

FACULDADE NOVOS HORIZONTES
Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO:
um estudo entre enfermeiros emergencialistas e não
emergencialistas de um hospital público municipal**

Leila de Fátima Santos

Belo Horizonte
2010

Leila de Fátima Santos

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO:
um estudo entre enfermeiros emergencialistas e não
emergencialistas de um hospital público municipal

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

Linha de Pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações.

Área de Concentração: Organização e estratégia.

Belo Horizonte
2010

S237q

Santos, Leila de Fátima

Qualidade de vida no trabalho: um estudo entre enfermeiros emergencialistas e não emergencialistas de um hospital público municipal / Leila de Fátima Santos. – Belo Horizonte: FNH, 2010.

151 f.

Orientador: Profº Drº Luiz Carlos Honório

Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração

1. Qualidade de vida no trabalho. 2. Enfermagem. 3. Hospital público - Organização. 4. Ambiente de trabalho. I. Honório, Luiz Carlos. II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título

Ficha elaborada pela Bibliotecária da Faculdade Novos Horizontes

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão na Dissertação de Mestrado, área de concentração: Organização e Estratégia, de autoria de LEILA DE FÁTIMA SANTOS, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Carlos Honório, apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, intitulada: "QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: um estudo entre enfermeiros emergencialistas e não emergencialistas de um hospital público municipal", contendo 154 páginas.

Dados da revisão:

Ortográfica

Redação

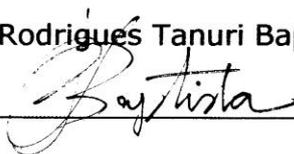
Normalização bibliográfica

Início: 9/02/2010 Término: 16/02/2010

Belo Horizonte, 16/02/2010.

Prof.(a): Patrícia Rodrigues Tanuri Baptista

Assinatura: _____



AGRADECIMENTOS

A Deus, por conceder forças, sabedoria, proteção e luz em todos os momentos de minha vida.

A minha família, pelo amor e carinho dispensados em tantos momentos. Obrigada pela força e torcida.

Ao meu marido Wallace, pela paciência e compreensão, durante esse momento importante. Grata “por suportar” a minha ausência ao longo dessa jornada.

Ao meu orientador, Luiz Carlos Honório, por guiar-me com inteligência à melhor direção, por ensinar-me a respeitar o meu tempo e pela paciência com minha “demasiada teimosia”.

À professora Kely Paiva, por ter possibilitado meus primeiros passos no mundo da pesquisa, pelo prazer da convivência e das “vivências”.

Aos professores e funcionários da Faculdade Novos Horizontes, pelo acolhimento, pelos ensinamentos e inúmeras contribuições.

A Edna (Secretária do Mestrado), pela presteza e atenciosidade dispensadas, pelas “revisões” e disponibilidade em sanar minhas dúvidas.

Às amigas Lulude e Vera, pelos momentos de angústia e alegria vividos ao longo desse percurso, pelo crescimento conjunto e cumplicidade.

Aos colegas, Geraldo, Ivan, Valéria e Zeila, pela amizade construída durante o mestrado.

À Letícia, pelo grande incentivo e apoio no início dessa trajetória.

Ao Instituto Metodista Izabela Hendrix, por me lançar nessa caminhada e incentivar o aprimoramento acadêmico.

A Ana Cândida, por compartilhar suas experiências tão enriquecedoras. Obrigada por saber me ouvir.

A Aurélia, por participar efetivamente da realização deste estudo.

Ao Lourivaldo, pela disponibilidade em ajudar, sempre de maneira delicada e competente.

A Heloisa Tobias, pelo carinho e por contar-me um pouco a história do HOB.

A toda a equipe da GSAT, por fazerem parte de todo o processo, pelo apoio, incentivo, convivência e aprendizado. Obrigada por compreenderem as ausências e por seguirem adiante com os nossos desafios no cotidiano do trabalho.

Ao HOB, por favorecer a construção deste conhecimento e gentilmente ceder seu espaço para a realização desta pesquisa.

Aos enfermeiros que participaram deste estudo, que cruzaram meu caminho, pelos quais tenho um carinho especial, e àqueles com quem ainda espero o prazer de conviver. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma maneira, me apoiaram neste percurso. *Muito Obrigada!*

Em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar

Foucault

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal analisar a qualidade de vida no trabalho do enfermeiro, dado o caráter emergencialista e não emergencialista do trabalho realizado por esse profissional em um hospital público inserido na rede de atendimento exclusivo ao SUS da cidade de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo de caso, de natureza descritiva e analítica, com abordagem quantitativa e qualitativa, fundamentado no modelo de Westley (1979), que aborda a qualidade de vida no trabalho a partir de quatro dimensões: econômica, política, psicológica e sociológica. Participaram desta pesquisa uma amostra de 95 enfermeiros, o que corresponde a um percentual de 68,8% em relação ao total de enfermeiros da instituição, representativos dos dois tipos de atendimento: não emergencial (66,6%) e emergencial (76,6%). Os dados de pesquisa foram coletados em duas etapas: a primeira consistiu na aplicação de um questionário, contemplando dados demográficos e ocupacionais e questões relativas às dimensões de QVT. A segunda etapa compreendeu a realização de entrevistas semiestruturadas, com um percentual de 10% dos respondentes do questionário, com o propósito de aprofundar nos achados mais significativos da fase quantitativa. Os dados foram tratados por meio da estatística descritiva e bivariada e analisados pelo método de análise de conteúdo. Considerando-se os aspectos demográfico-ocupacionais da pesquisa, concluiu-se que a instituição é composta, em sua maior parte, por profissionais do sexo feminino, solteiras, sem filhos, com idade inferior a 30 anos e com algum tipo de especialização *latu sensu* em curso. Além disso, fazem parte do quadro institucional há menos de 5 anos, são efetivas pelo regime estatutário, com jornada de 30 horas semanais, percebendo uma remuneração inferior a R\$2.500,00 e compondo a frente de trabalho não emergencial do hospital. Quanto aos resultados de QVT, observou-se que a dimensão econômica mostrou-se a mais frágil entre as quatro dimensões abordadas no estudo. As dimensões políticas e psicológicas, na percepção dos enfermeiros, são passíveis de melhorias, pois apresentaram índices intermediários entre satisfação e insatisfação. Já a dimensão sociológica foi a única, no ponto de vista dos enfermeiros, satisfatória. Considerando os resultados globais de cada dimensão, observou-se que não existem diferenças significativas, entre os enfermeiros que atuam no atendimento não emergencial e emergencial. Porém, analisando as variáveis que compõem cada uma dessas dimensões, constatou-se que existem diferenças representativas. No parecer dos enfermeiros não emergencialistas, a qualidade da supervisão foi avaliada positivamente. A disponibilização de materiais e equipamentos para a execução das atividades, a participação nas decisões e resolutividade dos conflitos são indicadores que precisam de melhorias na percepção desse grupo. Já no parecer dos enfermeiros emergencialistas, a disponibilização de materiais e equipamentos e a segurança no emprego foram vistos de modo satisfatório, enquanto a qualidade da supervisão, volume de trabalho e salário em relação à contribuição efetiva, na percepção desse grupo, precisam ser revistos. Um achado comum foi a satisfação dos enfermeiros em relação ao respeito e tratamento recebidos da chefia, oportunidade de conhecer pessoas no ambiente de trabalho, o trabalho em equipe, a habilidade da equipe frente à assistência ao paciente, o uso de diferentes habilidades aplicadas na realização do trabalho, o relacionamento em equipe e a liberdade de expressão no hospital. Outro resultado comum foi a avaliação negativa a respeito da atuação sindical, na representação da categoria.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida no Trabalho; Enfermagem; Papel do Enfermeiro; Hospital.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze, quality of work life of nurses, given the emergency and non-emergency work performed by these professionals in a public hospital inserted into the network of exclusive attention to the SUS in the city of Belo Horizonte. This is a comparative case study, descriptive and analytical, with quantitative and qualitative approach, based on Westley's pattern (1979), approaching quality of work life from four dimensions: economic, political, psychological and sociological. A sample of 95 nurses participated in this study, representing 68.8% over the total number of nurses of the institution, representing the two types of treatment: non-emergency (66.6%) and emergency (76.6 %). Survey data were collected in two stages: the first consisted of a questionnaire, covering demographic and occupational data and issues related to the dimensions of QWL (Quality of Work Life). The second stage consisted of semi-structured interviews, with 10% of respondents of the questionnaire, in order to peruse the most significant findings of the quantitative phase. The data were processed by using descriptive statistics and bivariate analysis, and analyzed through the content analysis method. Considering the demographic and occupational aspects of the research, it was concluded that the institution is made up mostly by female professionals, single, with no children, younger than 30 years and with some kind of *latu sensu* specialization courses. They are part of the institutional framework within 5 years, employed under a statutory scheme, with a 30-hour workday per week, receiving a salary less than R\$ 2,500.00 and on the work front of a non-emergency hospital. Considering the results of QWL, it was observed that the economic dimension proved to be the weakest among the four dimensions addressed in the study. The political and psychological dimensions according to nurses are subject to improvements, since they showed intermediate rates between satisfaction and dissatisfaction. The sociological dimension was the only one satisfactory in accordance with the nurses. Considering the overall performance of each dimension it was observed that there are no significant differences between nurses working in non-emergency and emergency care. However, analyzing the variables that make up each of these dimensions it was found that there are representative differences. According to non-emergency nurses, the quality of supervision was assessed positively. In accordance with this group the availability of materials and equipment for the implementation of activities, participation in decisions and resolution of conflicts are indicators for improvement. In the opinion of emergency nurses, the availability of materials and equipment and job security were seen satisfactorily, while the quality of supervision, workload and salary in relation to the effective contribution should be revised. A common finding was the satisfaction of nurses considering the respect and treatment received from supervisors, the opportunity to meet people in the workplace, teamwork, the ability of the team to patient care, the use of different skills applied at work, the team relationship and freedom of expression in the hospital. Another common result was a negative assessment about the union activity, while representing the category.

Keywords: Quality of Working Life; Nursing, Nurse's Role; Hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEPREM – Beneficência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

GPET – Gerência de desenvolvimento de pessoas e do trabalho

HOB – Hospital Municipal Odilon Behrens

OIT – Organização Internacional do trabalho

ONU – Organização das Nações Unidas

PNH – Política Nacional de Humanização

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Evolução do conceito de Qualidade de Vida no Trabalho	22
Quadro 2 – Raízes da qualidade de vida no trabalho	33
Quadro 3 – Principais pesquisas sobre QVT no Brasil	36
Quadro 4 – Variáveis e indicadores do estudo	48
Quadro 5 – Prioridades de Acolhimento com Classificação de Riscos	58
Quadro 6 – Distribuição de enfermeiros por unidade, de acordo com o vínculo empregatício nos anos de 1995, 2005 e 2009	62
Quadro 7 – Indicadores das dimensões de QVT para o grupo não emergencial e emergencial	116
Figura 1 – Dinâmica da visão biopsicossocial.....	35
Figura 2 – Variáveis da pesquisa.....	47
Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frente de trabalho.....	64
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo.....	64
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária.....	65
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo o estado civil.....	65
Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo número de filhos.....	66
Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo o grau de escolaridade.....	66
Gráfico 7 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de trabalho na instituição	67
Gráfico 8 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tipo de vínculo empregatício.....	68
Gráfico 9 – Distribuição dos enfermeiros segundo a carga horária semanal.....	68
Gráfico 10 – Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa salarial mensal.....	70
Gráfico 11 – Distribuição dos enfermeiros segundo a atividade exercida em outras instituições.....	71
Gráfico 12 – Distribuição dos enfermeiros segundo o número de instituições em que exercem atividades	71
Gráfico 13 – Distribuição dos enfermeiros segundo a importância da remuneração recebida	72
Gráfico 14 – Avaliação dos escores referentes às dimensões de qualidade de vida no trabalho para o grupo não emergencial	74
Gráfico 15 – Avaliação dos escores referentes às dimensões de qualidade de vida no trabalho para o grupo emergencial	75
Gráfico 16 – Avaliação comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, em relação à dimensão econômica	83
Gráfico 17 – Avaliação comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, em relação à dimensão política	91
Gráfico 18 – Avaliação comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, em relação à dimensão psicológica	99
Gráfico 19 – Avaliação comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, em relação à Dimensão Sociológica.....	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo a unidade de atuação.....	69
Tabela 2 – Caracterização do grupo não emergencial segundo a dimensão econômica.....	77
Tabela 3 – Caracterização do grupo emergencial segundo a dimensão econômica	79
Tabela 4 – Caracterização do grupo não emergencial segundo a dimensão política.....	84
Tabela 5 – Caracterização do grupo emergencial segundo a dimensão política.....	89
Tabela 6 – Caracterização do grupo não emergencial segundo a dimensão psicológica	93
Tabela 7 – Caracterização do grupo emergencial segundo a dimensão psicológica	97
Tabela 8 – Caracterização do grupo não emergencial segundo a dimensão sociológica	100
Tabela 9 – Caracterização do grupo emergencial segundo a dimensão sociológica	102
Tabela 10 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as duas categorias de frente de trabalho	106
Tabela 11 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as três categorias do tempo de trabalho na instituição.....	107
Tabela 13 – Avaliação dos escores referentes aos indicadores de QVT por sexo	109
Tabela 14 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as duas categorias da faixa etária	111
Tabela 15 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as três categorias do estado civil	112
Tabela 16 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as três categorias do tempo de trabalho na instituição	114
Tabela 17 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as três categorias de vínculo empregatício	114
Tabela 18 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as duas categorias de frente de trabalho	115
Tabela 19 – Caracterização da amostra total segundo as dimensões da qualidade de vida no trabalho	147
Tabela 20 – Avaliação dos escores referentes às dimensões de qualidade de vida no trabalho na amostra total.....	147
Tabela 21 – Caracterização da amostra total segundo a dimensão econômica.....	147
Tabela 22 – Caracterização da amostra total segundo a dimensão política.....	148
Tabela 23 – Caracterização da amostra total segundo a dimensão psicológica.....	148
Tabela 24 – Caracterização da amostra total segundo a dimensão sociológica.....	148
Tabela 25 – Avaliação dos escores referentes às dimensões de QVT por sexo.....	149
Tabela 26 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as duas categorias da faixa etária.....	149
Tabela 27 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as três categorias da escolaridade	149
Tabela 28 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as três categorias do estado civil.....	150

