'. Tudo bem, são escolhas individuais que cada um faz. Respeitar compromissos com a família é importante para mim. Não trabalho mais que 48h por semana, viajo todo ano para algum cantinho, visito meus familiares (MED.5).

A qualidade de vida melhorou porque eu mudei de estado, de cidade e estou muito feliz e realizada profissionalmente. Melhorou porque eu estou satisfeita. Vejo os resultados, as coisas acontecendo, mesmo na confusão toda da transição (ADM.1).

Quando tinha dois trabalhos e era longe, não dava tempo de nada. A distância diminuiu do trabalho diminuiu, posso ir em casa almoçar e voltar tranquila. Agora dá tempo de até tomar banho. Antes era correria, ia direto faculdade. Chegava lá e não tinha rendimento, estava cansada e com sono (ENF.4).

Os resultados mostraram a origem da qualidade de vida, ou melhor, o que pode trazer qualidade de vida para o trabalhador do serviço de saúde. Seguem as 10 (dez) respostas mais dadas, expostas pela frequência com que foram mencionadas:

Tabela 1: Principais respostas sobre o que traz qualidade de vida para o trabalhador

1º. Trabalhar menos horas Estar com a família e amigos
2º. Remuneração adequada
3º. Praticar exercícios físicos e atividades ao ar livre
4º. Dormir Descansar
5º. Satisfação profissional
6º. Morar perto do trabalho Finais de semana e feriados livres Sair/ passear
7º. Programas para o trabalhador (acolhimento, suporte emocional, apoio ao trabalho, <i>feedback</i> , investimentos na estrutura física que possibilitem convivência e descanso) Aprendizado e crescimento no trabalho Boa relação com a chefia, sem cobrança excessiva Condições para estudar Tempo para estudar Tempo livre
8º. Tempo para se cuidar Tempo para comer Ter casa própria Comer em casa Estar com peso corporal adequado Estar sem doenças Estar em ambiente saudável Não dar plantões Ter férias Viajar Alimentação saudável Comprar e trocar bens (casa, carro, moto, televisão, celular)
9º. Preocupar-se menos Diminuir o estresse
10º. Aposentar-se Dormir em casa

Fonte: Elaboração dos autores

DISCUSSÃO

Para entender a importância da qualidade de vida no trabalho, é preciso compreender o que significa qualidade de vida. Tal percepção é individual e poderá significar algo diferente para cada pessoa. Este estudo reforçou essa ideia.

A percepção individual tem ligação com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, o qual determinará os níveis de satisfação individual. É um cenário mutável que, desde a Revolução Industrial, vem caracterizado por avanços e retrocessos. Tal “revolução” apresentava níveis praticamente inumanos, e, apenas na segunda metade do século passado, começou a noção de QVT. O autor afirma que desde então os padrões de qualidade de vida do trabalhador se elevaram, o trabalho foi humanizado, houve diminuição legal das jornadas, melhoria nas condições de trabalho, substituição do fardo braçal. Em contrapartida, as exigências foram ampliadas, o tempo de não-trabalho foi diminuído, as possibilidades de emprego foram reduzidas. Houve a coisificação e a mecanização do trabalhador (PILATTI, 2007).

Para alguns entrevistados, ter mais satisfação e motivação no trabalho são fatores que podem proporcionar qualidade de vida.

Avaliar possibilidades de as organizações produzirem qualidade de vida no trabalho (QVT) para seus trabalhadores, baseada na percepção do indivíduo dos pontos favoráveis e desfavoráveis em seu ambiente de trabalho, é um caminho viável para a motivação (PILATTI, 2008). É perceptível que o empregador com isso não tem apenas a intenção de promover saúde, mas de conquistar "a disposição dos trabalhadores para a execução das tarefas" (p. 61).

É necessária atenção da gestão corporativa dos serviços de saúde quanto às relações de trabalho e saúde. Conhecer a saúde do trabalhador na sua instituição é essencial para o gestor criar políticas preventivas de doenças e interventivas, visando à saúde. Ele precisa se atentar quanto aos efeitos das políticas de recursos humanos (RH) e às condições de trabalho desfavoráveis e buscar soluções para os problemas de saúde mais comuns e suas causas.

Contudo, não foi observado, durante a pesquisa, a presença de iniciativas da instituição gestora do hospital nesse sentido. Pelo contrário, houve relatos de que, desde a troca da gestão pública direta para a gestão privada, neste trabalho acadêmico, foi a primeira vez em que os trabalhadores foram ouvidos sobre seus pontos de vistas e necessidades.

Também é de fundamental importância atentar-se às evidências já encontradas em pesquisas anteriores. Acidentes de trabalho, exposição a materiais biológicos nos estabelecimentos sanitários e prevalência de infecção em grupos ocupacionais mostraram-se frequentes no trabalho em saúde (BRASIL, 2006; MACHADO E ASSUNÇÃO, 2012). Constatou-se também sinais de perda do sentido do trabalho e os efeitos dessa perda sobre a satisfação e autoestima, repercutindo no campo físico e mental dos trabalhadores (UFMG, 2013).

Os trabalhadores entrevistados apontaram que ambientes e relações laborais saudáveis trazem qualidade de vida no trabalho. Vilartha (2008) registra que a organização do espaço físico e a interação relacional no trabalho são muito importantes na condução dos processos laborais. O ambiente físico adequado se destaca como elemento essencial na melhoria da autoestima, na prevenção de doenças crônicas e do estresse elevado, que são comuns no local de trabalho. O ambiente físico e material deve incluir, adaptar e superar o ponto de vista ergonômico, ampliando o olhar financeiro, tecnológico e legal. Já a interação relacional ganha ênfase ao atuar na prevenção do sofrimento institucional e moral e do adoecimento físico e psicológico no trabalho.

Concorda-se que implementar políticas e programas efetivos de melhoria da qualidade de vida em ambientes corporativos não é algo simples ou frequente nas instituições corporativas brasileiras. Para Gutierrez (2008), isso exige conhecimento do ambiente organizacional e as pressões exercidas sobre seus membros, os limites de tolerância, as relações mais amplas com de questões econômicas, políticas e culturais. Exige também reflexão multidisciplinar, em que a esfera empírica e o conhecimento concreto da prática compartilham espaço.

Os resultados mostraram que os trabalhadores percebem que a qualidade de vida está intrinsecamente ligada à saúde. No entanto, as respostas abordaram que a qualidade de vida vem mais da adoção de hábitos saudáveis por parte dos trabalhadores, os quais, por meio de políticas e ações públicas e corporativas, devem promover saúde e prevenir doenças.

Resultado semelhante foi observado em pesquisa feita por Presoto (2008) sobre promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador nos hospitais estaduais da cidade de São Paulo. A autora constatou pouca ou nenhuma clareza dos trabalhadores quanto ao conceito de promoção da saúde. A maioria dos entrevistados desconhecia os objetivos da promoção da saúde do trabalhador, confundindo-o com prevenção de doenças ocupacionais que limitam o funcionário de desempenhar sua função.

A elaboração e a publicação de políticas federais de saúde do trabalhador começaram na década de 1990 e se estenderam para além da primeira década seguinte (BRASIL, 2012; CHIAVEGATTO, 2013; ASCARI, 2014), todavia é possível perceber que ainda hoje não são de conhecimento ampliado da população trabalhadora.

Em coerência com tais políticas, acredita-se que intervir em questões de saúde no ambiente corporativo requer olhar além do problema ou do sintoma apresentado; exige entender e estar disposto a mudar características do próprio ambiente organizacional; significa perceber que as tensões cotidianas na organização podem estar submetendo ou expondo o trabalhador a práticas de assédio e reforçando o sofrimento no trabalho; e isso pode levá-lo a manter hábitos pouco saudáveis, ou autodestrutivos e patológicos. Ainda que o alcance dos programas seja limitado e de difícil sucesso, eles se colocam como necessários e urgentes para aliviar sintomas de uma situação mais ampla que, provavelmente não poderá ser profundamente modificada no momento (GUTIERREZ, 2008).

Os entrevistados explanaram sua insatisfação de trabalhar em excesso e sobrecarregado, assim como a necessidade de terem remuneração adequada e mais tempo disponível para descanso e atividades fora do local de trabalho. Para

Braverman (1974), tais problemas devem-se às práticas gerencialistas adotadas pelas instituições públicas e, principalmente, as privadas.

O autor defende que o gerencialismo foi a estratégia do capitalismo para lidar com uma grande quantidade de trabalhadores em um mesmo espaço. O capitalista empreende todos os meios para aumentar a produção da força de trabalho, gastando menos. Os elementos que ele utiliza podem variar, desde obrigar o trabalhador a trabalhar por longas jornadas, até a utilização de instrumentos de trabalho mais produtivos com o aumento da intensidade desse. O capitalista, ao comprar a força de trabalho adquire, ao mesmo tempo, qualidade e quantidade de trabalho indeterminadas. A potência de tal força é infinita, mas a concretização do trabalho é limitada devido à subjetividade dos trabalhadores: sua história, as condições sociais sob as quais vivem e trabalham, as condições da empresa e as condições técnicas do trabalho.

Considerando que os trabalhadores estudados atuam em uma instituição pública, sob gestão privada terceirizada, é papel do gestor público normatizar e monitorar as práticas de gestão internas, incluindo o trato com a saúde da força de trabalho hospitalar. Ao gestor privado cabe cumprir fielmente a política pública que o regula, assim como o instrumento contratual firmado com o gestor públicos, sobretudo, ele deve prestar um trabalho de excelência à população (BRASIL, 1997; 1998; 2012).

Argumenta-se que uma entidade que se presta a atender com qualidade tal demanda, deve, de forma razoável e com motivações que superem as questões econômicas, ouvir e cuidar dos profissionais para que atendam e prestem serviços de saúde de qualidade à comunidade (DUARTE e BOTAZZO, 2009; FERNANDES, 2017).

Assim, questiona-se que instituições empregadoras, quer privadas, públicas ou filantrópicas, ao optarem por determinado processo produtivo, precisam considerar que estão delineando, de certo modo, as possibilidades de adoecimento, de problemas e de riscos no trabalho e ao meio ambiente. Elas precisam ser mais éticas nos processos decisórios. Também a sociedade tem um papel fundamental em relação às políticas públicas nas áreas prioritárias de saúde, trabalho, educação e meio ambiente, em todas as esferas de governo - federal, estadual e municipal,

atuando ativamente e cobrando legislação adequada (MONTEIRO, SIQUEIRA e FILHO, 2008).

CONCLUSÃO

A proposta deste trabalho de acessar dados sobre trabalhadores, ouvindo os próprios trabalhadores para conhecer dados, condições e necessidades força de trabalho trouxe reflexões importantes e apontou para a necessidade de mudanças institucionais na gestão e na execução dos serviços, para melhores impactos na relação trabalho e saúde.

Um tipo de gestão institucional demasiadamente autocentrada e que não se atenta devidamente às necessidades e percepções dos sujeitos que nela atuam tende a perpetuar culturas de precarização do trabalho, afetando a saúde e a qualidade de vida do trabalhador.

Este estudo nos alerta acerca da importância da qualidade de vida dos trabalhadores de hospitais públicos sob gestão privada, mostrando que priorizar a qualidade de vida dos trabalhadores pode promover neles saúde e satisfação. Além de se orientar pelas expectativas e pelo protagonismo deles, ou seja, desenvolver escuta, empatia e diálogo fluido entre trabalhador e gestão, ao empregador cabe promover ambientes saudáveis e oferecer condições dignas de trabalho, prevenir e intervir nas situações de violência e de sobrecarga, protegendo a saúde do trabalhador e implementando políticas afins.

Por fim, criar programas institucionais e contratar equipe multiprofissional habilitados para oferecer tais cuidados pode ser um meio interessante para integrar ao trabalho práticas relacionais mais humanizadas que valorizam o profissional e que reconheçam, garantam e ampliem os direitos dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ASCARI, R. A. Retrospectiva das políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios do Sistema Único de Saúde – SUS. **Acta Jus** - Periódico de Direito, Maringá, v. 4, n. 1, p. 5-9, jun./ago, 2014.

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 mencionam e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 18 maio 1998. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm>.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais** /Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (**Cadernos MARE da reforma do estado**; v. 2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria Ministerial da Saúde nº 1.823 de 23 de agosto de 2012 (Federal). Institui a **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no séc. XX**. Parte I: Trabalho e Gerência. LTC Editora, 1ª Ed., 1974.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2013, v. 38, n. 127, pp. 25-27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>>. Epub 23 Jul 2013. ISSN 2317-6369. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. out, p.1924-1926, **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2013.

DUARTE, I.G., BOTAZZO, C. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Rev. Adm. Saúde**. v.11. nº45, 2009.

FERNANDES, L. E. M. Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde. [Dissertação de Mestrado]. **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, Vitória, 2017. 156 f. :il.

GUTIERREZ, G. L. Limites e Possibilidades das Intervenções em Qualidade de Vida nas Empresas In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 11-16.

MACHADO, J. M. H. ASSUNÇÃO, A. A. (Orgs.) **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte : UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.164p.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: **Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

MONTEIRO, M. I.; SIQUEIRA, C. E. G.; FILHO, H.R.C. Produção Justa e Sustentável, Meio Ambiente e Qualidade de Vida Corporativa. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 43 -50.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social**. Laís Abramo. Genebra: OIT, 2015. ISBN: 978-92-2-829683-9 (print); 978-92-2-829684-6 (web pdf).

PILATTI, L. A. Qualidade de Vida e Trabalho: perspectivas na Sociedade do Conhecimento. In: VILARTA, Roberto et al. (orgs.). **Qualidade de vida e novas tecnologia**. Campinas: IPES, 2007.

PILATTI, L. A. Qualidade de vida no trabalho e a teoria dos dois fatores de Herzberg: possibilidades-limite das organizações. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 51-62.

PRESOTO, L. H. Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, **Faculdade de Saúde Pública**, São Paulo, 2008.

SANTOS-FILHO, S. B. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: Construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

STRAUSS, A. L, CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2nd ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Disciplina Saúde do Trabalhador Caderno de Estudos**. Professora Ada Ávila Assunção. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social.66p. 2013.

VILARTA, R. Apresentação. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 09-10.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a contrarreforma do Estado e a sua nova proposta de gestão dos serviços públicos, o SUS contrata instituições privadas para gerirem seus serviços, principalmente, hospitais, com a justificativa de aumentar a eficiência e qualidade dos processos de compras, de provisão e de gestão de recursos humanos. Para problematizar questões que envolvem essa Nova Gestão Pública, por meio das OSS, no âmbito do trabalho em saúde, levando em conta o distanciamento entre essas organizações e o cumprimento das normas do direito brasileiro e do SUS, esta tese propôs a seguinte pergunta: como a gestão hospitalar das OSS impacta os trabalhadores da saúde?

O motivo desse questionamento foi reafirmar a importância do trabalhador para a qualidade da gestão e do cuidado em saúde nos serviços do SUS. Para respondê-lo e aprofundar o assunto, sugeri alguns objetivos: evidenciar e analisar aspectos organizacionais e de RH das OSS e como sua forma de gerir pessoal afeta os trabalhadores; descrever e analisar aspectos do adoecimento do trabalhador e suas causas nas equipes médica, de enfermagem, administrativa e multidisciplinar; identificar os principais aspectos relacionados à saúde e qualidade de vida do trabalhador. Tudo isso foi feito por meio de um estudo de caso único, em um hospital estadual público gerenciado por OSS, no Espírito Santo.