Tabela 29 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as duas categorias da carga horária.....	150
Tabela 30 – Níveis médios dos indicadores de QVT segundo as variáveis demográficas e ocupacionais com diferenças significativas entre suas categorias.....	151

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Qualidade de Vida no Trabalho: evolução histórica e conceitos	20
2.2 Principais abordagens teóricas sobre o tema	24
2.2.1 O modelo de Walton (1973).....	25
2.2.2 O modelo de Hackman e Oldham (1975).....	26
2.2.3 O modelo de Thériault (1980)	28
2.2.4 O modelo de Nadler e Lawler (1983)	29
2.2.5 O modelo de Werther e Davis (1983)	30
2.3 O modelo de Westley (1979)	31
2.4 Perspectivas contemporâneas e estudos sobre qualidade de vida no trabalho no Brasil.....	33
2.5 A organização hospitalar e o trabalho em enfermagem.....	37
2.5.1 A organização hospitalar: evolução histórica	38
2.5.2 O trabalho em enfermagem: considerações gerais.....	40
3 METODOLOGIA.....	44
3.1 Tipo e método da pesquisa	44
3.2 Unidades de análise e observação	46
3.3 População e amostra da pesquisa.....	46
3.4 Variáveis da pesquisa.....	47
3.5 Técnicas de coleta de dados	49
3.6 Tratamento e análise estatística dos dados.....	51
4 O HOSPITAL PARTICIPANTE DA PESQUISA	53
5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	63
5.1 Análise descritiva das variáveis demográficas e ocupacionais	63
5.2 Análise descritiva das dimensões de qualidade de vida no trabalho.....	73
5.3 Análise Bivariada.....	105
5.3.1 Dimensões de QVT	105
5.2.2 Indicadores de QVT.....	109
6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	118
REFERÊNCIAS.....	124
ANEXOS	131

APÊNDICES.....	132
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	132
Apêndice B – Termo de Consentimento Pós-Informado	133
Apêndice C – Convite aos participantes da pesquisa	134
Apêndice D – Instrumento de Investigação	136
Apêndice E – Roteiro de Entrevista – Grupo Não Emergencial	139
Apêndice F – Roteiro de Entrevista – Grupo Emergencial.....	143
Apêndice G – Tabelas	147

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o trabalho em saúde tem sido foco de vários estudos, principalmente, no que se refere às condições de trabalho e emprego, saúde dos trabalhadores e Qualidade de Vida no Trabalho – QVT (SANTOS FILHO, 2007).

Explica Pires (2000) que o trabalho em saúde faz parte do setor de serviços sendo essencial para a vida humana. Configura-se na esfera da produção não material, completando-se na sua realização. O trabalho em saúde se caracteriza por ser uma atividade coletiva, multidisciplinar, complexa, em que todos os profissionais se colocam como responsáveis pelo funcionamento da estrutura organizacional, atuando de maneira assalariada, com jornada de trabalho definida e divisão de tarefas, dentre outros aspectos (PIRES, 2000).

As demandas que são impostas aos profissionais ligados à assistência em saúde, na atualidade, exigem que o trabalho seja realizado de modo multidisciplinar, no qual diversas categorias fazem parte de uma construção coletiva, em que cada especialidade cumpre seu papel no processo. Ou seja, uma instituição de saúde voltada para a assistência em diversos níveis, além dos médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, conta também com nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos, além do apoio administrativo, que é responsável pelo suporte necessário ao bom funcionamento da instituição, principalmente por prover materiais, medicamentos e outros insumos essenciais.

Trabalhar em saúde representa, enquanto valor humano, a possibilidade de melhorar a condição de vida das pessoas. Por isso o envolvimento do trabalhador da saúde com sua atividade é intenso, pois mobiliza dele recursos não apenas técnicos, como também cognitivos, psíquicos e emocionais.

Santos Filho (2007) argumenta que, dentre os problemas evidentes atualmente no trabalho em saúde, merecem destaque, a precarização dos ambientes e condições

de trabalho, a omissão e negação quanto aos direitos constitucionais dos trabalhadores, a degeneração dos vínculos empregatícios e as relações sociais ainda marcadas pelo modelo tradicional de gestão.

Os serviços de saúde, ainda hoje, estão centrados no modelo hospitalar, cujo objetivo é proporcionar o tratamento necessário à recuperação da saúde dos pacientes. A organização hospitalar difere de outras instituições por sua complexidade, visto que as necessidades e demandas advindas da recuperação do paciente não podem ser adiadas e nem permitem padronizações excessivas, ponderadas as especificidades inerentes à assistência (ALVES, 1996).

Alves (1996) explica que

[...] a intensificação do trabalho organizacional ocorre em todos os ramos de atividades, em particular a empresa hospitalar que apresenta uma especificidade e complexidade, o qual gera, de acordo com os estímulos ambientais, aumento da carga de trabalho e condições desfavoráveis de trabalho (ALVES, 1996, p. 32).

Diversos fatores, de maneira geral, podem exemplificar como são realizados os trabalhos na organização hospitalar. Dentre os quais, sobressaem-se: a sobrecarga de trabalho, a má organização do trabalho, a insuficiência dos recursos materiais e humanos, o perfil carente da clientela e a falta de relações interpessoais (DAL PAI, 2007).

Portanto, o trabalho neste setor, ao apresentar múltiplas e diferentes características, também está sujeito a inúmeros problemas. A esse respeito, Barboza e Soler (2003) relatam que geralmente os hospitais proporcionam aos seus profissionais as piores condições de trabalho em relação a outros serviços, ocasionando riscos de ordem física, social, psicológica, biológica, mecânica, ergonômica, entre outros.

No âmbito hospitalar, devido à variedade das especialidades dos profissionais de saúde que ali atuam e das diferentes situações de trabalho vivenciadas nesse espaço, surgem pelo menos duas possibilidades de atendimento ao usuário: não emergencial e emergencial.

O atendimento não emergencial é disponibilizado pelos profissionais de saúde aos usuários que procuram o serviço, eletivamente ou a partir de livre demanda, em busca de melhoria dos sinais e sintomas apresentados. Nesse tipo de atendimento, o usuário não apresenta risco iminente de morte. Portanto, as decisões podem ser menos imediatistas, com maior flexibilidade de tempo e com possibilidade de interação multidisciplinar para a solução dos problemas.

Já o atendimento emergencial requer cuidado e atenção, dispensados em tempo hábil, aos usuários do serviço, por prever uma relação de tempo mínimo/máximo essencial para o restabelecimento da vida do usuário. Por essa razão, os serviços de emergência, na maioria das vezes, exigem dos profissionais de saúde técnicas aprimoradas, autonomia, dinamismo, agilidade e resolutividade no processo de trabalho. O serviço de emergência¹ é definido por Richardson (2003) como multidisciplinar, sendo realizado por profissionais de saúde habilitados para o tratamento de pacientes em estado grave.

Os profissionais que atuam em hospitais estão sujeitos a todas as características e condições já mencionadas, com ressalva para os que lidam com as situações de emergências que, às características já descritas, acrescentam-se: a superlotação dos serviços, principalmente no setor público, o ritmo acelerado de produção, a realização de ações repetitivas e a baixa remuneração em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas executadas.

Frente a essas considerações, a equipe de enfermagem que trabalha em hospitais merece ser considerada por contar com a maior representação numérica entre os profissionais que atuam em instituições dessa natureza e, também, por ser responsável por grande parte do trabalho realizado para o usuário.

O profissional enfermeiro atua em todas as frentes de trabalho nos serviços de saúde. Além disso, atua de forma multidisciplinar sendo elemento chave na

¹ Em consonância com o Parecer do CREMESP nº 55.820/98, define-se por "emergência" a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

intermediação entre o trabalho médico, o usuário do serviço, outros profissionais da saúde e os diversos prestadores de serviços. O enfermeiro supervisiona, articula e controla a dinâmica do trabalho, realizando o atendimento, independente do seu grau de complexidade e/ou gravidade. Ou seja, atua no atendimento tanto não emergencial como emergencial.

Admite-se que as características ocupacionais descritas até aqui podem trazer consequências para a qualidade de vida no trabalho (QVT) dos enfermeiros que atuam no atendimento não emergencial e emergencial das organizações hospitalares. Parte-se do princípio de que, além das características específicas, as condições de trabalho nos dois setores de atendimento são diferenciadas, algo que pode denotar particularidades no que tange à QVT do enfermeiro.

Hackman e Suttle² (1977), citados por Búrigo (1997), esclarecem:

A QVT refere-se à satisfação das necessidades da pessoa. Ela afeta atitudes pessoais e comportamentais, tais como criatividade, vontade de inovar ou aceitar mudanças, capacidade de adaptar-se a mudanças no ambiente de trabalho e o grau de motivação interna para o trabalho, que são fatores importantes para a produtividade do indivíduo (BÚRIGO, 1997, p. 19).

Uma das maneiras de se avaliar a QVT pode se dar por meio de quatro dimensões: econômica, política, psicológica e sociológica, segundo argumenta Westley (1979). A dimensão política está associada ao sentimento de insegurança no emprego. A dimensão econômica relaciona-se a sentimentos de injustiça no sistema de recompensas. Por sua vez, a dimensão psicológica está relacionada a ausência de oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, de identificação com o trabalho e auto-realização. Já a dimensão sociológica associa-se a falta de envolvimento moral com o trabalho, decorrente da ausência de participação nas decisões. De acordo com o autor, esforços no sentido de melhorar o trabalho estão intimamente relacionados com as resoluções dos problemas vivenciados pelos

² Hackman, J. R; Suttle, J. L. (Eds.) (1977). Improving life at work: Behavioral science approaches to organizational change. Santa Monica, CA: Goodyear.

trabalhadores. Nesse contexto, a QVT visa proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida.

Tendo em vista as considerações estruturais e teóricas até aqui delineadas, este estudo propõe como questão central a ser respondida: **Como se encontra configurada a QVT de enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas?**

Para responder à pergunta proposta no estudo, o objetivo geral da pesquisa foi:

- Analisar a qualidade de vida no trabalho de enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas de um hospital público inserido na rede de atendimento exclusivo ao SUS da cidade de Belo Horizonte.

Além do objetivo geral, pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a instituição hospitalar, os setores não emergenciais e emergenciais e as categorias ocupacionais participantes do estudo;
- Descrever e comparar as dimensões de QVT de enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas, segundo o modelo de Westley (1979);
- Correlacionar as variáveis demográficas e ocupacionais dos participantes da pesquisa com as dimensões de QVT de Westley (1979).

Para a realização da pesquisa, foi escolhido um hospital geral, público, de ensino e pesquisa, com atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade de Belo Horizonte. O Hospital foi selecionado para o estudo, por ter um papel fundamental na regulação das urgências e emergências na rede municipal, sendo seu quadro de pessoal composto de enfermeiros da frente de trabalho emergencial e não emergencial. São realizados, em média, 520 atendimentos diários, nas especialidades de clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, ortopedia, neurologia, diversas especialidades cirúrgicas e, ainda, urgências clínicas e traumatológicas.

A instituição é também um Centro de Educação e Pesquisa, orientado pela lógica da

multidisciplinaridade, em que se destacam as residências médicas (saúde coletiva, ginecologia, cirurgia geral, etc.) e multiprofissionais (enfermagem, fisioterapia, psicologia, etc.), como também os estágios e as visitas técnicas, abertos a toda a comunidade científica.

Fisicamente o hospital é formado por três pavimentos, com 409 leitos de internação, um ambulatório e anexos administrativos. A instituição conta com um quadro de 2.100 trabalhadores, sendo 1.780 profissionais da saúde. Dentre estes, 770 são auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 155 profissionais são enfermeiros.

Três justificativas puderam ser destacadas para a realização deste estudo. Do ponto de vista acadêmico, apesar de o tema já ter sido bastante pesquisado na realidade nacional, os estudos sobre QVT são recentes no Brasil, tornando-se relevante a proposta da pesquisa. Por outro lado, a literatura atual sobre essa temática envolvendo o profissional enfermeiro que atua em hospitais é escassa³, principalmente no setor público, o que possibilita a este estudo contribuir para a ampliação do conhecimento a respeito do fenômeno nesse campo de investigação.

Do ponto de vista organizacional, o estudo disponibilizará à instituição de saúde pesquisada informações capazes de subsidiarem as ações necessárias à satisfação do trabalhador, considerando seu papel essencial, fundamental e legal em oferecer qualidade de vida aos seus trabalhadores, e conseqüentemente, melhoria na assistência prestada ao usuário.

Do ponto de vista da pesquisadora, o estudo era viável de ser concluído pela acessibilidade ao local de coleta de dados, não só por ser servidora da instituição em estudo, bem como pelo interesse e afinidade pela temática, que surgiu da atuação e experiência na área de saúde do trabalhador, possibilitando, assim, a ampliação do conhecimento a partir do aprofundamento dos estudos nessa área.

³ Procedeu-se ao levantamento bibliográfico sobre QVT dos enfermeiros nos 10 últimos anos, as bases de dados da BIREME, RAE e EnANPAD. Encontrou-se nas bases de dados ILACS e SCIELO, um estudo realizado por Campos; David (2007) relatando 17 trabalhos publicados no período entre 2000 e 2007 sobre o tema qualidade de vida no trabalho de enfermagem. Quanto às buscas na RAE e EnANPAD, nenhuma publicação específica sobre a QVT dos enfermeiros foi encontrada.