Tendo como base a literatura existente sobre o assunto, a pesquisa propôs a hipótese de que a gestão privada das OSS no SUS impacta negativamente os trabalhadores da saúde, é deficiente na produção e no monitoramento de indicadores e informações de recursos humanos e não se apresenta como referência de excelência em gestão do trabalho nos serviços de saúde. Ainda que grande parte dos entrevistados já tenha trabalhado ou ainda trabalhe em outro serviço gerenciado por OSS, tal hipótese mostrou-se confirmada nesse hospital e foi além, mostrando outros impactos da gestão por OSS nos profissionais da saúde.

Primeiramente, os profissionais de saúde dos hospitais pesquisados demonstraram saber da importância do SUS, decidiram trabalhar no serviço do SUS, principalmente, pela afinidade com o cuidado em saúde oferecido pelo SUS e poderiam colaborar

muito na estruturação de uma política de RH atenta à satisfação no trabalho, à saúde e à qualidade de vida, com vistas a melhorar e qualificar a atenção à saúde. Contudo, a gestão da OSS mostrou-se hierárquica e autocentrada, além de não oportunizar a participação dos profissionais nas decisões nem no planejamento institucional.

Ainda que as duas OSS que passaram nesse serviço durante a pesquisa tenham dado conta de aspectos importantes da gestão hospitalar, como o cumprimento dos contratos e agilidade nas compras, elas não priorizaram as necessidades do trabalhador, o que, conseqüentemente, comprometeu a qualidade da atenção à saúde. A falta de dados e informações visando aprimorar a gestão de RH e a ausência de monitoramento da avaliação dessa área sugere que os profissionais empregados por elas não são vistos, com a devida relevância, pelos gerentes.

Mesmo que os principais motivos de colocar OSS na gestão dos serviços de saúde sejam flexibilizar e aumentar a rapidez nos processos de aquisições de materiais, nas contratações de serviços e de pessoal, não ficou demonstrada a prioridade de contratar mão de obra especializada nem mesmo de formá-la e mantê-la, contradição fundamental para hospitais, onde há necessidade básica de trabalhadores qualificados para darem melhor assistência ao usuário (OPAS, 2004).

Houve deficiências graves na gestão de RH, como falhas na educação permanente, falta de plano de cargos e salários, aumento do trabalho precarizado, baixos salários e atrasos no pagamento deles, ausência de um setor para medir e ampliar a qualidade na atenção, contratos de gestão pouco transparentes, problemas no monitoramento contratual, carência de profissionais, crescente número de afastamentos por doenças, principalmente, mentais. Essas situações claras confirmaram as desvantagens em se ter OSS na gestão do serviço de saúde.

Apesar do discurso de que essas instituições privadas e sem fins lucrativos foram sendo criadas para gerarem resultados, economicidade e qualidade para os serviços hospitalares do SUS, a forma pouco zelosa e incoerente com que as instituições pesquisadas fizeram gestão de pessoas demonstrou que elas não cumpriram seu papel com êxito, haja vista a grande insatisfação dos empregados no trabalho, a

rotatividade e o absenteísmo elevados, ampliando gastos para reposição da mão de obra.

A forma de atuar das OSS na gestão de RH se mostrou focada apenas em prover pessoal, por vezes, em número insuficiente, com a finalidade de fazerem o serviço funcionar, mas sem investimentos perceptíveis na formação e na valorização do trabalhador e com poucas atitudes concretas para melhoria das condições de trabalho.

Quanto à ausência de informações no governo do ES sobre a gestão de RH das OSS nos hospitais terceirizados e à falta de padronização e incompletude dos dados e informações de RH concedidas pela OSS, cabe registrar o descaso e o desinteresse pelas condições de trabalho do trabalhador dos hospitais de gestão terceirizada no estado. Os achados da pesquisa e a ausência deles indicaram que as OSS não criaram alguma inovação significativa nem instituíram melhorias relevantes na gestão de RH.

É importante registrar que uma das OSS que gerenciava o hospital pesquisado não concedeu as informações de RH solicitadas, além de extraviar o processo administrativo com a solicitação de acesso aos dados administrativos e estratégicos de RH já aprovado pelo governo do estado. Houve a intenção de solicitar a concessão à OSS que sucedeu a primeira. Contudo, não houve tempo hábil.

Sobre os principais impactos da gestão hospitalar da OSS na saúde do trabalhador, foram apontados: precariedade, sofrimento, violência, sobrecarga de trabalho. Os depoimentos reforçaram o imperativo de promover e fortalecer a saúde do trabalhador, principalmente, na área mais afetada que foi a saúde mental, levando a questionar a atenção dada a tal questão pela gestão pública da SESA e pela gestão privada da OSS.

Os participantes afirmaram que a qualidade de vida, diretamente relacionada à saúde e à satisfação no trabalho, é muito importante para os trabalhadores da saúde e pouco promovida pela gestão da OSS. De acordo com os relatos, trabalhar menos horas e ter remuneração adequada à relevância do trabalho exercido são os fatores que mais

influenciariam na qualidade de vida do trabalhador. Contudo, não foi identificada nas OSS uma política que considerasse o bem-estar dos trabalhadores; pelo contrário, adotou-se um tipo de gestão institucional que não deu o devido valor às vivências e percepções dos trabalhadores que nelas atuam. Notou-se uma tendência de perpetuar no serviço relações trabalhistas precarizadas e de pouco diálogo com o trabalhador.

Em outubro de 2019, a primeira OSS que gerenciou o hospital pesquisado teve seu contrato com a SESA rescindido. O motivo principal foi uma Ação Civil Pública (ACP) feita pelo Ministério Público do Espírito Santo (MPES), o qual solicitou à justiça o imediato afastamento do Instituto. De acordo com reportagens no site do jornal A Gazeta¹², o documento apontou, além de várias irregularidades na gestão, que a OSS pode ter dado ao menos R\$ 37 milhões de prejuízo ao Estado devido à má gestão do serviço de saúde. A OSS informou que a suspensão do contrato foi feita em comum acordo com a SESA, alegando inviabilidade da manutenção do contrato pela instituição privada.

Os momentos de transição entre as gestões foram situações ditas como críticas pelos entrevistados, com muita insegurança acerca da manutenção do emprego no hospital e relatos de piora na assistência aos usuários. Diferentemente da primeira transição em 2017 entre poder público e OSS, na transição entre OSS em 2019, decorrentes da intervenção estatal, a maioria dos profissionais permaneceram, mas não receberam os salários daquele mês em dia.

Os médicos contratados como PJ sentiram-se o grupo mais prejudicado nesse momento, já que estavam com salários atrasados há mais tempo e o gestor estatal quitou de pronto a remuneração das outras categorias profissionais vinculadas ao hospital, mas não a deles. No dia seguinte à saída da primeira OSS, percebeu-se a falta de vários materiais, incluindo equipamentos de informática e documentos, assim como dados de gestão foram apagados nas máquinas que permaneceram, o que gerou vários transtornos ao trabalho, afirmaram os empregados.

¹² <https://www.agazeta.com.br/es/gv/ministerio-publico-pede-intervencao-estadual-no-himaba-1019>
<https://www.agazeta.com.br/es/gv/veja-15-irregularidades-na-gestao-do-himaba-apontadas-pelo-mp-1019>

Diante disso, outra OSS assumiu o hospital durante um período longo de intervenção, e, em seguida, uma equipe gestora da SESA precisou assumir o hospital, de forma direta, por um tempo, para reorganizar a gestão hospitalar. Outra OSS assumiu o hospital posteriormente.

Ainda que o estado do ES não tenha diminuído o número de hospitais sob gestão de OSS desde que isso ocorreu e tenha instituído nova lei das OSS, a LC nº993 de 2021 que revogou a LC nº489/2009, as experiências foram pouco exitosas com esse tipo de gestão, impedindo no estado do ES outras terceirizações com OSS desde então.