Este estudo está estruturado da seguinte forma: o presente capítulo, introdutório, no qual se apresenta o tema da pesquisa, o objetivo e a justificativa; o segundo capítulo apresenta a fundamentação teórica, dividida em duas partes. A primeira parte está relacionada à qualidade de vida no trabalho, sua evolução histórica e conceitos, principais abordagens teóricas sobre o tema, destacando-se o modelo de Westley (1979) norteador deste estudo e as perspectivas contemporâneas sobre o assunto. A segunda parte aborda o trabalho da enfermagem e suas considerações gerais e a evolução histórica das organizações hospitalares. O terceiro capítulo trata da metodologia adotada na pesquisa. O quarto capítulo descreve a instituição, onde se realizou o estudo. No quinto capítulo, são apresentadas a descrição e a análise dos resultados. No sexto e último capítulo, apresentam-se as conclusões e recomendações. O estudo é encerrado com as referências e apêndices da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desenvolvido nesta pesquisa divide-se em duas partes. A primeira trata da QVT, destacando a evolução histórica, os conceitos e as principais abordagens teóricas clássicas e contemporâneas sobre o assunto. A segunda aborda os aspectos relacionados à prática da enfermagem e à organização hospitalar.

2.1 Qualidade de Vida no Trabalho: evolução histórica e conceitos

As condições de trabalho foram fontes de preocupação. Somente a partir da década de 1950, as relações indivíduo *versus* trabalho *versus* organização tornaram-se alvo de estudos. Essa nova abordagem recebeu a denominação de Qualidade de Vida no Trabalho – QVT. Na década de 1960, apoiado em várias pesquisas, com abordagens sobre os aspectos de bem-estar geral, condições de saúde e processos de trabalho, o movimento de QVT ganhou novos impulsos. O termo QVT foi exposto publicamente, no início da década de 1970, por Louis Davis da University of California, Los Angeles por meio dos estudos da administração, em contribuição à escola sociotécnica (RODRIGUES, 1994; VIEIRA, 1996; SANT'ANNA; MORAES 1999).

De acordo com Biazzini (1994), a organização na perspectiva sócio-técnica é, antes de tudo, um sistema aberto, capaz de autorregulação, formada por dois subsistemas: o subsistema técnico (máquinas, equipamentos, técnicos, etc.); e o subsistema social (indivíduos e grupos de indivíduos, comportamentos, capacidades, sentimentos, etc.). Os subsistemas social e técnico devem ser considerados, particularmente, e otimizados conjuntamente, para que os objetivos organizacionais sejam atingidos, ao mesmo tempo em que alcançamos o desenvolvimento e a integração dos indivíduos.

Durante a década de 1970, os estudos sobre QVT estagnaram, em virtude da crise do petróleo e do conseqüente aumento da inflação, que atingiu os países do Ocidente, em especial os Estados Unidos, ocasionando o desaceleramento dos estudos, em razão do deslocamento da atenção das empresas para a luta pela sobrevivência, deixando os interesses dos empregados em segundo plano (VIEIRA, 1996). Ainda segundo a autora, em 1979, a partir da constatação da diminuição do comprometimento desses empregados em relação ao seu trabalho, houve a retomada do movimento da QVT.

Schirrmester (2006) argumenta que

Todos os estudos apontam a Qualidade de Vida no Trabalho como uma reação ao taylorismo e instrumento de humanização no trabalho, bem-estar e participação dos colaboradores no processo decisório, com origem na abordagem comportamental. Os estudos em torno da qualidade de vida no trabalho foram impulsionados por exigências da sociedade, com o aumento das preocupações referentes aos direitos civis e à responsabilidade social das empresas (SCHIRRMESTER, 2006, p. 17).

Assim, a QVT nasce a partir da necessidade de atuar mais profundamente na questão das condições de trabalho, desde as práticas e processos organizacionais até o ambiente físico e os padrões de relacionamento (SCHIRRMESTER, 2006).

De acordo com Sant'anna; Moraes (1999), o conceito de QVT vem sendo estudado e aprimorado por inúmeros estudiosos, a partir do desdobramento das teorias e modelos, como o de Walton (1973), Lippitt (1978) e Westley (1979), que abordam a QVT de maneira mais global, enquanto outros autores se preocuparam com aspectos mais específicos, como o cargo (Huse, Cummings, 1985; Nadler, Lawler, 1983; Werther, Davis, 1983), a remuneração (Thériault, 1980), o ambiente físico de trabalho (Denis, 1980) e as dimensões básicas da tarefa (Turner, Lawrence, 1973; Hackman, Lawler, 1971; Hackman, Oldham, 1975).

O QUADRO 1 esboça uma comparação da evolução cronológica do pensamento sobre QVT.

CONCEPÇÕES EVOLUTIVAS DA QVT	CARACTERÍSTICAS OU VISÃO DA QVT
1- QVT como uma variável (1959 a 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Era investigado como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
2- QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo, tendia a trazer melhorias tanto ao empregado quanto à direção.
3- QVT com um método (1972 a 1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era vista como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
4- QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos administração participativa e democracia industrial eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
5- QVT como tudo (1979 a 1982)	Como panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
6- QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passarão de apenas um "modismo" passageiro.

Quadro 1 – Evolução do conceito de Qualidade de Vida no Trabalho

Fonte: Nadler e Lawler, citados por Fernandes, 1996: 42.

Huse e Cummings (1985) explicam que a QVT enfoca dois aspectos: o bem-estar do trabalhador *versus* a eficácia organizacional. Esses pontos são operacionalizados por meio da participação dos trabalhadores na tomada de decisões, na resolução de problemas, na reestruturação dos planos de cargos e salários e na melhoria das condições de trabalho.

A satisfação do trabalhador e a democratização do ambiente de trabalho vão ao encontro da busca pela humanização das relações de trabalho, mantendo uma relação estreita com a produtividade e, principalmente, com a satisfação do trabalhador no ambiente organizacional (BÚRIGO, 1997).

Para Fernandes (1988), os diversos conceitos de QVT estão alicerçados em três aspectos principais, a saber: formação de equipes de trabalho semiautônomas ou autogerenciadas, melhoria do ambiente organizacional e redesenho de cargos e organização do trabalho.

Guest (1979) já percebia a QVT como

Um processo pelo qual a organização tenta revelar e desenvolver o potencial criativo dos trabalhadores, envolvendo-os em decisões que afetam suas vidas no trabalho. Uma característica que distingue esse processo é que os objetivos não são simplesmente extrínsecos, focando aumento da produtividade e eficiência em si; eles também são intrínsecos, referindo-se ao que o trabalhador vê como autorrealização e autoengrandecimento (GUEST, 197, p. 76).

Rocha (1998) relata que a QVT cria oportunidades ao trabalhador, a partir da responsabilidade assumida, da autonomia e da participação no processo decisório, nos resultados e no seu desenvolvimento completo, permitindo-lhe conquistar maior realização pessoal e progresso em seu trabalho.

Pode-se considerar que os conceitos de QVT diferem em alguns aspectos, demonstrando, dessa forma, que ainda não existe consenso a esse respeito, podendo ser considerado dinâmico seu estudo (SANT'ANNA; MORAES, 1999).

Corroborando essa ideia, Silva e Tolfo (1999) relatam que o termo QVT tem sido utilizado de forma genérica e ampla, enfatizando temas como motivação, satisfação, condições de trabalho, gerenciamento do estresse e estilos de liderança.

Sant'anna; Moraes (1999) argumentam que a maioria dos autores que tratam do assunto aborda a QVT sob os aspectos referentes à resolução de problemas, com a participação dos trabalhadores, a reestruturação da natureza básica do trabalho e a inovação no sistema de recompensas, buscando a melhoria do ambiente de trabalho.

Limongi-França (2004), todavia, entende a QVT como a percepção e a escolha de bem-estar relativas a hábitos saudáveis: pessoais, familiares e organizacionais em ambiente ético e sustentável. Sustenta a autora: a QVT consiste em uma estratégia de administração que visa às condições de bem-estar do trabalhador, além de favorecer a eficácia e/ou eficiência em todos os processos organizacionais (LIMONGI-FRANÇA, 2004). Isso possibilitaria à organização atingir parâmetros de qualidade, por meio da satisfação dos trabalhadores no e com o trabalho, reduzindo os custos referentes a absenteísmo, adoecimentos e acidentes e estimulando a

produtividade, a melhoria dos processos e a imagem organizacional, interna e externamente, entre outros benefícios.

2.2 Principais abordagens teóricas sobre o tema

Alguns estudiosos são considerados clássicos na literatura sobre essa temática, destacando-se: Walton (1973), Hackman & Oldham (1975), Westley (1979), Thériault (1980), Nadler & Lawler (1983) e Werther & Davis (1983).

A QVT, sob o ponto de vista de Walton (1973), é abordada de forma mais ampla, considerando oito critérios básicos de situação de trabalho, por exemplo: fatores higiênicos, possibilidades de carreira, condições físicas, jornada de trabalho e relevância social no trabalho. O modelo de Hackman e Oldham (1975) enfoca aspectos específicos relacionados à tarefa, considerando as diferenças individuais, a motivação e a satisfação com o trabalho. O modelo de Thériault (1980) enfoca o sistema de remuneração. Nadler e Lawler (1983) discutem a QVT sob a ótica da participação na resolução de problemas, mantendo alto nível de produtividade e de qualidade, por meio da satisfação e da motivação dos trabalhadores. Para Werther e Davis (1983), a QVT está associada ao sistema de recompensas, supervisão, condições de trabalho e projetos de cargos e salários. Na concepção de QVT abordada por Westley (1979), a QVT é tida como resultado de quatro indicadores: econômico, social, político e sociológico.

Optou-se por construir uma seção abordando os enfoques de cada modelo/teoria, por dois motivos: primeiro, por reconhecer a importância desses precursores na relação homem, trabalho e organização; segundo, por possuírem aspectos que vão ao encontro do objetivo do estudo. Em seguida, de forma detalhada, apresenta-se o modelo de Westley (1979), por ser deste autor a concepção norteadora do estudo e finaliza-se com as perspectivas atuais sobre o tema QVT.

2.2.1 O modelo de Walton (1973)

O modelo de Walton (1973) é considerado um dos mais abrangentes, por permitir analisar fatores externos e internos à organização, sem desprestigiar os demais elementos citados por outros estudiosos (ROCHA, 1998).

Com o objetivo de analisar as características da QVT no ambiente organizacional, o modelo proposto por Walton (1973) contempla oito categorias conceituais, a saber, condições de segurança e saúde no trabalho, compensação justa e adequada, oportunidade de uso imediato e desenvolvimento de capacidades, chances de crescimento contínuo e segurança no emprego, integração social na empresa, constitucionalismo, trabalho e espaço total de vida, relevância social da vida no trabalho e os seus respectivos indicadores, descritos de seguinte forma:

- a) conceder a participação dos empregados nos ganhos e nos lucros, assim como remuneração adequada e condizente com o mercado externo; ou seja, equidade salarial;
- b) disponibilizar um ambiente de trabalho isento de riscos à segurança e à saúde dos trabalhadores, jornada de trabalho flexível e horário de trabalho adequado às necessidades físicas de cada trabalhador;
- c) possibilitar o desenvolvimento de capacidades associadas à autonomia e ao significado das tarefas, planejamento, informação e variedade de habilidades;
- d) efetivar a progressão do trabalhador dentro da organização, oportunizar o crescimento e desenvolvimento pessoal, a perspectiva de avanço salarial e a sensação de segurança no emprego;
- e) propiciar o alcance da integração social mediante as relações pessoais, a igualdade social, a mobilidade, o companheirismo e a ausência de preconceitos;
- f) conceder tratamento equitativo, privacidade e liberdade de expressão, relacionado aos direitos e deveres dos trabalhadores, segundo normas claras e objetivas;
- g) favorecer o equilíbrio entre o trabalho e a vida privada, de forma a

preservar as condições de bem-estar dos trabalhadores;

- h) estimular a valorização do trabalho e da autoestima do trabalhador, a responsabilidade social, a responsabilidade pelos produtos e serviços prestados e a imagem da empresa externamente.

Não obstante, o autor destaca que, a partir das mudanças no contexto, na hierarquia e na importância que se dá aos indicadores e às dimensões que influenciam a QVT, o resultado pode ser alterado, gerando um novo conjunto de critérios e indicadores (WALTON, 1973).

Para o autor, a expressão qualidade de vida tem sido usada com crescente frequência para descrever valores ambientais e humanos negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. Nesse contexto, surgem os programas voltados à qualidade de vida no trabalho, que, de acordo com Walton (1973), têm como meta “gerar uma organização mais humanizada, na qual o trabalho envolve, simultaneamente, relativo grau de responsabilidade e de autonomia a nível de cargo, recebimento de recursos de feedback sobre o desempenho, com tarefas adequadas, variedade, enriquecimento do trabalho e com ênfase no desenvolvimento pessoal” (WALTON, 1973 citado por FERNANDES, 1996, p. 36-37).

2.2.2 O modelo de Hackman e Oldham (1975)

Hackman e Oldham (1975) propõem um modelo teórico relacionado às dimensões básicas da tarefa que, por sua vez, influenciam “o estado psicológico” do trabalhador que, conseqüentemente, determinam os “resultados pessoais e de trabalho”. Na percepção dos autores, as atividades exercidas pelos funcionários no ambiente de trabalho estão relacionadas com a qualidade de vida no trabalho (PAIVA; COUTO, 2008).

De acordo com Hackman e Oldham (1975), citados por Mourão; Kilimnik; Fernandes (2005), as dimensões básicas da tarefa são constituídas de:

- a) variedade de habilidades (VH): grau em que a tarefa exige uma variedade de atividades no cumprimento do trabalho, envolvendo diferentes habilidades e talentos do empregado;
- b) identidade da tarefa (IT): grau em que a tarefa requer a execução de um trabalho completo, ou seja, do início ao fim, com resultados visíveis;
- c) significado da tarefa (ST): grau em que a tarefa exerce um impacto substancial na vida ou no trabalho de outras pessoas sejam elas da organização ou do ambiente externo;
- d) inter-relacionamento (IR): grau em que o trabalho requer que o empregado lide diretamente com outras pessoas, internas e externas à organização;
- e) autonomia (AU): grau em que a tarefa proporciona ao empregado independência e liberdade substanciais para planejar o trabalho e determinar os procedimentos a serem cumpridos;
- f) *feedback* intrínseco (FI): grau em que o empregado recebe informações claras e diretas sobre o seu desempenho por meio da execução da própria tarefa;
- g) *feedback* extrínseco (FE): grau em que o empregado recebe dos supervisores, colegas e clientes informações claras sobre seu desempenho.

Segundo Hackman e Oldham⁴ (1975), citados por Paiva e Couto (2008), os estados psicológicos críticos são compreendidos pela capacidade de análise do indivíduo em relação ao seu papel dentro da organização e a atividade exercida. Três aspectos podem ser considerados nessa relação:

- a) Significância percebida (SP) – grau em que o indivíduo percebe a tarefa como significativa e valiosa;
- b) Responsabilidade percebida (RP) – grau em que o indivíduo se sente responsável pelos resultados da tarefa que executa;

⁴ HACKMAN, J. R.; OLDDHAM, G.R.; Development of the job survey. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, (2), p. 159-170, 1975.

- c) Conhecimento dos resultados do trabalho (CRT) – grau em que o indivíduo conhece e compreende a forma e as consequências de como efetivamente desempenha sua tarefa.

Por fim, Hackman e Oldham (1975) concluem que os “resultados pessoais e de trabalho” favorecem:

- a) Satisfação geral – medida global do grau de bem-estar do indivíduo em relação ao seu trabalho;
- b) Motivação interna ao trabalho – nível de motivação do indivíduo, enquanto experimenta sensações positivas e negativas ao executar sua tarefa;
- c) Produção de trabalho de alta qualidade – grau em que é produzido um trabalho percebido e considerado como de alta qualidade;
- d) Absenteísmo e rotatividade baixos – nível de ausência e *turnover* de pessoal;
- e) Satisfações específicas ou contextuais – grau de bem-estar em termos de possibilidade de crescimento, supervisão, segurança, remuneração ou compensação e ambiente social.

Hackman e Oldham (1975), buscando operacionalizar o modelo, desenvolveram o *Job Diagnostic Survey* (JDS), um instrumento de coleta de dados utilizado e validado para pesquisas sobre QVT.

2.2.3 O modelo de Thériault (1980)

O modelo de Thériault (1980) salienta que a QVT tem relação direta com o sistema de remuneração. O autor considera o sistema de remuneração favorecedor da QVT, na medida em que atende aos quatro princípios básicos: equidade (justa), segurança (estabilidade), individualidade e democracia industrial (participação nas decisões). Juntos, além de melhorar os aspectos econômicos, influenciam diretamente os aspectos psicológicos, sociológicos, políticos e éticos.

Na concepção de Thériault (1980), alguns tipos de transações ocorrem entre o empregador e o empregado. Essas transações estão inter-relacionadas e compreendem a transação econômica, psicológica, sociológica, política e ética.

O sistema de remuneração, na transação econômica, é visto pelo autor, como uma retribuição do trabalho exclusivamente pelo valor monetário. Na transação psicológica, a remuneração é inserida dentro do chamado “contrato psicológico”, que envolve diversos aspectos da relação indivíduo/organização. A remuneração representa a contrapartida para o funcionário dentro desse contrato psicológico. Já na transação sociológica, a remuneração é inserida na relação indivíduo e organização em um contexto cultural específico. Por sua vez, a transação política diz respeito ao jogo de poder que envolve os diversos atores sociais envolvidos: a organização, os sindicatos, os grupos e os indivíduos. O resultado da transação dependerá do poder exercido por esses atores e do quanto eles podem modificar o conteúdo da transação a seu favor. A transação ética permeia todas as questões associadas à remuneração.

Para Thériault (1980), o sistema de remuneração funciona como moeda de troca entre o empregador e o empregado, sendo pouco enfocado quando se trata de melhorar a QVT dos trabalhadores.

2.2.4 O modelo de Nadler e Lawler (1983)

De acordo com Nadler e Lawler (1983), a QVT pode ser mensurada a partir da participação dos empregados nas decisões; da reestruturação das tarefas e dos grupos de trabalho autônomo; da inovação no sistema de recompensas sob influência no clima organizacional; e da melhoria do ambiente de trabalho no que se refere a horas de trabalho, condições, regras e meio ambiente físico, entre outros.

Os autores apontam também alguns pré-requisitos para se alcançar o sucesso com os projetos de QVT: percepção da necessidade; foco do problema que é destacado na organização; estruturação e solução do problema; compensações projetadas

tanto para os processos quanto para os resultados; sistemas múltiplos afetados; e envolvimento amplo da organização (RODRIGUES, 1991).

Nadler e Lawler (1983) argumentam que fatores como satisfação e motivação dos trabalhadores podem levar as organizações a atingirem níveis significativos de desempenho (OLIVEIRA, 2001).

2.2.5 O modelo de Werther e Davis (1983)

Apesar de diversos fatores como supervisão, condições de trabalho e projetos de cargos influenciarem na QVT, é a natureza do cargo que afeta mais intimamente o trabalhador na concepção de WERTHER e DAVIS (1983). Para os autores, o projeto de cargos deve favorecer a variedade das habilidades para a execução de suas tarefas e promover a autonomia do empregado, identidade da tarefa, dentre outros aspectos. Para Werther e Davis (1983), a QVT está relacionada a fatores ambientais, organizacionais e comportamentais.

O fator ambiental deve ser interpretado a partir de dois pontos básicos: primeiro, as expectativas sociais em relação ao trabalho realizado; e segundo, as habilidades individuais e disponibilidade de potenciais dos trabalhadores.

O fator organizacional procura identificar tarefas condizentes com os cargos propostos, facilitando a utilização de métodos e sistemas que ajustem o fluxo e as práticas de trabalho, poupando tempo e esforços dos empregados, buscando com isso a eficiência e a máxima produtividade da organização por meio da motivação e da satisfação dos trabalhadores.

Já o fator comportamental refere-se às necessidades dos trabalhadores que devem ser atendidas em quatro dimensões: autonomia, variedade do cargo, identidade de tarefa e avaliação do próprio desempenho, tudo isso voltado para o aumento da satisfação e da motivação do trabalhador.

Segundo Fernandes (1988), ocupar um cargo importante, estimulante, desafiador e enriquecedor, para algumas pessoas, significa uma boa QVT. Em outras palavras, o projeto de cargos produz satisfação ao trabalhador, mas não necessariamente elimina todas as insatisfações referentes ao trabalho (FERNANDES, 1988).

Para Werther e Davis (1983), a busca contínua e crescente da melhoria da qualidade de vida no trabalho demonstra claramente a evolução da sociedade de maneira geral.

2.3 O modelo de Westley (1979)

De acordo com Westley (1979), a QVT pode ser verificada por meio de quatro dimensões: econômica, política, psicológica e sociológica. Essas dimensões estão relacionadas ao trabalho e suas manifestações apresentam-se tanto em termos individuais quanto sociais.

A dimensão econômica trata do sentimento de injustiça no sistema de recompensas. Representa-se pela equidade salarial, remuneração, benefícios, local de trabalho, carga horária. O desequilíbrio, nesse sentido, acarretaria uma percepção de injustiça por parte do trabalhador, evidenciados por meio de indicadores como greves, sabotagens e insatisfações. Os trabalhadores envolvidos em esquemas de participação nos lucros sentem que estão recebendo uma melhor distribuição dos retornos sobre o seu trabalho.

A dimensão política é configurada pela insegurança no emprego, pelo medo de ser indiscriminadamente dispensado. Dentre as suas características, destacam-se a atuação sindical, a valorização do cargo, a liberdade de expressão e a informação extrínseca sobre o desempenho. O sistema de fábrica concentrou tanto poder e riqueza nas mãos de proprietários e gerentes, que resultou na coerção e exploração dos trabalhadores. Estes, por sua vez, responderam a essas ameaças, apoiando movimentos socialistas e trabalhistas. O movimento socialista objetivou, por meio da organização do trabalho, dar aos trabalhadores maior poder sobre as organizações,

buscando, assim, uma maior participação no retorno econômico.

A dimensão psicológica (alienação) é resultante das características desumanas que o trabalho assumiu ao longo do tempo, decorrentes do aumento do tamanho e da complexidade das empresas. A alienação é uma circunstância que envolve o distanciamento entre o trabalho e si mesmo. É o produto de uma lacuna entre as expectativas e satisfações dos trabalhadores. Essa dimensão é representada pela ausência de oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, de autorrealização, de criatividade e de variedade e identidade com a tarefa.

A dimensão sociológica (anomia) é avaliada pela falta de envolvimento moral com o trabalho, decorrente da não participação ativa dos trabalhadores nas decisões diretamente voltadas ao processo de trabalho, vividas por meio da autonomia, da responsabilidade, do relacionamento interpessoal e do valor pessoal reconhecido. O aumento no tamanho e complexidade das organizações de trabalho conduziu a uma acentuada racionalização e rigidez organizacional levando a um aumento no controle dos trabalhadores através da mecanização, programação e supervisão, culminando, assim, na perda de sentido que pode ser percebida pela anomia.

Na concepção de Westley (1979), as dimensões econômica e política estão associadas entre si, representando os aspectos mais gerais. As dimensões psicológica e sociológica representam os aspectos referentes ao contexto organizacional e ao processo de trabalho (WESTLEY, 1979). O QUADRO 2 representa o resumo dessa abordagem.

De acordo com Westley (1979), as quatro dimensões citadas são fontes geradoras de problemas que afetam diretamente a QVT, tornando-se obstáculos quando não resolvidas, uma vez que tais dimensões refletem-se tanto nos resultados quanto na efetividade organizacional.

As causas de insatisfação dos trabalhadores são encontradas desde o século passado nas relações de trabalho, representadas pelas dimensões política (segurança) e econômica (equidade), percebidas pela exploração do trabalhador e pelo acúmulo de lucros, fatores relacionados à injustiça e concentração de poder,

que acarretam o aumento da insegurança. Para o autor, os maiores e mais antigos problemas vivenciados pelos trabalhadores são: obtenção de segurança e equidade (WESTLEY, 1979).

DIMENSÃO	PROBLEMA	AÇÃO PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS	INDICADORES	SOLUÇÕES PROPOSTA
Econômica (1850-1950)	Injustiça	Associação de trabalhadores	Insatisfação Greves Sabotagens	Cooperativas Divisão de lucros Acordos de produtividade
Política (1850-1950)	Insegurança	Posições políticas	Insatisfação Greves Sabotagens	Trabalho auto supervisionado Participação nas decisões Conselhos de Trabalhadores
Psicológica (1950)	Alienação	Agentes de mudança	Desinteresse Absentéismo <i>Turnover</i>	Enriquecimento do cargo
Sociológica (1950)	Anomia	Grupos auto-desenvolvidos	Ausência de significação Absentéismo <i>Turnover</i>	Grupos de trabalho desenhados de forma sociotécnica

Quadro 2 – Raízes da qualidade de vida no trabalho

Fonte: Westley, 1979, p.122

Segundo Westley (1979, p. 113),

as melhorias voltadas para a qualidade de vida no trabalho decorrem dos esforços voltados para a humanização do trabalho, que buscam solucionar problemas gerados pela própria natureza das organizações existentes na sociedade industrial.

Objetivando a melhoria da qualidade de vida no trabalho, Westley (1979) considera que os esforços no sentido de humanizar o trabalho estão relacionados com a participação dos trabalhadores no processo de decisão, divisão dos lucros, enriquecimento de tarefas, desenvolvimento do espírito de responsabilidades e aplicação dos princípios sociotécnicos.

2.4 Perspectivas contemporâneas e estudos sobre qualidade de vida no trabalho no Brasil

A QVT é um tema que tem sido bastante pesquisado e discutido atualmente, uma vez que a satisfação e o envolvimento dos trabalhadores estão relacionados à

produtividade e qualidade. De acordo com Albuquerque e França (1998), apesar de as preocupações com a QVT estarem cada vez mais em voga nas organizações de trabalho, existe ainda um distanciamento entre a teoria e a prática.

Apesar de vários autores definirem QVT de forma diversificada, todos os conceitos existentes estão, de alguma forma, relacionados à satisfação no trabalho e aos benefícios para as organizações, podendo a QVT propiciar condições de melhoria do desempenho organizacional por meio do bem-estar dos trabalhadores (MOURÃO; KILIMNIK; FERNANDES, 2005).

Para facilitar a compreensão e o conhecimento da QVT, Limongi-França (1996) propõe o agrupamento de suas diversas concepções, conceitos e indicadores em três escolas de pensamento: Socioeconômica, Organizacional e Condição Humana no Trabalho.

Para a autora, a Escola Socioeconômica contempla a análise das relações de trabalho e seus paradoxos, refletindo na segurança, na saúde e nas expectativas do trabalhador. Nesse sentido, tecnologia, responsabilidade social, igualdade, cidadania, preservação do meio ambiente e desenvolvimento sustentável são incorporados ao contexto organizacional e, conseqüentemente, em sua relação com o trabalho. A Escola Organizacional tem seu foco no local onde as relações de trabalho acontecem. É formada por um amplo e abrangente conjunto de características e expectativas organizacionais, como: estratégia, cultura, competências e talentos, voltados para o aumento da produtividade, a expansão da qualidade e a excelência da imagem corporativa. Nesta escola, encontram-se contribuições dos clássicos da administração, como: Taylor, Elton Mayo, McGregor e Maslow. Já a Escola Condição Humana no Trabalho considera a pessoa como um ser biopsicossocial que apresenta potencialidades biológicas, psicológicas e sociais que *“são fundamentais para a explicação da saúde e da doença da sociedade moderna”* (LIMONGI-FRANÇA, 2004, p. 28).

O conceito biopsicossocial, na visão de Limongi-França (2001), reflete a importância de se compreender o ser humano de maneira holística e integral. Fundamenta-se em três dimensões: biológica, psicológica e social.