Mesmo assim, desde então, a gestão indireta continuou avançando no ES por meio da criação do Inova Capixaba, uma Fundação Estadual justificada pela necessidade de promover “inovação em Saúde”, criado em março de 2020 pelo Decreto Nº 4585-R, com personalidade jurídica de direito privado e autonomia administrativa, financeira e patrimonial, autorizada pela LC nº 924/2019, para fazer gestão de hospitais públicos no ES.

O secretário estadual de saúde na ocasião, em entrevista ao Observatório de Gestão Hospitalar da Fiocruz¹³, afirmou que o ES iria manter um modelo administrativo diversificado, com a supremacia da gestão estatal.

Houve controvérsias e questionamentos quanto a isso, inclusive porque a proposta da fundação é bastante parecida com a das OSS: “aperfeiçoar a gestão hospitalar, atuando na melhoria da saúde pública, na redução de custos, regulamentação de compras e cumprimento de metas de desempenho”¹⁴. Precisa-se, portanto, verificar se a fundação trouxe melhorias para a gestão hospitalar e como as mudanças afetaram os usuários do serviço e o trabalhador.

Quanto aos êxitos desta pesquisa, a metodologia adotada foi um caminho importante para alcançar os objetivos do estudo de caso proposto. Além disso, os objetivos do

¹³ <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/desafios-da-gestao-hospitalar-sesaes-implanta-fundacao-publica-de-direito>

¹⁴ Texto explicativo extraído do site <https://inovacapixaba.es.gov.br/fundacao>

estudo foram alcançados, e o caso conseguiu incluir entrevistas em número significativo, com representação de praticamente todos os setores e categorias profissionais, exceto dentistas e trabalhadores exclusivamente noturnos, na unidade hospitalar mais emblemática e problemática com gestão terceirizada do estado do ES.

Como limitações, tem-se que a pesquisa incluiu apenas um estado brasileiro, pequeno em rede de serviços, cujo hospital encontrava-se na capital e estava terceirizado há apenas dois anos. Faltou também analisar e descrever mais profundamente questões referentes à qualidade na gestão e na assistência à saúde desse hospital. Ainda foram fatores limitantes a falta de análises acerca de impactos envolvendo questões de gênero e de raça-cor, assim como ausência de detalhamentos sobre impactos específicos incididos em cada categoria profissional.

Além disso, apesar de os dados secundários solicitados aos quatro hospitais terceirizados serem diversos e abrangentes, os dados só foram concedidos em parte, e aqueles disponíveis estavam incompletos, impossibilitando comparações e análises específicas acerca da gestão de pessoas nessas instituições. O não envio dos dados solicitados, quer pelas OSS quer pela SESA, apesar de limitar as análises planejadas, nos levou a questionar os motivos disso. Por que os dados e informações de RH na gestão hospitalar terceirizada do ES não existem ou não são fornecidos para serem pesquisados? O que há neles que não poderia ser analisado e divulgado? Por que não há registros de RH desde o início dos contratos? Tais perguntas podem dar pistas acerca das intenções e problemas da gestão estadual de hospitais. Respostas a essas perguntas poderão ser abordadas em futuras pesquisas.

Logo, esta tese aponta para a necessidade de serem ampliados os estudos sobre a área de RHS nos serviços de gestão terceirizada no SUS, diversificando perguntas e métodos acerca da área de RH e sua relação com o tipo de gestão hospitalar adotado.

Para isso, precisa-se superar as dificuldades de acesso aos dados de RH e obtê-los, de forma completa e padronizada, em toda a rede de saúde no ES e no país. Recomenda-se que hospitais e demais serviços do SUS levantem, organizem e divulguem indicadores e informações de recursos humanos. A publicação dos dados poderia facilitar o monitoramento e a avaliação pela gestão pública, viabilizar novas

pesquisas acadêmicas e organizacionais e permitiria o controle social nessas instituições.

Finalmente, ainda que as OSS sejam defendidas como uma alternativa para lidar com a suposta gestão pública estatal ineficiente, sem qualidade e burocrática, os resultados desta pesquisa questionaram a qualidade e recomendam a avaliação da gestão de RH e das condições de trabalho pelas OSS, em instituições hospitalares públicas.

Levando em conta os relevantes impactos da gestão das OSS na qualidade do trabalho, na gestão de RH, na satisfação, na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores dos hospitais pesquisados e ainda considerando que as OSS não cumpriram sua função de qualificar os processos de contratação e de gestão de pessoas do serviço de saúde no qual atuavam, pode-se concluir que transferir a gestão dos serviços públicos de saúde para OSS não se mostrou uma escolha adequada para a gestão do trabalho no referido hospital público do SUS, no Espírito Santo.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo; 2011.

ALVES, S.M.P, COELHO, M.C de R, BORGES, L.H., CRUZ, C.A de M, MASSARONI, L, MACIEL, P.M.A. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. Oct;20. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2015. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.11592014>

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **Revista O social em Questão** – Ano XVIII, nº 34; 2015.

ARAÚJO, V.G.C.; FREITAS, W.R.de S.; ARAÚJO, E.G.. Gestão de Recursos Humanos em hospitais: análise da produção científica brasileira. **IV Simpósio Sul-Mato-Grossense de Administração**, UFTM. Maio de 2021.ISSN 2675-4185

ARIAS, E. H. L.; VITALINO, H. A.; MACHADO, M.H.; AGUIAR FILHO, W. et al. A Gestão do Trabalho no SUS. In: **Cadernos RH Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2006. (3)1.

ASCARI, R. A. Retrospectiva das políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios do Sistema Único de Saúde – SUS. **Acta Jus** - Periódico de Direito, Maringá, v. 4, n. 1, p. 5-9, jun./ago, 2014.

ASSUNÇÃO, A A. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da Saúde**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte; 2012.

ASSUNÇÃO, A. Á. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Cap. 21. In: Machado, J. M. H. Assunção, A. A. (Orgs.) **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 164p; 2012.

ASSUNÇÃO, A. Á.. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. Ciênc. saúde coletiva, 2003 8(4), 2003.

ASSUNÇÃO, A.A, BELISÁRIO, A.S, CAMPOS, F.E, D'ÁVILA, L.S. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S193-S201, 2007

BAGGENSTOSS, Sallí; DONADONE, Julio Cesar. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. **Latinoamérica**, Ciudad de México n. 59, p. 69-98, dic. 2014 . Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-85742014000200004&lng=es&nrm=iso>. accedido en 13 enero 2023. clides; 2009

BARBOSA, M.; ARAÚJO, E.A.S.. O Impacto da terceirização na vida e na saúde do trabalhador: Uma revisão da produção científica sobre o tema. **Anais do V SINGEP**, São Paulo, 2016.

BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciênc. e Saúde coletiva** (15) 5. 2497-2506, 2010.

BARCELOS, C.O.G; ANDRADE, M.V; BOTEGA, LA; MALIK, A.M. Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. **J Bras Econ Saúde** 2022; 14(Supl.1):15-30. DOI: 10.21115.

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. Ed. São Paulo: Cortez; 2008.

BERLINGUER, G. A relação entre saúde e trabalho do ponto de vista bioético. **Saúde soc.** 2(2) 101-134, São Paulo, 1993.

BITTAR, O. J. N. V. Hospital: qualidade e produtividade. Editora Sarvier; 1996.

BORGES, L. O. et al.. Impactos da terceirização em empregados efetivos: um caso na construção de edificações. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 176-189, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000200007&lng=pt&nrm=iso Acesso em 20 jan. 2023. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2016.2.672>.

BRANCO, A. C. C. A terceirização no serviço público: implicações e desafios para a saúde do trabalhador. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020. 236 f. : il. color. ; graf. Orientadora: Simone Santos Oliveira. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46207>>

BRANDHORST, J. K., COMPTON, C., SOLON, K., HUHLER, D., MCGILL, C. M., & BARNHART, L. (2023). What Can Grounded Theory do for Human Resource Development? An Approach for Post-Pandemic Research and Beyond. *Human Resource Development Review*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/15344843221149309>

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 mencionam e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 maio 1998. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm>.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais** /Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (**Cadernos MARE da reforma do estado**; v. 2)

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. **Imprensa Nacional**, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/ Secretaria da Reforma do Estado. Organizações sociais/ Secretaria da Reforma do Estado. Ministério da Administração e Reforma do Estado. **Cadernos MARE**, 1997 (2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria Ministerial da Saúde nº 1.823 de 23 de agosto de 2012** (Federal). Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>

BRASIL. **Portaria nº 2.309, de 28 de agosto de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Acesso em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2309_01_09_2020.html>

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no séc. XX**. Parte I: Trabalho e Gerência. LTC Editora, 1ª Ed., 1974.

BRESSER-PEREIRA, L. C.. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Jul./ago. 7-26, 2000.

BUCHAN, J. R, et al. Stress-specific composition, assembly and kinetics of stress granules in *Saccharomyces cerevisiae*. **J Cell Sci**, 124 (Pt 2):228-39. 2011.

BUSSINGUER, E. C. de A.; SALLES, S. M. A precarização do direito humano fundamental ao trabalho nas organizações sociais de saúde. **Espaço Jurídico Journal of Law [EJLL]**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 375–410, 2018. DOI: 10.18593/ejll.v19i2.16849. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/espacojuridico/article/view/16849>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CARDOSO, A.C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v. 27, n. 1, p.73-93; 2015.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M.I. C.. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2015, v. 13, n. 01 [Acessado 16 Janeiro 2023], pp. 45-66. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029>>. Epub 16 Dez 2014. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029>.

CEGATTI, F., CARNUT, L., MENDES, A. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos no SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. **J Manag Prim Health Care** [Internet]. 23 de outubro de 2020 [citado 20 de janeiro de 2023];12:1-41. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/978>

CEPELLOS, V. M; TONELLI, M. J. Teoria Fundamentada: Passo a passo e questões metodológicas na prática. *Bater. Revista de Administração Mackenzie*, v. 21, n. 5, pág. eRAMG200130, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ram/a/ZHvWGNHmNs8WSmVKtfr6hWF/?lang=pt&format=pdf>>

CHARMAZ, K. A construção da teoria fundamentada: Guia prático para análise qualitativa Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** [online]. 2013, v. 38, n. 127, pp. 25-27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>>. Epub 23 Jul 2013. ISSN 2317-6369. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100005>.

COELHO, E.B.S., SILVA, A.C.L.G., LINDNER, S.R. (Orgs.). **Violência: definições e tipologias** [recurso eletrônico] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. ISBN: 978-85-8267-038-5

COELHO, G. G. O Despertencimento Social de Trabalhadores Terceirizados em uma Universidade Pública: Relato de Experiência. **PSI UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, jan./jun. 2020, p. 83-92.

COELHO, V.S.P; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. – **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 59, no 3, 2016, pp. 867 a 901.

COSTA, N.R., RIBEIRO, J.M. Estudo comparativo do desempenho de hospitais em regime de organização social [report for the World Bank]. 2005.

DAL POZ et. alli. Agenda das organizações internacionais para o desenvolvimento de RH em saúde: novos problemas e soluções. In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. out, p.1924-1926, **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2013.

DEJOURS, C. **Psicopatologia do trabalho — Psicodinâmica do trabalho**. Laboreal, v.7, n.1, p. 13-16, 2011.

DUARTE, I.G., BOTAZZO, C. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Rev. Adm. Saúde**. v.11. nº45, 2009.

DUSSAULT, G., DUBOIS, C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Hum Resour Health**, 1, 1. doi:10.1186/1478-4491-1-1, 2003.

FERNANDES, L. E. M. Gestão de Pessoas e as Organizações Sociais de Saúde nos Hospitais Estaduais. Cap. 5. In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (Orgs.) **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. 1 Ed. HUCITEC Livros técnicos. 370p. 2019 ISBN: 9788584041442

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**, v. 16, n. 3, p. 955–973, set. 2018.

FERNANDES, L. E. M. Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde. [**Dissertação de Mestrado**]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória. 2017.156 f.: il.

FEUERWERKER, L. C. M., CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** (2)4. 965-971. 2007.

GLASER, B G; STRAUSS, A. **The Discovery of Grounded Theory: Strategy for Qualitative Research**. New Burnswick, London: Aldine; 2006.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, Jan-Mar, (38)1, 80-90, 1998.

GUTIERREZ, G. L. Limites e Possibilidades das Intervenções em Qualidade de Vida nas Empresas In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 11-16.

HAGEMANN, S. B.; KRÜGER, T.R.; HOLLANDA, A.A.. Organizações Sociais e os serviços públicos de saúde em Santa Catarina. **I Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social** - 2015 Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180798>> ISBN: 978-85-65044-13-4

IBGE. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil: 2016**. Coordenação de Cadastro e Classificações. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101647.pdf>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil: 2016**. Coordenação de Cadastro e Classificações. - Rio de Janeiro: IBGE; 2019. <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101647.pdf>>

JUNIOR, S.D.G; EBERHARDT, L. D. Terceirização, saúde e resistências: uma revisão da literatura científica do campo da saúde do trabalhador. **Trab.En(Cena)**, PALMÁSIO, Brasil, 2020, v5n1, pp. 05-27

KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A., ZWI, A. B., LOZANO, R.. et al. (2002). **World report on violence and health. World Health Organization**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>

KRÜGER, T. R., REIS, C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 135, p. 271-289, maio/ago. 2019. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.178>

LAVERDE, G. P. Recursos Humanos. Cap. X. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. (2). Editorial Médica Internacional; 2000. Buenos Aires, Argentina. Trad. Antonio Francisco Dieb Paulo. Editora Guanabara Koogan S.A.

LIMA, J. C. A terceirização e os trabalhadores: revisitando algumas questões. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2010, vol. 13, n. 1, pp. 17-26. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v13n1/v13n1a03.pdf>>

MACHADO, F. K. S.; GIONGO, C. R. e MENDES, J. M. R.. Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. **Rev. psicol. polít.** [online]. 2016, vol.16, n.36, pp. 227-240. ISSN 1519-549X.

MACHADO, J. M. H. ASSUNÇÃO, A. A. (Orgs.) **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.164p.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: **Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

MACHADO, M. H.; KOSTER, I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: Assunção AD, Brito J, organizadores. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011; p. 194-213.

MADARINI, M.B, ALVES, A. M., STICCA, M. G. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 16(2), abr-jun, pp. 143-152. USP. Ribeirão Preto, 2016.

MARCHAL, B.; KEGELS G. Health workforce imbalances in times of globalization: from Brain drain or professional mobility. **The International journal of health planning and management**, 18 Suppl 1. S89-101. 10.1002/hpm.720. 2003.

MELO, L.V.; PAESE, C.R.. As Organizações Sociais de Saúde e a gestão de hospitais públicos no Mato Grosso: contexto e implicações. *Sociais e Humanas*, Santa Maria, v. 26, n. 02, mai/ago 2013, p. 312-327.

MENDES, J. D. V., BITTAR, O.J.N.V. Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 14, n. 164, p. 33–47, 2017. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37833>. Acesso em: 22 jan. 2023.

MONTEIRO, M. I.; SIQUEIRA, C. E. G.; FILHO, H.R.C. Produção Justa e Sustentável, Meio Ambiente e Qualidade de Vida Corporativa. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 43 -50.

MORA, C.T.R.; RIZZOTTO, M.L.F. Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná. *Saúde debate* [Internet]. Oct; 39(107). *Saúde debate*, 2015 Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070695>

MORAIS, H. M. M. de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 1 [Acessado 10 Novembro 2022], e00194916. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>>. Epub 05 Fev 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>.