- a) Dimensão biológica – “refere-se às características físicas que o indivíduo herda ou adquire ao nascer e também durante toda vida. Inclui metabolismo, resistência e vulnerabilidade de seus órgãos e sistemas”;
- b) Dimensão psicológica – “refere-se aos processos afetivos, emocionais e de raciocínio, conscientes ou inconscientes, que formam a personalidade de cada pessoa e seu modo de perceber e de se posicionar diante das demais pessoas e das circunstâncias que vivencia”;
- c) Dimensão social – “revela os valores socioeconômicos, a cultura e as crenças, o papel da família e as outras formas de organizações sociais, no trabalho e fora dele, os sistemas de representação e a organização da comunidade a que cada pessoa pertence e da qual participa. O meio ambiente e a localização geográfica também formam a dimensão social”.

A visão biopsicossocial mostra a interdependência das dimensões. Embora com características específicas, interferem umas nas outras simultaneamente, conforme mostrado na FIG 1.

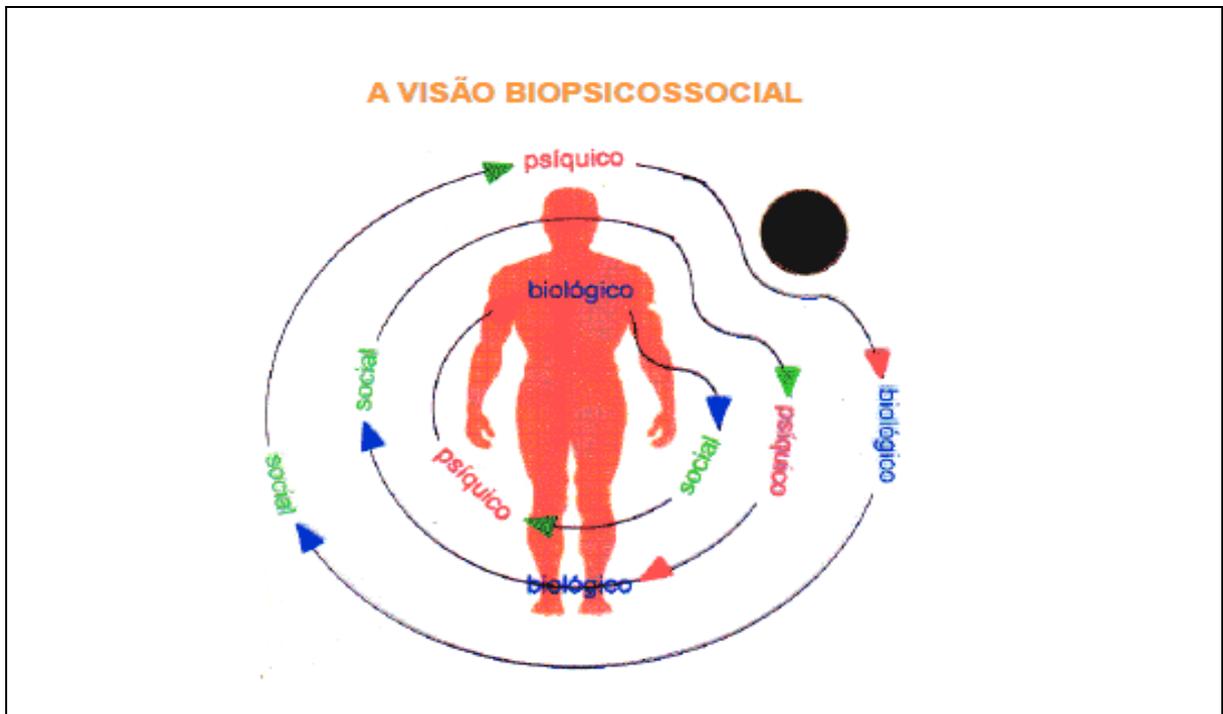


Figura 1 – Dinâmica da visão biopsicossocial
Fonte: Limongi-França (2001)

Limongi-França (1996) relata que QVT é o conjunto de ações organizacionais com o envolvimento das diversas áreas do conhecimento científico, como engenharia,

saúde, ergonomia, administração e economia, no sentido de implantar melhorias e inovações gerenciais, estruturais e tecnológicas.

De acordo Limongi-França (2004), a QVT é entendida como

[...] um instrumento que visa tornar os cargos mais produtivos e satisfatórios e aumentar os níveis de motivação e bem-estar dos trabalhadores. Os elementos-chave deste construto apóiam-se em quatro pilares básicos, que são a resolução de conflitos, a reestruturação da organização do trabalho, a inovação nos sistemas de recompensa (financeiras e não financeiras) e a melhoria no ambiente de trabalho, como clima, cultura, ambiente, ergonomia e assistência (LIMONGI-FRANÇA, 204, p. 35).

O QUADRO 3 mostra, de forma sucinta, alguns dos estudos realizados no Brasil nos últimos anos que contribuíram de forma significativa para aprofundar o conhecimento sobre a QVT.

AUTORES	POPULAÇÃO ESTUDADA	MARCO TEÓRICO
RUSCHEL (1993)	Profissionais de empresa do ramo imobiliário	Westley (1979)
VIEIRA (1993)	Profissionais da enfermagem	Walton (1973)
TANNHAUSER (1993)	Psicólogos organizacionais	Walton (1973)
PEREIRA (1993)	Caixas executivos de instituições financeiras	Hackman e Oldham (1975)
LIMA (1994)	Funcionários de empresas da construção civil	Walton (1973)
MORAES <i>et al</i> (1995)	Funcionários de três empresas mineiras	Hackman (1975)
RAMOS (1995)	Funcionários médicos e enfermeiros	Westley (1979)
VIEIRA (1995)	Funcionários da empresa motores WEG	Walton (1973)
ALMEIDA (1996)	Funcionários de empresas participantes do Programa Rumo à ISO 9000-3	Hackman e Oldham (1975)
FERNADES (1996)	Empresas do Rio Grande do Sul (enfoque múltiplo)	-
SANT'ANNA (1997)	Funcionários de empresas de teleatendimento	Hackman e Oldham (1975)
BARBOSA (1997)	Egressos do Curso de Administração da UFMG	Hackman e Oldham (1975)
HONÓRIO (1998)	Funcionários de empresa de telefonia celular	Hackman e Oldham (1975)
MORAES <i>et al.</i> (1998)	Profissionais aeronautas	Hackman e Oldham (1975)
PAIVA (1999)	Professores universitários	Hackman e Oldham (1975)
SANTOS (1999)	Funcionários de empresas do setor automobilístico	Hackman e Oldham (1975)
NUNES (1999)	Funcionários de empresa do setor metalúrgico	Westley (1979)
VALLE e VIEIRA (1999)	Servidores técnico-administrativos da UFMG	Walton (1973)
MORAES <i>et al.</i> (2000)	Policiais da Polícia Militar de Minas Gerais	Hackman e Oldham (1975)
OLIVEIRA (2001)	Detetives da Polícia Civil de Belo Horizonte	Walton (1973)
FRANÇA <i>et al.</i> (2002)	Administradores Profissionais da Empresa	-

	SERASA	
GUIMARÃES (2003)	Funcionários dos setores da indústria, comércio e serviços do Estado de Goiás	Walton (1973)
MARQUES e MORAES (2004)	Alunos de pós-graduação <i>lato-sensu</i> em administração	Hackman e Oldham (1975)
BISPO e SÁ (2005)	Funcionários do Pólo Empresarial Spartaco	-
MOURÃO et al. (2005)	Servidores efetivos e contratados da Pró-reitoria de Pessoal da UFRJ	Hackman e Oldham (1975)
FARIA e SANT'ANNA (2006)	Profissionais de áreas de comercialização de serviços padronizados e customizados de uma grande empresa brasileira do setor de serviços	Hackman e Oldham (1975)
PAIVA e COUTO (2007)	Corpo gerencial de uma empresa pública	Hackman e Oldham (1975)
SÁ et al. (2007)	Docentes efetivos da Universidade Federal da Paraíba	-
DUTRA e HONÓRIO (2008)	Médicos de uma cooperativa de Trabalho Médico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	Westley (1979)

Quadro 3 – Principais pesquisas sobre QVT no Brasil

Fonte: Adaptado de Asfora (2004) e Schneider et al. (2009)

Constata-se pelo QUADRO 3 que os estudos discriminados usaram diferentes abordagens acerca da QVT tornando esse campo de pesquisa no Brasil bastante abrangente, embora recente. Observa-se também que somente um dos estudos (RAMOS, 1995) abordou a categoria ocupacional e o modelo teórico utilizado na presente pesquisa. Dentre os achados, observou-se que a qualidade de vida dos profissionais pesquisados encontrava-se em uma zona de insatisfação, principalmente em relação a condições de trabalho, remuneração, oportunidade de capacitação, ausência de planos de cargos e salários compatíveis com as responsabilidades e riscos inerentes ao processo de trabalho.

2.5 A organização hospitalar e o trabalho em enfermagem

Esta seção destina-se a apresentar os aspectos teóricos sobre a evolução histórica da organização hospitalar e a prática da enfermagem. O conteúdo aqui apresentado é fundamental à compreensão do exercício da profissão e do “cuidar” em enfermagem no contexto hospitalar.

2.5.1 A organização hospitalar: evolução histórica

Em meados do século XVIII, surge na Inglaterra um conjunto de mudanças tecnológicas que provocariam profundo impacto no processo produtivo nos níveis econômico e social, chamado de “Revolução Industrial”. Esse movimento expandiu-se pelo mundo a partir do século XIX e foi considerado o marco na transição entre o feudalismo e o capitalismo.

A partir da consolidação do capitalismo, no início do século XIX, o hospital abdicou da condição de isolamento, morredouro para os pobres e salvação da alma, passando a ser reconhecido como local destinado à cura de doenças. De acordo com Ribeiro (1993), com as descobertas dos diversos campos do saber, como a biologia e a anatomia, é que a medicina afasta-se do seu empirismo e faz aflorar o conhecimento científico moderno, culminando no nascimento do hospital moderno, com bases fincadas na racionalidade científica.

Segundo Ornellas (1997), o novo modelo de hospital, voltado para o controle individual, o tratamento e a cura, oficializa a ruptura com o paradigma antigo, em que o hospital era tido como local de socorro gratuito a velhos, doentes e moribundos. Mesmo a partir do rompimento com o hospital-exclusão, ainda era disponibilizada aos ricos uma atenção médica em domicílio, inclusive cirúrgica, e aos pobres, o hospital, o que, para eles, ainda representava um estágio intermediário entre a admissão e a morte. Para Caponi (2000),

[...] o nascimento do hospital depende de um contrato tácito entre pobres e ricos. Um contrato a partir do qual o hospital, onde se curam os pobres, e a clínica, onde se formam os médicos (CAPONI, 2000, p. 57).

Nesse contexto, o hospital torna-se um campo de conhecimento e de intervenções médicas nas pessoas pobres, já que, nas casas das pessoas ricas, não poderiam ser realizadas, para preservar a reputação do médico. A saúde do pobre passa a ser responsabilidade dos benfeitores, estando ele, o pobre, obrigado a retribuir a assistência, tornando-se um objeto de saber para os outros (FOUCAULT, 1996).

Mesmo o hospital tornando-se um “instrumento” de cura, ainda era visto, de acordo com Foucault (1996), como

[...] um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as consequências, que age sobre as doença e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las (FOUCAULT, 1996, p. 100).

Foi somente no final da Segunda Guerra Mundial que o hospital passou a ser visto como uma instituição de bem social. O hospital moderno agrega experiências diversas, vinculadas à prática médica, privilegiando o ensino e a pesquisa de diferentes disciplinas. Nesse contexto, o hospital é tido como uma nova instituição, com diferentes características, processos de trabalhos redefinidos, finalidade e administração com novos propósitos, o que ainda tem sido constante nessa trajetória. De acordo com Ribeiro (1993), seria o homem, que ainda sofre e morre, seu principal propósito.

Mudanças decorrentes do avanço do capitalismo foram sentidas no campo da saúde, principalmente em relação ao processo de trabalho. O trabalho, que antes era realizado de forma individual, vinculado à pessoa do médico, cedeu espaço ao trabalho coletivo, evidenciado por meio da valorização de outros profissionais, dentre estes, o enfermeiro (BRAGA, 2000). Nesse momento, segundo Almeida (1989), a prática médica e a prática de enfermagem que eram independentes, encontram-se no mesmo espaço geográfico e social: o hospital.

As atribuições e funções da enfermagem têm sido modificadas ao longo dos anos, principalmente como consequência da apreensão do “cuidar” em saúde como delineador do seu processo de trabalho. Concomitante a isso, têm-se a evolução conceitual das instituições hospitalares e a redefinição do trabalho em saúde, que, muitas vezes, apresentam-se de forma caótica, diante da atual crise que atinge o sistema de saúde e os trabalhadores (DAROLT, 2007).

A instituição hospitalar caracteriza-se como local de aglutinação de pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde e difere-se de outras organizações

pela complexidade e peculiaridade dos serviços prestados, que atende de forma personalizada as necessidades dos pacientes. De acordo com Alves (1996), em virtude dessas particularidades, as situações nas quais as atividades são exercidas, carecem de autonomia, rapidez e qualidade adequadas, pois influenciam na qualidade da assistência prestada ao paciente.

Essas situações são vivenciadas pelos enfermeiros no cotidiano de trabalho, muitas vezes, em meio a condições e organização do trabalho deficientes, precária integração do trabalhador à organização e empobrecimento das tarefas, o que acarreta queda na qualidade da assistência prestada, bem como insatisfação do trabalhador, decorrentes de prejuízos pessoais, sociais e econômicos.

Diante desse cenário, estudar a QVT dos enfermeiros no ambiente hospitalar é uma tarefa complexa e árdua, pois exige aprofundamento teórico que possibilite conhecer as dimensões políticas, sociais, econômicas e psicológicas presentes no trabalho dessa categoria. Dimensões estas que orientam as expectativas, satisfações e frustrações, envolvidas no exercício da profissão.