NOMURA, F.H., GAIDZINSKI, R.R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 setembro-outubro; 13(5):648-53

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social**. Laís Abramo. Genebra: OIT; 2015. ISBN: 978-92-2-829683-9 (print); 978-92-2-829684-6 (web pdf).

OLIVEIRA, S.P. GARCIA, A. C. P. **Variáveis e Indicadores para Análise de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030** [Internet]. 69ª Assembleia Mundial da Saúde; de 20 a 28 de maio del 2016; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2016 (resolução WHA69.19) [consultado em 13 de março de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf>

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável** [Internet]. Septuagésimo Período de Sessões da Assembleia Geral das Nações Unidas; de 15 de setembro de 2015 a 12 de setembro de 2016; Nova York. Nova York: ONU; 2015 (documento A/RES/70/1) [consultado em 13 de março de 2017]. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, Unidade de Recursos Humanos para a Saúde. **Informe sobre medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud.** Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2014 (Documento de trabalho).

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas.** Organização PanAmericana da Saúde. – Brasília, 2008. 174 p.: il. ISBN 978-85-87943-78-1. Disponível em:<
https://www.paho.org/bra/dmdocuments/redes_portugues.pdf>

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social.** Laís Abramo. ISBN: 978-92-2-829683-9 (print); 978-92-2-829684-6 (web pdf). Genebra: OIT; 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientação do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais – um recurso para empregadores e representantes dos trabalhadores.** Tradução: SESI/DN. Brasília: OMS; 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação Sobre a Saúde dos Trabalhadores.** 54º Conselho Diretor. 67.ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas em Washington, D.C., EUA, de 28 de setembro a 2 de outubro de 2015. Tema 4.7 da agenda CD54/10, Rev.1. Original: espanhol. OPAS; 2015.

OSBORNE, D. Reinventing Government. Public Productivity & Management Review, Vol. 16, nº 4. **Fiscal Pressure and Productive Solutions: Proceedings of the Fifth National Public Sector Productivity Conference** (Summer, 1993), pp. 349-356.

OSBORNE, D., GAEBLER, T. **Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público.** Trad. Sérgio Fernando Guarischi Bath e Ewandro Magalhães Jr. 7ª ed. MH Comunicação. Brasília, 1995.

PAHIM, M.L.L. **Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde** [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 341-360, 2001

PILATTI, L. A. Qualidade de vida no trabalho e a teoria dos dois fatores de Herzberg: possibilidades-limite das organizações. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo.** 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 51-62.

PILOTTO, B.S.; JUNQUEIRA, V.. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 130, p. 547-563, set./dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.123>

PIOVESAN, A., TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública** Ago; 29(4): 318-325.1995 .<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>>

PRESOTO, L. H. Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, **Faculdade de Saúde Pública**, São Paulo, 2008.

QUEIROZ, A.C.S.; ALBUQUERQUE, L.G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **R.Adm.**, São Paulo, v.48, n.4, p.658-670, out./nov./dez. 2013.

QUINHÕES, T. A. **O Modelo de Governança das Organizações Sociais de Saúde e a Qualidade do Gasto Público Hospitalar Corrente**. Brasília, DF: Prêmio Tesouro Nacional, 2009.

RAMOS, M. C. A., CRUZ, L.P., KISHIMA, V.C., POLLARA, W.M., LIRA, A.C.O., COUTTOLENC, B.C. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(43):1-10.

REIS, M. C.; COELHO, T. C. B. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, 28 (Physis, 2018 28(4)). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280419>

ROBBINS, S.P.; DECENZO, D.A.; WOLTWR, R. **Fundamentos da Gestão de Pessoas**. 1.ed.São Paulo: Saraiva, 2013. 320 p.

RODRIGUES, A. F. O.; SALLUM, S. B.; RAUPP, F. M. Eficiência dos hospitais estaduais de santa catarina: um comparativo entre modelos de gestão. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, 13(1), 068–084. 2020. <https://doi.org/10.14392/ASAA.2020130104>

RODRIGUEZ-GUZMÁN, J. Prefácio. In: Silveira, M. A. (org.). **Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho**. Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer: Campinas; 2014.

RYAN, G. W.; BERNARD, R. **Techniques to Identify Themes**. *Field Methods*; (15)1, 85–109. 2003.

SANCHES, Z. M. ET AL.. Estudo da mortalidade dos médicos no Estado de São Paulo, Brasil, no período 2000-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, jul. 2013.

SANTANA, V. G. D. Os diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as implicações de gestão do trabalho em saúde. **[Dissertação de Mestrado]**. Centro de Pesquisas Ageu Magalhães; 2015.

SANTANA, V.G.D.; SANTOS, P. M. dos. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. **Saúde em Debate**

[online]. 2017, v. 41, n. 112 [Acessado 12 Novembro 2022] , pp. 122-132. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711210>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711210>.

SANTOS, T. B. S., SOUZA, J. S. de ., MARTINS, J. S., ROSADO, L. B., e PINTO, I. C. DE M.. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde Em Debate**, 42(Saúde debate, 2018 42(spe2)). <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S217>

SANTOS-FILHO, S B. Um olhar sobre o trabalho em Saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva; 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da saúde: Construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (orgs). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SCHEFFLER, R., COMETTO, G., TULENKO, K., BRUCKNER, T., LIU, J., KEUFFEL, E. L, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (**Human Resources for Health Observer Series**, Issue No. 17) [consultado em 14 de março de 2017]. Disponível em inglês em:<<http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>>

SCHEFFLER, R.; COMETTO, G.; TULENKO, K.; BRUCKNER, T.; LIU J, KEUFFEL EL, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (**Human Resources for Health Observer Series**, Issue No. 17) [consultado em 14 de março de 2017]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>

SILVA FILHO, A. P., BARBOSA, J. C. O potencial de um estudo piloto na pesquisa qualitativa. **Reveduc**; v.13, n.3, p. 1135-1155, set. /dez. DOI: <<http://dx.doi.org/10.14244/198271992697>> 2019

SILVA, L. A. DE T. E; JÚNIOR, E. G.; CAMARGO, M. L. Terceirização é prejudicial à saúde: um estudo bibliográfico nacional sobre a precarização do trabalho. **Revista Labor**, v. 1, n. 21, p. 76-97, 4 abr. 2019.

SILVA, S. M; BAPTISTA, P. C. P. Novos olhares sobre o sujeito que adoece no trabalho hospitalar. **Cogitare Enferm.** Jan/Mar; 18(1):163-6; 2013

SIMÕES, F. H. S., PAIM, C. R. P.; ZUCCHI, P. Análise dos critérios de avaliação de desempenho dos hospitais gerenciados pelas organizações sociais de saúde em relação aos hospitais tradicionais no estado de São Paulo. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 15, n. 2, p. 16 - 21, 2013.

SOARES, G.B.; MARTINS, M.A.C.. A participação social ante as Organizações Sociais de Saúde em Mato Grosso: Um estudo de caso sobre a resistência dos movimentos populares. Cap. 7. In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (Orgs.) **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. 1 Ed. HUCITEC Livros técnicos. 370p. 2019 ISBN: 9788584041442

SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A. Organizações Sociais e Privatização da Saúde: A Discricionariedade dos Contratos de Gestão com o Terceiro Setor. Cap. 2. In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (Orgs.) **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. 1 Ed. HUCITEC Livros técnicos. 370p. 2019 ISBN: 9788584041442

SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E.C.A.; BAHIA, L. (Orgs.) **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. 1 Ed. HUCITEC Livros técnicos. 370p. 2019 ISBN: 9788584041442

SPRADLEY, J P. **The Ethnographic Interview**. Belmont, CA: Wadsworth Group & Thomson Learning; 1979.

STRAUSS, A. L, CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2nd ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.

SUSABOWSKA, Katarzyna. Application of the Grounded Theory Methodology in HRM Research Within Private and Public Sector – An Attempt at a Meta-Analysis of Articles Published on the ISI Master Journal List Between 2010 and 2014. **Problemy zarządzania - management issues**. 2016; 14 (3(61)): 167-190. DOI: 10.7172/1644-9584.61.10GICID: 01.3001.0011.7729.

THIOLLENT, M. Estudos Organizacionais: possível quadro referencial e interfaces. **Revista Brasileira de Estudos Organizacionais**. v. 1. n. 1, p. 17-29, jun. 2014, e ISSN: 2447-4851.

TURINO ET. AL, 2022 Turino F, Filippon J, Sodré F, Siqueira CE. Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social Health Organizations in Brazil. **International Journal of Health Services**. 2021;51(1):90-100. doi:10.1177/0020731420961286.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Disciplina Saúde do Trabalhador Caderno de Estudos**. Professora Ada  vila Assun o. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social.66p. 2013.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/ UFMG; 2009, Coopmed (2).

VALENÇA, M. C. de A., BARBOSA, A. C. Q.. A terceiriza o e seus impactos: um estudo em grandes organiza es de Minas Gerais. **Revista De Administra o Contemporânea**, 6(Rév. adm. contemp., 2002 6(1)). <https://doi.org/10.1590/S1415-6552002000100010>

VASCONCELLOS, L. C. F; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2017, v. 41, n. 113 [Acessado 6 Julho 2022], pp. 605-617. <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711320>>.

VERAS, M.O. Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais. **Dissertação (Mestrado)**. Universidade Federal de Goiás, Campus Aparecida de Goiânia, Programa de Pós-Graduação em Administração Pública em Rede Nacional, Goiânia, 2018. LXXIII, 73 f.: il.

VIEIRA, P. S. **O trabalho em saúde nos hospitais de gestão terceirizada: o caso do Estado de Goiás**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, 2013. 222 f. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3002>. Acesso em 16 jan. 2023.

VILARTA, R. Apresentação. In: Roberto Vilarta; Gustavo Luis Gutierrez. (Org.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo**. 1 ed. Campinas: IPES Editorial, 2008, v. , p. 09-10.

VILLAS BÔAS, B. IBGE: Número de organizações sociais que gerem estabelecimentos de saúde sobe 76%. **Valor Econômico**. Rio de Janeiro, 25/09/2019. Brasil. Disponível em:<<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/09/25/ibge-numero-de-organizacoes-sociais-que-gerem-estabelecimentos-de-saude-sobe-76percent.ghtml>>

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal Of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 195-219, 2002.

YANO, S. R. T; SOUZA, E. M. Prevenção dos transtornos mentais relacionados ou não ao trabalho: ações para a prática nas organizações. In: Silveira, M. A. (org.). **Aspectos psicossociais e sustentabilidade em organizações: saúde, segurança e qualidade de vida no trabalho**. Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer: Campinas; 2014

ZAGANELLI, J. C. Transparência na contratação de Organizações Sociais de Saúde: a urgência do acesso à informação na lei nº 12.527/11 para a garantia da economicidade e da eficiência na saúde pública. **Dissertação (Mestrado)**. Faculdade de direito de Vitória, Programa de Pós-graduação em Direitos e Garantias Fundamentais, 2016. 183 pp. Disponível em: <http://repositorio.fdv.br:8080/bitstream/fdv/264/1/Juliana%20Costa%20Zaganelli.pdf>

APÊNDICE I - INDICADORES DE GESTÃO RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS

O período compreendido de fornecimento dos dados é do início contratual até a consolidação dos dados em 2018. Caso algum dado só tenha começado a ser levantado em 2019, será discriminado e justificado.

Os indicadores consolidados devem ser apresentados **por ano**, desde o início do contrato. Apontar a data inicial e observações específicas. Sobre os dados qualitativos, favor descrever e incluir índices afins mensurados pela instituição. Haverá modelo de planilha de dados (formato excel .xls)

Dados 1

- quantidade de profissionais contatados diretamente pelo hospital
- quantidades e tipos de contratação de empregados (celetistas, contrato temporário, pessoa jurídica, cooperativas, outros)
- quantidade de profissionais cedidos pela secretaria de saúde (ou gestão pública) para atuação dentro do hospital e em quais áreas
- quantidade de funcionários terceirizadas, por tipos e locais de trabalho

Dados 2

- perfil da força de trabalho (áreas administrativa e assistencial): gênero · faixa etária · escolaridade · tempo de permanência média na empresa · número de funcionários por jornada de trabalho
- dimensionamento da força de trabalho – quantidade, função e carga horária de trabalho
 - geral: médico, enfermeiro, enfermagem, administrativo e apoio assistencial · número de estagiários, aprimorandos (residentes e outros) e terceiros.
 - específico: médico (assistencial) médico (auditor, perito, vigilância, pesquisa, ensino e planejamento) enfermeiro (assistencial) enfermeiro (auditor, vigilância, pesquisa, ensino e planejamento) enfermagem administrativo (nível superior) administrativo (nível médio) apoio assistencial (nível superior) apoio assistencial (nível médio)
- ampliação ou redução do quadro de funcionários (por área e categoria): % de aumento ou redução da mão de obra e em quais categorias
- absenteísmo: % (taxa, índice)
- rotatividade (*turn over*): % (taxa, índice) não incluir as pessoas que trabalham menos de 20 horas semanais.
- admissão (% taxa, índice)
- desligamento (% taxa, índice)
- recrutamento e seleção: incluir números e índices relacionados a este assunto, como tempo de preenchimento de vaga (tempo médio de recrutamento/ número de processos de recrutamento por grupo de cargo).
- bem-estar / qualidade de vida: descrever quais atividades e projetos institucionais visam o bem-estar e a qualidade de vida dos seus empregados
- saúde do trabalhador (promoção/intervenção): registrar número de trabalhadores envolvidos em ações de prevenção, promoção e intervenção em saúde física e mental. descrever quais as ações e as equipes (multidisciplinar ou não) envolvidas.
- segurança no trabalho: incluir taxa de acidentes, iniciativas de prevenção; relação porcentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital; número de acidente(s) de trabalho típico, número de acidente(s) de trabalho com afastamento menor que 15 dias, número de acidente(s) de trabalho com afastamento maior que 15 dias. Apontar também o número de participantes em ações de prevenção de acidentes.
- afastamento por doença: número de afastamento por CID (código de identificação de doenças)
- treinamento e desenvolvimento / formação continuada / educação permanente: relação entre o número de horas dos funcionários participantes em cursos (e outras atividades de educação e formação) e o número de horas trabalhadas.
- despesas salariais: totais por categoria; incluir na planilha de dados
- remuneração e benefícios: salários médio por categoria, benefícios; incluir na planilha de dados.