2.5.2 O trabalho em enfermagem: considerações gerais

Historicamente, a profissão de enfermagem surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde que foram, de maneira instintiva, as primeiras formas de prestação de assistência. No mundo moderno, as práticas de saúde analisam as ações de saúde e, em especial, as de enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista (OGUISSO *et al.*, 2005).

No contexto capitalista, a enfermagem sofreu fortes influências na organização do seu trabalho, advindas de duas correntes de pensamento: a Escola Clássica da Administração e a Escola das Relações Humanas (OGUISSO *et al.*, 2005).

Segundo Neumann (2007), quatro aspectos da teoria de Taylor influenciaram o processo de trabalho da enfermagem: a divisão do trabalho em especialidades; a

separação entre a concepção e execução do trabalho; a utilização do monopólio do conhecimento e a delegação de funções e atividades por parte do gerente.

Corroborando esse pensamento, Bellato, Pasti e Takeda (1997) relatam que a enfermagem herdou algumas características do taylorismo, por exemplo: escalas de trabalho; hierarquização da equipe, ainda hoje evidenciada pelas escalas de trabalho e divisão de tarefas entre o trabalho manual e intelectual; valorização do “como fazer” em detrimento ao “por que fazer” e rotinas e normas especificadas em manuais, contendo descrição detalhada.

A contribuição da teoria de Fayol ao processo de trabalho da enfermagem consolida-se nos cinco princípios básicos da administração: planejamento, organização, coordenação, comando e fiscalização, que são vivenciados no cotidiano dos enfermeiros (MELO, 1986).

A contribuição da Escola das Relações Humanas à organização do trabalho em enfermagem envolve as relações de grupo e o trabalho em equipe (NEUMANN, 2007).

O trabalho, de modo geral, evolui das formas mais simples e individuais para as mais complexas e coletivas, sendo necessária a sua reorganização. Não diferente dessa realidade, a enfermagem, que nos seus primórdios era considerada como um trabalho caritativo e religioso, passa, na segunda metade do século XIX, a assumir formas mais profissionais. O mérito dessa conquista foi atribuído a Florence Nightingale, personagem mais importante da história da enfermagem, que nasceu na Inglaterra e foi responsável por desvelar novas perspectivas para a profissão (OGUISSO *et al.*, 2005).

De acordo com Lima (1993), na concepção de Nightingale, a enfermagem era responsável por prestar assistência em condições adequadas para que a natureza pudesse atuar sobre a pessoa, favorecendo a preservação, a restauração e a cura de doenças. Delineava-se que na ação do cuidar "existe cuidado sem cura, mas não existe cura sem cuidado". O modelo educacional proposto por Nightingale buscava transformar o ambiente hospitalar em local de cura, mediante as adequações no

ambiente organizacional, como higienização, luminosidade e calor e do processo de trabalho, disciplinado e orientado a partir do médico (ALMEIDA, 1989).

O surgimento da enfermagem profissional no Brasil decorreu das necessidades de saúde pública. O Estado brasileiro teve que implementar ações de saneamento nos portos e nos núcleos urbanos. As epidemias e endemias representavam uma ameaça aos tripulantes dos navios, bem como à população de seus países de origem (GERMANO, 1985). Com o propósito de preparar a enfermagem para atuar em saúde pública, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido por Carlos Chagas, trouxe na década de 1920, por intermédios da Fundação Rockefeller, nove enfermeiras norte-americanas formadas no sistema Nightingale. Elas estruturaram o serviço de enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro, sendo também as primeiras professoras da Escola de Enfermagem Anna Nery. Os cargos de chefia dos Serviços de saúde pública ou de ensino eram exercidos pelas enfermeiras formadas na Escola Ana Nery. As profissionais que exerciam o ensino começaram a preparar pessoal auxiliar, as chamadas “visitadoras sanitárias” (GERMANO, 1985).

As escolas de formação da enfermagem eram orientadas a partir de dois modelos de formação: as *lady-nurses* e as *nurses*. As *lady-nurses* eram preparadas para o ensino e supervisão; e as *nurses*, para a execução do cuidado direto aos doentes. Ou seja, as *lady-nurses* eram responsáveis pelo trabalho intelectual e as *nurses* pelo trabalho manual de enfermagem. Para Melo (1986), o trabalho da enfermagem no Brasil já nasceu dividido em atividades - predominantemente, manual e intelectual -, sendo as primeiras de responsabilidade das visitadoras sanitárias e as segundas, das enfermeiras, que desenvolviam ações de supervisão e ensino, sem exercer as práticas de cuidado direto aos pacientes.

No Brasil, atualmente, o trabalho em enfermagem é hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros, considerando a gravidade e a complexidade, de acordo com os princípios de concepção e execução, cujo exercício profissional é normatizado pelas leis 2.604/55 e 7.498/86, e regulamentado pelos decretos leis 50.387/61 e 94.406/87, respectivamente (COFEN, 2009). Frente à equipe de enfermagem, destaca-se a figura do enfermeiro.

O enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde responsável, inicialmente, pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. É preparado para atuar em todos os níveis (básico, secundário e terciário) e áreas da saúde (assistencial, administrativa e gerencial). Seu trabalho é parte integrante do trabalho coletivo em saúde (COFEN, 2009).

Atualmente, a literatura tem explorado as questões sobre o trabalho da enfermagem, por dois motivos: primeiro por estar presente na assistência hospitalar, 24 horas durante os 365 dias do ano e segundo por representar, em relação às 14 profissões da área de saúde, o equivalente a 58,44% do conjunto, conforme dados da relação anual de informações sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2006).

Conflitos, dificuldades no desempenho do papel do enfermeiro no âmbito hospitalar são constantes, em razão das características peculiares da natureza do trabalho, tais como: desgaste físico e emocional, atividades ininterruptas, turnos e jornadas de trabalho, sobrecargas de trabalho, fragmentação do “cuidar” em saúde e diferenciação entre setores e serviços.

Por si só, esses dados e características já demonstram que uma assistência de qualidade depende diretamente da qualidade das ações desenvolvidas pela enfermagem e é em concordância com as perspectivas atuais sobre a prática da enfermagem que se pretende investigar a QVT dos enfermeiros no ambiente hospitalar, tanto no atendimento não emergencial quanto no emergencial.

3 METODOLOGIA

A pesquisa parte de um tipo de problema, de uma interrogação. Com base em um tratamento científico, ela busca responder às necessidades de conhecimento do problema em questão. Para Minayo (2007), a metodologia é entendida como o caminho do pensamento e o instrumental próprio de abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia deve incluir, simultaneamente, o método, as técnicas e o potencial criativo do pesquisador.

Neste capítulo, são descritos os aspectos metodológicos abordados na realização do estudo, tais como: tipo e método utilizado no estudo, unidade de análise e observação, população e amostra da pesquisa, técnicas de coleta e tratamento dos dados. Também são apresentados, aqui, as variáveis do estudo e o modelo proposto para a pesquisa.

3.1 Tipo e método da pesquisa

A pesquisa pode ser caracterizada como um estudo de caso descritivo, de caráter quantitativo e qualitativo. O estudo de caso se caracteriza por sua propriedade de permitir ao pesquisador variedade de evidências, tais como: documentos, artefatos, questionários, entrevistas e observações (YIN, 2005). De acordo com Gil (2002), consiste também no estudo profundo e exaustivo de “um ou poucos” objetos, de modo a permitir seu amplo e detalhado conhecimento.

O estudo foi descritivo, uma vez que buscou descrever os fatos que envolviam as características e condições ocupacionais dos enfermeiros emergencialistas e não emergencialistas da instituição.

O caráter quantitativo da pesquisa associou-se à aplicação de um questionário aos enfermeiros da instituição, com o objetivo de analisar a qualidade de vida no

trabalho de enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas de um hospital público inserido na rede de atendimento exclusivo ao SUS da cidade de Belo Horizonte.

Para Cervo e Bervian (2002), o questionário contém um número de questões, todas logicamente relacionadas ao problema principal, sendo essa a forma mais utilizada para a obtenção de dados, pois permite mensurar com exatidão o que se deseja saber. A pesquisa quantitativa consiste na utilização de conceitos matemáticos para a explicação da realidade. Busca a apropriação da linguagem de variáveis para explicar o objeto de investigação (MINAYO, 2007).

Richardson (1999, p. 70) diz que a abordagem quantitativa caracteriza-se pelo

[...] emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outras.

Já o caráter qualitativo da pesquisa associou-se à realização de entrevista, uma vez que buscou-se aprofundar nos achados quantitativos. A entrevista é tida como uma estratégia usual no processo de trabalho de campo por permitir a construção de informações pertinentes ao objeto de pesquisa. A entrevista teve por objetivo aprofundar a caracterização do trabalho do enfermeiro não emergencialista e emergencialista, tendo em vista os resultados obtidos no estudo quantitativo realizado.

A abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e das atitudes entendidos como parte da realidade social, sob a ótica dos atores e das relações. Nesse sentido, oferece ainda, aproximações sucessivas e progressivas até a compreensão do processo em estudo e de sua subjetividade, trabalhando aspectos da realidade que não se exaurem pela quantificação (MINAYO, 2007).

A utilização dos dois tipos de abordagem, quantitativa e qualitativa, neste estudo justificou-se porque elas se complementam, favorecendo um maior aprofundamento do tema abordado e caracterizarem uma triangulação metodológica dos achados.

3.2 Unidades de análise e observação

As unidades de análise e observação foram, respectivamente, um hospital público municipal que presta atendimento exclusivamente aos pacientes do SUS, oferecendo à população belo-horizontina e à da região metropolitana diversas especialidades médicas e os enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas que atuam na instituição.

3.3 População e amostra da pesquisa

A organização hospitalar, onde se realizou o estudo, conta com 155 profissionais enfermeiros⁵. Deste total, 17 realizam funções administrativas, ocupando cargos de gerência/coordenação, e 138 exercem atividades assistenciais nos mais diversos setores da instituição, atuando tanto no atendimento não emergencial (108) quanto no emergencial (30).

Participaram da pesquisa uma amostra de 95 enfermeiros, o que corresponde a um percentual de 68,8% em relação ao total de enfermeiros da instituição. Considerando-se a população de enfermeiros existente no hospital pesquisado por frente de trabalho, obteve-se uma amostra de 73 dos enfermeiros que atuam no atendimento não emergencial (76,6%) e 22 dos que atuam no atendimento emergencial (66,6%).

Procurou-se atingir a totalidade dos enfermeiros da instituição, entretando alguns aspectos impediram o alcance desse objetivo; dentre os quais, destacam-se: o gozo de férias, as licenças-saúde durante o período de coleta dos dados e a indisponibilidade dos enfermeiros em relação ao tempo mínimo necessário para respostas aos questionários. Ressalta-se que, entre os convidados para a pesquisa,

⁵ Hospital Municipal Odilon Behrens. **Relatório da Gerência de Administração de Pessoal**, setembro de 2009.

não houve nenhuma recusa no que se refere à participação no estudo.

Foram convidados também, 5 enfermeiros não emergencialistas e 5 emergencialistas para responderem a entrevistas semiestruturadas. Esse quantitativo representa cerca de 10% da amostra de respondentes da parte quantitativa da pesquisa.

3.4 Variáveis da pesquisa

Foram definidas cinco variáveis para a pesquisa, sendo uma delas referente às características demográficas e ocupacionais. As outras quatro variáveis são pertinentes à dimensão econômica, política, psicológica e sociológica (WESTLEY, 1979). O delineamento da pesquisa está representado na FIG. 2.

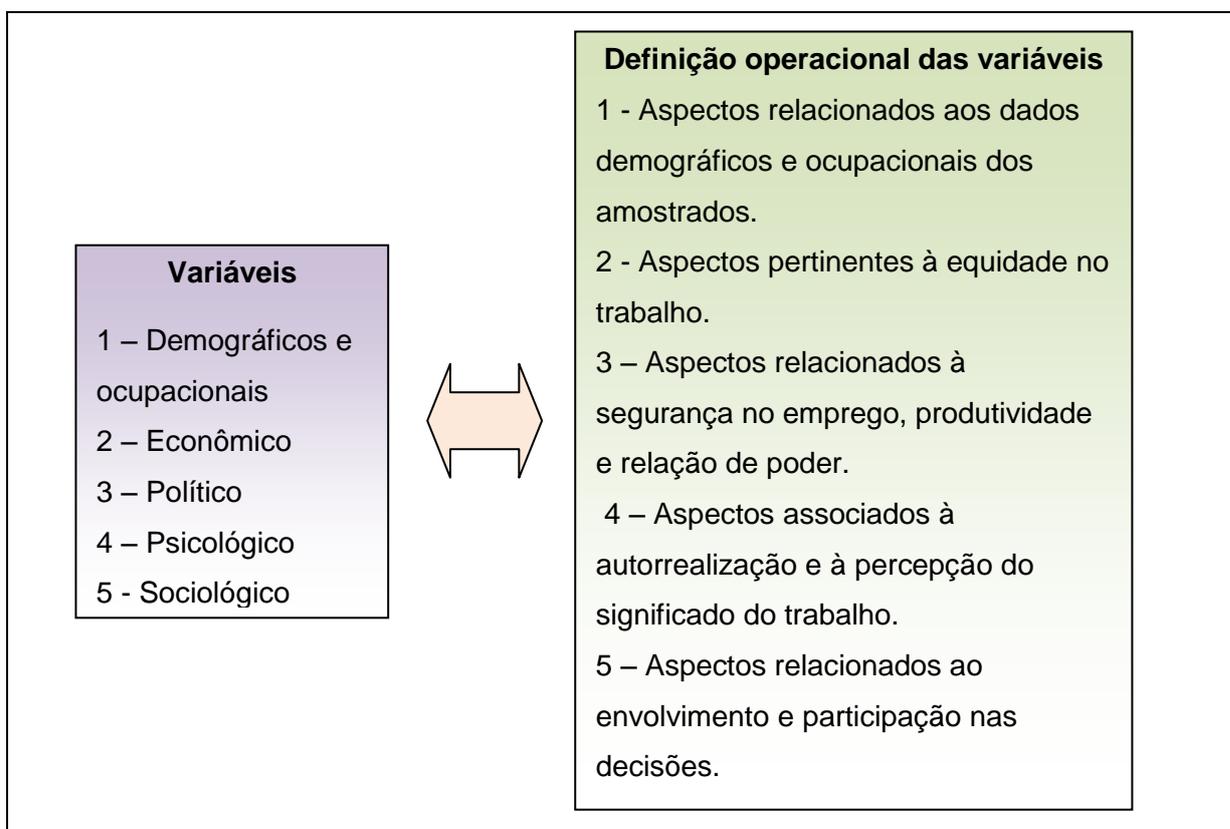


Figura 2 – Variáveis da pesquisa
Fonte: Inspirado de Westley (1979)

A definição operacional das variáveis 2, 3, 4 e 5 da pesquisa levou em consideração

o modelo de Westley (1979), norteador do estudo, que permitiu retratar dimensões atuais do contexto do trabalho. Os indicadores das variáveis apresentadas anteriormente também basearam-se no modelo de Westley (1979), conforme mostra o QUADRO 4.

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO		
Variáveis do estudo	indicadores	Item do questionário
Variáveis Demográficas e Ocupacionais	Sexo, faixa etária, estado civil, nº de filhos, escolaridade, tipo de vínculo empregatício, tempo de trabalho na instituição, local/setor onde exerce as atividades, ganho de produtividade.	I.1, I.2, I.3, I.4, I.5, I.6, I.7, I.8, I.9, I.10, I.11, I.12, I.13
Variáveis Econômicas	A alimentação recebida na instituição, carga horária, salário do hospital em relação ao mercado de trabalho, condições físicas do trabalho, a forma como o hospital lida com os riscos do trabalho, os benefícios, o salário recebido em relação à contribuição efetiva e ao volume de trabalho realizado.	II.1, II.4, II.5, II.8, II.11, II.14, II.17 e II.22
Variáveis Políticas	O relacionamento com a equipe de trabalho, a disponibilização de materiais e equipamentos, a liberdade de expressão, a qualidade da gestão do hospital, a valorização da função e a atuação do sindicato da categoria.	II.2, II.7, II.9, II.15, II.20 e II.26
Variáveis Psicológicas	A habilidade da equipe, o uso de diferentes habilidades, a qualidade, em termos gerais, da orientação recebida (supervisão), o <i>feedback</i> recebido, o crescimento pessoal e profissional e os critérios adotados no recrutamento e seleção de pessoal.	II.3, II.10, II.13, II.16, II.21 e II.23
Variáveis Sociológicas	O respeito e tratamento recebido dos superiores, a oportunidade de conhecer pessoas, o trabalho em equipe, a segurança no emprego, o grau de participação nas decisões e a resolução dos conflitos	II.6, II.12, II.18, II.19, II.25 e II.27

Quadro 4 – Variáveis e indicadores do estudo

Fonte: Inspirado de Westley (1979)

Acredita-se que, por meio do modelo adotado para a pesquisa, possa-se identificar os aspectos referentes à satisfação e insatisfação dos enfermeiros no contexto do trabalho, uma vez que as variáveis e indicadores utilizados permitem a descrição da qualidade de vida no trabalho, considerando as características pessoais dos participantes do estudo, bem como os aspectos econômicos, políticos, psicológicos e sociológicos que perpassam o trabalho desempenhado pelos enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas.

3.5 Técnicas de coleta de dados

Foram acessadas fontes primárias e secundárias na coleta de dados. As informações primárias foram obtidas pela pesquisadora, mediante a aplicação de um questionário (Apêndice D) construído para a abordagem das dimensões social, política, econômica e psicológica de Westley (1979) e por meio da realização de entrevistas semiestruturadas. Os dados secundários foram coletados a partir de documentos e registros do hospital para fins de sua caracterização.

A coleta dos dados se deu em duas etapas. A primeira consistiu na aplicação de um questionário aos enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas da instituição, com o objetivo de analisar as dimensões econômica, política, psicológica e sociológica da perspectiva de QVT de Westley (1979) e de avaliar possíveis diferenças percebidas por esses profissionais quanto a essas dimensões e seus respectivos indicadores.

O questionário foi composto por duas partes. A primeira parte contemplou dados demográfico-ocupacionais, indispensáveis à caracterização dos participantes. A segunda parte, consistiu em um questionário de 27 questões fechadas, abordando as dimensões econômica, política, psicológica e sociológica (WESTLEY, 1979). O modelo de questionário utilizado foi adaptado de Dutra (2008). As opções de resposta no questionário foram estruturadas em uma escala de respostas de intensidade e de qualidade do tipo *Likert*⁶, com opções de resposta que variavam de 1 (péssimo) a 6 (excelente). O questionário na íntegra encontra-se no Apêndice D.

A construção do instrumento de pesquisa levou em consideração o modelo de Westley (1979), norteador do estudo. O modelo é clássico, amplo e permitiu retratar dimensões atuais do contexto do trabalho, além de já ter sido utilizado em outras pesquisas nacionais.

Antes da aplicação definitiva do questionário, realizou-se um pré-teste com 4

⁶ A Escala *Likert* é um tipo de escala de resposta psicométrica usada comumente em questionários e é a escala mais usada em pesquisas de opinião, por possibilitar ao respondente especificar seu nível de concordância com uma afirmação.

enfermeiros, 2 enfermeiros de cada frente de trabalho envolvida na pesquisa. O objetivo do pré-teste foi verificar a adequação das perguntas e identificar as dificuldades na compreensão das questões, ou seja, o seu refinamento em termos de conteúdo e forma. Realizado o pré-teste e promovidas as mudanças e ajustes necessários ao melhor entendimento do questionário, procedeu-se à sua distribuição aos enfermeiros da instituição.

O questionário foi utilizado como instrumento de pesquisa, por ser uma técnica estruturada de coleta de dados que garante precisão de registro, possibilita a comparação entre os dados achados, propicia a facilidade no processamento dos mesmos e pode ser aplicado a um número maior de participantes (MALHOTRA, 2001).

Após o recebimento dos questionários preenchidos e uma prévia análise dos dados, foi selecionado um grupo de 10 enfermeiros (5 emergencialistas e 5 não emergencialistas) para participarem da parte qualitativa da pesquisa, representando um total de 10% dos respondentes da parte quantitativa. As perguntas que compuseram a entrevista semiestruturada foram formuladas a partir dos dados quantitativos mais significativos. Dois roteiros de entrevistas estruturadas foram elaborados, objetivando abordar os aspectos específicos de cada uma das frentes de trabalho (Apêndices E e F). A amostra dessa etapa foi composta por profissionais do sexo feminino e masculino, jovens e seniores, graduados e pós-graduados, com diferentes vínculos empregatícios, antigos na instituição e recém-admitidos. O objetivo dessa diversificação entre os respondentes da entrevista foi o propósito de obter informações que enriquecessem os achados quantitativos da pesquisa sob pontos de vistas diferentes.

De acordo com Triviños (1987), a entrevista estruturada privilegia o significado do fenômeno a partir da vivência dos pesquisados, o que permite a participação dos mesmos na elaboração do conteúdo da pesquisa por meio de suas experiências, circunstância favorecedora e enriquecedora do aspecto qualitativo da pesquisa.

Atribuiu-se aos amostrados da entrevista estruturada, pseudônimos, com o intuito de preservar o caráter confidencial e a privacidade dos respondentes. Nomes de flores

foram escolhidos para representar a enfermagem da instituição: Amáris, Crisântemo, Delfim, Frésia, Gardênia, Iris, Jacinto, Lisianto, Margarida e Narciso.

Considerando os aspectos éticos e legais dispostos na Resolução 196/96, que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos, esclarece-se que esta pesquisa contou com dois consentimentos informados (BRASIL, 1996). O primeiro emitido pela Comissão de Ética e Pesquisa, autorizando a realização do estudo na Instituição (Anexo A). O segundo direcionado aos participantes do estudo (Apêndice A – Apêndice B – Apêndice C). Os aspectos dispostos na Resolução 196/96 tratam da sigiliosidade, anonimato, confidencialidade das informações relacionadas a privacidade do pesquisado, entre outras.

3.6 Tratamento e análise estatística dos dados

Para o tratamento dos dados quantitativos da pesquisa, foram utilizadas as técnicas estatísticas descritiva e bivariada.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva com o objetivo de caracterizar a amostra dos informantes, sendo para isso utilizadas distribuições de frequências para as variáveis demográficas e ocupacionais, e gráficos e medidas descritivas (média, desvio-padrão, mediana e quartis) para os indicadores referentes às dimensões da qualidade de vida no trabalho. Também utilizaram-se medidas descritivas para cada dimensão de QVT: econômica, política, psicológica e sociológica.

A estatística bivariada foi utilizada para associar as variáveis das dimensões de QVT de Westley (1979) às variáveis demográficas e ocupacionais dos pesquisados. Para a avaliação de diferenças entre as características demográficas e as dimensões referentes à qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros de um hospital pesquisado, foram utilizados testes não paramétricos, pois a suposição de normalidade para essas dimensões não foi comprovada (MALHOTRA, 2001).

Para as variáveis sexo, frente de trabalho, carga horária, tempo de trabalho na

instituição e faixa etária, que possuem somente duas categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* para a comparação dos valores centrais entre as categorias. Já para as outras variáveis - estado civil, escolaridade e tipo de vínculo empregatício, que possuem três categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de *Kruskall-Wallis*, que permite a comparação múltipla de k tratamentos ou categorias. No teste de *Kruskall-Wallis*, a hipótese nula é a de que não há diferença entre as medianas das categorias; e a hipótese alternativa é a de que existe pelo menos uma diferença significativa entre as categorias ou tratamentos estudados.

Os dados quantitativos da pesquisa foram tratados na versão 13,0 do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Em todos os testes estatísticos utilizados, foram considerados níveis de confiança de 99,0% e 95,0%, correspondendo a valores de $p < 0,01$ e $p < 0,05$, respectivamente.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora com uma média de duração de 45 minutos cada uma. O material foi gravado com auxílio de um sistema de áudio MP3. Após a transcrição integral e digitação do material, procedeu-se à análise dos dados. Anotações foram feitas à margem do conteúdo das entrevistas, visando à aproximação dos relatos, ideias e conceitos com o referencial teórico. Todo o material coletado foi examinado por meio da interpretação do seu conteúdo, buscando-se selecionar fragmentos que pudessem ilustrar resultados quantitativos apurados. Os fragmentos foram mantidos na sua essência a fim de preservar a peculiaridade de cada respondente no seu modo de expressar.

Considerando que, na realização da pesquisa, utilizou-se de diferentes técnicas de coleta dos dados, tais como: questionário, entrevistas e documentos, a análise dos dados foi conduzida por meio da triangulação, resultante da combinação de múltiplas técnicas de pesquisa. Integra a análise de estruturas, processos e resultados, compreensão do fenômeno e visão dos atores sobre o objeto em investigação, entre outras, atendendo tanto aos requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência do fenômeno sob estudo (MINAYO, 2007).

4 O HOSPITAL PARTICIPANTE DA PESQUISA

A história do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) teve início na década de 40 quando Juscelino Kubitschek (1940-1945) tornou-se prefeito da capital. As obras de construção iniciaram-se em agosto de 1941, sob a responsabilidade de Dr. João Gusmão Jr., sendo inaugurado seu primeiro pavimento em 30 de março de 1944. Fisicamente o projeto contava com três pavimentos, com capacidade para 100 leitos, dentre os quais, 15 seriam mantidos e reservados às atividades de maternidade. O corpo clínico era composto basicamente por clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, com horário de funcionamento de 8:00 as 17:00 horas e destinava-se ao atendimento médico hospitalar exclusivo aos servidores da prefeitura de Belo Horizonte (GANDRA *et al*, 1996).

O primeiro diretor do hospital foi o médico Odilon Behrens, motivo pelo qual foi atribuído o seu nome à instituição. Era um hospital de poucos recursos e sua manutenção financeira era realizada pela prefeitura, uma vez que atendia aos segurados da Beneficência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte⁷ (BEPREM). O hospital passou a funcionar, recebendo um número reduzido de pacientes, uma vez que atendia somente aos servidores da prefeitura. Nos casos de internação, os poucos apartamentos disponíveis eram disputados pelos pacientes, em detrimento à ala de enfermagem, sendo necessária a otimização dos recursos hospitalares por parte da prefeitura, bem como a criação de serviços/departamentos, como: lavanderia, laboratório e enfermagem (GANDRA *et al*, 1996).

O Departamento de Enfermagem foi criado com o propósito de garantir aos usuários um atendimento durante as 24 horas do dia, bem como a segurança e conforto do paciente. Cada chefia de enfermagem era responsável em média por 30 leitos (GANDRA *et al*, 1996). Uma nota do Jornal Minas Gerais⁸ comentou a criação do

⁷ Criada em 1937, originalmente com o objetivo de assegurar aposentadoria aos empregados municipais e pensões aos dependentes em caso de falecimento do servidor. A BEPREM fornece também atendimento médico, odontológico e psicológico, além de atividades culturais, de formação profissional e de lazer.

⁸ Jornal Minas Gerais, Belo Horizonte, 21-10-1945. p.6

Departamento de Enfermagem do hospital:

Por um contrato com a Escola de Enfermagem “Carlos Chagas”, o hospital Municipal obteve a colaboração eficiente do primeiro estabelecimento de Enfermagem de alto padrão, fundado em Estado Brasileiro [...]