- número de profissionais por leito: relação pessoal / leito, incluir contratados e terceiros
- avaliação: registrar as formas e períodos em que as pessoas são avaliadas no seu trabalho
- compensação: dizer como são organizadas e acordadas a compensação de horas trabalhadas além da carga horária
- comprometimento da organização com os empregados: dizer se há política e ações de recursos humanos escritas, divulgadas e disponíveis para consulta; e se estas são avaliada
- comunicação: descrever os mecanismos e formas de comunicação da direção com os colaboradores (sistema, emails, quadros, jornais, outros)
- desenho/definição do trabalho: dizer se hospital possui descrito e e onde está disponível o desenho das tarefas, atribuições e funções de cada cargo, incluindo a quem se reportar e quem supervisionar.
- esquemas de recompensa e pagamento contingente: quais são os benefícios oferecidos e instrumentos, de natureza material e imaterial, que constituem a contrapartida da contribuição prestada pela organização aos resultados e metas do hospital
 - estratégias de RH: quais são as ações do rh que aproximam os empregados das estratégias da organização. responder como o planejamento do rh se alinha com o planejamento estratégico da organização.
- organização do trabalho: explicar como o hospital se organiza e gerencia os trabalhos, desde a formulação de projetos, estratégias, objetivando a segurança do colaborador e a eliminação de aspectos que atrapalham os processos administrativos e o cuidado em saúde.
- participação/ motivação / reconhecimento: quais são as ferramentas de gestão para estimular a participação, a motivação e o reconhecimento do trabalho
- promoção/pagamento vinculado a *performance*: dizer quando e como os empregados são promovidos ou reconhecidos financeiramente por sua performance
- segurança de emprego (estabilidade): aqui não se trata da estabilidade absoluta (ou plena), como a do servidor estatutário, mas da primazia da instituição por estabelecer vínculos empregatícios determinados e se responsabilizar pela formação e melhoria de seu pessoal, não priorizando contratos temporários ou apenas pagamentos por serviços, sem direitos trabalhistas. Descrever como a instituição lida com isso.
- plano de carreira: responder como a instituição faz para reter as pessoas e desenvolver seus potenciais. Relacionar as possibilidades de crescimento, se há um programa estruturado que estipula o caminho que cada funcionário vai percorrer dentro da organização, as competências necessárias para cada posição hierárquica e o que a empresa espera do seu trabalho.
- trabalho em equipe: quais formas a instituição dispõe para estimular e melhorar o trabalho em equipe, assim como as relações interpessoais
- qualidade: explicar se o hospital possui um sistemas e ações de qualidade e quais partes referem-se a recursos humanos
- desempenho: explicar como a instituição avalia o desempenho dos seus funcionários, se há uma avaliação sistemática ou outras formas de avaliar, quais são e quando são aplicadas.
- pesquisa / produção científica: registrar o compromisso da instituição com a pesquisa científica e se o hospital produz estudos
- clima: existe pesquisa de clima, como e com que frequência é feita, dizer se os resultados são divulgados e possíveis mudanças implementadas
- sistemas de monitoramento e controle: qual sistema de monitoramento de recursos humanos que o hospital utiliza? O foco é apenas departamento pessoal (dados, admissão, demissão, direitos) ou inclui o gerenciamento (estratégias, questões comportamentais, registros de desempenho e feedbacks)? Se não houver sistema informatizado, dizer como o monitoramento e controle são feitos
- satisfação / felicidade: qual o índice de satisfação do empregado com a instituição e quais as ações para ouvir e responder o funcionário, melhorando sua satisfação.

APÊNDICE II - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

A) Identificação do entrevistado

Idade:

Formação:

Função:

Como entrou na instituição:

Carga horária/turno:

Tempo de trabalho na instituição:

Quantidade e tipos de vínculos que possui:

B) Questões:

1. Qual foi sua motivação para iniciar este trabalho?
2. Como tem sido sua experiência neste hospital?
3. Que fatores são responsáveis por sua satisfação ou insatisfação?
4. O que ser melhorado para os empregados desta instituição serem mais satisfeitos e motivados?
5. Quais as principais dificuldades enfrentadas no trabalho?
6. A remuneração é satisfatória? Por quê?
7. Você já se afastou do trabalho para tratar sua saúde? Por quanto tempo e para qual problema?
8. O problema de saúde que gerou o afastamento já existia ou surgiu após a inserção neste trabalho?
9. Você diria que sua qualidade de vida melhorou ou piorou após a inserção neste trabalho? Por quê?
10. Você observa adoecimento em seus colegas de trabalho? Quais os principais tipos e causas?
11. Você sairia deste trabalho? Por quê?
12. Existe educação permanente neste hospital e qual sua importância para o trabalho em saúde?
13. Qual sua visão sobre haver Organizações Sociais gerenciando hospitais públicos?

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TEMA DA PESQUISA: IMPACTOS DA TERCEIRIZAÇÃO POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NOS TRABALHADORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS

PESQUISADORA: Lorena Estevam Martins Fernandes - Doutoranda

Contatos: lorenaestevam@hotmail.com / 27 999796707

Prezado (a) participante:

A pesquisa em questão objetiva: Analisar os impactos da terceirização por Organizações Sociais de Saúde nos trabalhadores dos hospitais públicos estaduais do Espírito Santo e será realizada com os trabalhadores deste hospital a partir de setembro de 2019.

A pesquisa faz parte da Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, área de concentração: Política e Gestão em Saúde. Destacamos que a sua participação nesse estudo é voluntária e gratuita, se você decidir interromper ou desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Registramos que sua participação envolve uma entrevista que será gravada mediante permissão e que tem a duração média 22 minutos. Registramos que não serão divulgadas imagens e nem identificados as informações fornecidas por você.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela equipe de pesquisa, cujos dados encontram-se neste cabeçalho. O Você receberá uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Vitória, ___ de _____ de 20__.

Pesquisadora - Lorena Estevam Martins Fernandes

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO BRASIL: CARTOGRAFIA DE UM COMPLEXO ECONÔMICO INDUSTRIAL DA SAÚDE

Pesquisador: ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52909416.1.0000.5073

Instituição Proponente: Sociedade de Ensino Superior de Vitória

Patrocinador Principal: Sociedade de Ensino Superior de Vitória

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.113.663

Apresentação do Projeto:

O projeto encontra-se dentro das normas, possui fundamentação teórica e apresenta de forma clara seu objeto de estudo.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem como objetivo primário o estudo das organizações sociais de saúde no Brasil e no Espírito Santo (ES) com o intuito de mapear a cartografia de um complexo econômico industrial da saúde. Apresenta, ainda, 5 objetivos secundários, todos claros e bem delimitados. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas, estudo de caso e levantamento bibliográfico, documental e de dados sobre as organizações sociais, organizações sociais de saúde, política de saúde, gestão, recursos humanos e o financiamento em saúde. Acredita-se que permitirá também verificar geograficamente suas áreas de atuação, onde gerenciam serviços no Brasil e no ES e, uma possível formação de monopólios da gestão desses serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É apontado como benefício do estudo o fornecimento de elementos e subsídios de análise sobre a gestão e financiamento das OSS's nos serviços de saúde à Secretaria estaduais de saúde no Brasil e em especial à do Espírito Santo (SESA/ES), o que, de fato, pode ser alcançado, caso os objetivos sejam atingidos. Não são apontados riscos.

Endereço: Rua Juiz Alexandre Martins de Castro Filho, nº 215

Bairro: Santa Lucia

CEP: 29.056-295

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3041-3613

E-mail: comitedeetica@fdv.br

Continuação do Parecer: 4.113.663

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de tema com relevância social e jurídica e o estudo apresenta-se muito bem fundamentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Considerando que toda pesquisa envolve riscos, sugere-se que seja apontada a existência de riscos inerentes à pesquisa científica.

Anexar roteiro de entrevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo deve ter continuidade. Considerando que toda pesquisa envolve riscos, sugere-se que seja apontada a existência de riscos inerentes à pesquisa científica.

Anexar roteiro de entrevista.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_152655_2_E1.pdf	11/05/2020 21:22:18		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/01/2016 13:28:38	ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	29/01/2016 13:07:35	ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/01/2016 13:06:08	ELDA COELHO DE AZEVEDO BUSSINGUER	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Juiz Alexandre Martins de Castro Filho, nº 215

Bairro: Santa Lucia

CEP: 29.056-295

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3041-3613

E-mail: comitedeetica@fdv.br

Continuação do Parecer: 4.113.663

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 26 de Junho de 2020

Assinado por:
PAULA CASTELLO MIGUEL
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Juiz Alexandre Martins de Castro Filho, nº 215

Bairro: Santa Lucia

CEP: 29.056-295

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3041-3613

E-mail: comitedeetica@fdv.br