No início da década de 50, o hospital já dispunha de um corpo clínico mais especializado nas áreas de pediatria, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia, urologia e eletrocardiologia, além de serviços complementares nas áreas de odontologia, radiologia, fisioterapia e laboratório de pesquisas. Nessa época, o hospital recebeu o apelido de “Universidade da Lagoinha”. Essa designação era justificada visto que, no terceiro andar da instituição, moravam de dez a quinze estudantes de medicina. Os atendimentos ao paciente no horário noturno eram realizados por esses estudantes residentes, sob a supervisão dos médicos que trabalhavam no período diurno. A presença dos estudantes de Medicina e da Enfermagem validavam o caráter de vida comunitária⁹ do hospital, presente desde sua criação (GANDRA *et al.*, 1996).

Em 1973, por meio da Lei nº 2311 de 22 de julho, o hospital foi transformado em autarquia, dotado de personalidade jurídica e patrimônio próprio, com autonomia técnica, administrativa e financeira. A transformação em autarquia teve como finalidade tornar seu funcionamento mais dinâmico e desenvolver ações necessárias a dar maior agilidade a sua gestão, uma vez que o hospital estava subordinado à Secretaria Municipal de Saúde, o que, de certo modo, dificultava o seu processo de gestão (RAMOS, 1995). Assim sendo, o hospital passou a apresentar os seguintes objetivos permanentes:

1. Prestar obrigatoriamente toda assistência médico-hospitalar aos contribuintes da BEPREM e seus beneficiários legais, diretamente ou através de convênios, assumindo a responsabilidade daqueles já celebrados pela entidade;
2. Prestar, facultativamente, assistência médico-hospitalar a terceiros, diretamente ou através de convênios;

⁹ [...] Era um hospital que parecia assim mais a casa da gente. Tinha salgadinho no café [...] A superintendência mandava fazer, a estrutura da época permitia e eram pouquíssimos funcionários. Depoimento do Dr. Antonio Guilherme Roscoe, médico do HOB, prestado em 23/10/1996 (GANDRA, 1996)

3. Servir de campo para aperfeiçoamento de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros profissionais relacionados com a assistência médico-hospitalar;
4. Incentivar e realizar investigações e pesquisas científicas no campo da medicina;
5. Contribuir para a difusão das concepções práticas relativas à educação sanitária.

O hospital passou por um período lento de abertura ao atendimento da população em geral, desde sua transformação em autarquia até o estabelecimento de um acordo com o governo estadual, no sentido de voltar-se para a comunidade belo-horizontina como um todo. Essa abertura se deu por meio da Constituição Federal de 1988, quando foi aprovada a universalização dos sistemas de saúde. O hospital deixou, então, de atender somente aos servidores da prefeitura, para se tornar um hospital geral de acesso universal, conveniado ao SUS (GANDRA *et al*, 1996).

O hospital vem, ao longo dos anos, tentando se adaptar aos novos tempos e à diversificação das demandas assistenciais e organizacionais, provenientes da sua abertura ao SUS. Com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1991, o hospital passou a desempenhar um importante papel na organização do sistema de saúde (HOB, 2008). Nessa nova etapa, duas importantes modificações ocorreram em sua estrutura organizacional: a construção de um novo ambulatório e a reforma e ampliação do pronto socorro. Foram construídos, também, uma nova cozinha e uma caldeira, dentre outros espaços destinados à infraestrutura operacional. O hospital possui hoje uma planta física de 17.617,58m², assim distribuídos:

- **1º Pavimento** – superintendência; diretoria administrativa; auditoria médica; diretoria de gestão do trabalho, ensino e pesquisa; assessoria de comunicação; departamento jurídico; financeiro; gerência de recursos de materiais e compras; comissão permanente de licitação; contabilidade; departamento pessoal; necrotério; laboratório; informática; endoscopia; central de internações; recepção principal; protocolo; depósito de material de limpeza; central de material esterilizado; suporte nutricional; recepção

pronto socorro; psicologia; serviço social; ecocardiografia; ultrassom; agência transfusional; lavanderia; costura; bloco cirúrgico; emergência; expurgo; aleitamento materno; CTI 1º andar; farmácia; raio X; odontologia; triagem pediátrica; triagem adulto; sala de emergência; acolhimento; central de leitos; observação masculina e feminina; observação pediátrica; tomografia; clínica cirúrgica; eletroneuromiografia; sutura;

- **2º Pavimento** – bloco cirúrgico 2º andar; departamento de material e limpeza; expurgo; vestiário fem/masc; sala de recuperação; vestiário do paciente; farmácia; enfermarias; sala de equipamentos; secretaria; CTI – 2º andar; descanso dos funcionários; sala de prescrição; abrigo de resíduos; sala de multiuso; berçário; rouparia; sala de ultrassom; ginecologia; obstetrícia; bloco obstétrico; CTI neonatal; CTI pediátrico; preparo nutricional; refeitório; higienização; despensa; cozinha;
- **3º Pavimento** – Centro de Estudos; auditório; comissão de controle de infecção hospitalar; núcleo de epidemiologia; saúde do trabalhador; recursos humanos; capela; clínica médica A e B; expurgo; posto enfermagem; quarto residentes; clínica cirúrgica vascular; coordenação médica; sala de descanso para funcionários;
- **Subsolo** – abrigo de resíduos; subestação; casa dos compressores; vestiário masculino e feminino; sala da gerência; manutenção; guarda municipal; engenharia clínica; manutenção predial; padronização; laboratório (bioquímica); almoxarifado geral; almoxarifado farmácia; controle de abastecimento farmacêutico (medicamentos controlados); controle de estoque; nutrição parenteral;
- **Ambulatório** – 1º andar: serviço de arquivamento médico; odontologia; audiologia; comissão de ética em pesquisa; programa de atendimento domiciliar; cirurgia vascular e ortopedia; centro de tratamento de feridas; teste vestibular; terapia ocupacional; fisioterapia; ultrassom; sala de massagem; sala de parafina; ginásio de fisioterapia;
- **2º andar** – administração; coordenação; CEM – centro de especialidades médicas; eletroencefalograma; eletrocardiograma; mamografia; pediatria; ginecologia; pré-natal; sala de cirurgia; urologia; proctologia; secretaria e enfermagem.

O ambulatório dispõe de mais de 35 especialidades e subespecialidades médicas, realiza também o monitoramento dos pacientes em desospitalização do HOB. Na unidade ambulatorial, está instalada a clínica de reabilitação e o Centro de Especialidades Médicas das Regionais Pampulha e Noroeste, onde são realizados cerca de 30 atendimentos diários (HOB, 2008).

Diante dessas considerações, observa-se que foram necessárias “reformas”, estruturais e organizacionais, cujo objetivo foi a redução do tempo de espera pelo atendimento, qualificação das ações por meio de protocolos e Humanização da Assistência¹⁰ prestada ao usuário do serviço.

Com o propósito de otimizar o atendimento prestado ao usuário no hospital, por meio da regulação do fluxo de entrada do serviço de emergência, deu-se início em março de 2005, à implantação do Acolhimento com Classificação e Risco. Essa metodologia baseia-se no potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento apresentados pelo usuário. É um processo dinâmico de identificação dos riscos por meio das cores: vermelha, amarela, verde e azul. A classificação considera o estado de saúde do usuário e prioriza o atendimento a ele disponibilizado, bem como aspectos éticos e humanizados na relação usuário/profissionais de saúde (HOB, 2008).

O enfermeiro é o profissional responsável, dentre outras atribuições, pelo Acolhimento com Classificação de Riscos. O enfermeiro conta com o apoio de um técnico de enfermagem e da equipe médica que identifica o risco do usuário por meio da utilização de cores, no seguintes níveis de prioridade, conforme QUADRO 5:

¹⁰ A Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo contribuir para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimulando as práticas de co-gestão dos processos de trabalho e atendendo às demandas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Essas demandas superam o simples atendimento e o acesso à medicação, mas principalmente situam-se na integralidade desse atendimento e no respeito aos direitos dos usuários.

PRIORIDADE	COR	TIPO DE ATENDIMENTO
0	Vermelha	Emergência, atendimento imediato
1	Amarela	Urgência, atendimento máximo priorizado
2	Verde	Não urgência, pode aguardar pelo atendimento
3	Azul	Baixa complexidade, atendimento ambulatorial ou Programa de Saúde da Família

Quadro 5 – Prioridades de Acolhimento com Classificação de Riscos

Fonte: Assessoria de Comunicação do HOB (2009)

Após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, o serviço de emergência do hospital, que antes funcionava como pronto socorro, passou a ser formado pelo Acolhimento, Observação do acolhimento e Sala de Emergência. O acolhimento (triagem) é realizado pelo profissional da enfermagem, que busca identificar, em um primeiro momento, as necessidades e expectativas do usuário que busca pelo serviço médico da instituição. A observação do acolhimento é caracterizado pela abordagem clínico-terapêutica, em que o usuário é observado, frente à melhora ou pioria dos sinais e sintomas apresentados na triagem. A sala de emergência destina-se a todos os usuários com potencial risco de morte (HOB, 2008).

O serviço de emergência conta hoje com 22 leitos na observação do acolhimento, 23 na sala de emergência, perfazendo um total de 45 leitos constantes. Dispõe de mais 38 leitos variáveis, somando 83 leitos ao todo e uma média de 520 atendimentos por dia, nas especialidades de clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, ortopedia, neurologia, diversas especialidades cirúrgicas e, ainda, urgências clínicas e traumatológicas. A instituição tem papel fundamental na regulação das urgências e emergências na rede municipal de saúde (HOB, 2008).

Cabe aqui destacar que o cenário da saúde no Brasil, nas últimas décadas, tem se apresentado de forma desordenada e caótica. A superlotação dos serviços de saúde, principalmente de hospitais, pode ser associado ao crescimento demográfico, à desinformação sobre a regionalização e a hierarquização dos serviços de assistência à saúde, à crescente demanda da população pela assistência à saúde em virtude de doenças crônico-degenerativas, à descredibilidade no sistema de referência e contra-referência da rede de atenção básica, entre outros fatores (MERHY; ONOCKO, 2002).

O hospital buscou ao longo dos anos incorporar estratégias e arranjos organizacionais, frente à crescente demanda da população por seus serviços, com o objetivo de melhorar o atendimento prestado ao usuário e os processos de trabalho de seus profissionais, norteados pela Política Nacional de Humanização (PNH). Dentre os arranjos e estratégias adotadas, destaca-se a Clínica Ampliada e a Visita Aberta (HOB, 2008).

Por meio da Clínica Ampliada, as equipes de referência passam a se responsabilizar pelo cuidado integral do usuário. Dessa forma, o usuário terá um profissional ou equipe de referência a quem se dirigir, considerando suas demandas e necessidades. De acordo com Rollo (1997), a Clínica Ampliada possibilita ao usuário do serviço ser atendido por uma equipe multidisciplinar responsável pela articulação de todas as ações necessárias ao restabelecimento de sua saúde, de forma diária e contínua.

Do mesmo modo, a Visita Aberta favorece, entre outros aspectos, a ampliação do contato do usuário com seus familiares, durante o período de hospitalização. Anterior à Visita Aberta, o horário de visitas era das 15:00 às 16:00 horas e permitia a entrada de somente dois visitantes por usuário hospitalizado. Em 2005, com a implantação da Visita Aberta, o horário de visitação passou a ser das 11:00 às 20:00 horas diariamente, com a ampliação de dois para quatro visitantes por usuário, durante os sete dias semanais. Algumas readequações foram necessárias para implantação desse dispositivo, entre elas: a adequação da área física da internação, a reestruturação do serviço de portaria e o envolvimento dos trabalhadores (HOB, 2008).

Tanto a Clínica Ampliada quanto a Visita Aberta fazem parte dos dispositivos de humanização da assistência. Esses dispositivos têm como objetivos a melhoria dos resultados prestados aos usuários do serviço e o favorecimento da criação de vínculo entre os profissionais e os usuários (CAMPOS, 1998).

O hospital é também um Centro de Educação e Pesquisa, orientado pela lógica da multidisciplinaridade, em que se destacam as residências médicas (saúde coletiva, ginecologia, cirurgia geral, etc.) e multiprofissionais (enfermagem, fisioterapia,

psicologia, etc.), como também os estágios e as visitas técnicas, abertos a toda a comunidade científica (HOB, 2008).

Percebe-se, com as considerações feitas até aqui, que o hospital, ao longo dos anos, passou por reestruturações no sentido de disponibilizar à comunidade um atendimento qualificado e humanizado. Para tanto, necessitou de estruturas físicas, estruturais e organizacionais, principalmente no que se refere à inovação tecnológica e à gestão (organizacional e de pessoas).

No que se refere à inovação tecnológica, vários foram os investimentos, principalmente no ano de 2003, quando o hospital apontou uma necessidade de elaboração de um plano específico de aquisição, modernização e monitoramento sistemático do acervo de equipamentos hospitalares. A partir dessa data, o hospital passou então a contar com um aparato tecnológico (HOB, 2008).

Nesse mesmo período, foi implementado um modelo organizacional de gestão colegiada e participativa no HOB. A participação dos servidores é sustentada nesse modelo de gestão por meio do Contrato de Gestão Interno e de reuniões do Colegiado (HOB, 2008).

O contrato de gestão foi um compromisso firmado entre as unidades de produção e a instituição, para alcançar determinados objetivos, fixados em consonância com os princípios de qualidade, eficiência, resolutividade e excelência. Todos os servidores participaram da construção dos objetivos e do monitoramento do cumprimento das metas pactuadas. O Contrato de Gestão possibilita maior envolvimento e comprometimento dos servidores com os compromissos assumidos, além de delegar aos setores autonomia de gestão (HOB, 2008).

Já as reuniões do Colegiado acontecem uma vez ao mês com a participação dos servidores lotados no setor, onde são discutidos assuntos pertinentes ao processo de trabalho. Os servidores propõem ações para a resolução de problemas, participam na tomada de decisões e têm acesso às informações relevantes. Todas as resoluções do Colegiado são documentadas em ATA, ficando reservado, ao início de cada reunião, uma leitura da ATA para esclarecimentos sobre o direcionamento e

a resolatividade dados às discussões e pendências geradas na reunião anterior.

A Gestão Participativa corresponde a um conjunto de princípios e processos que defendem e permitem o envolvimento regular e significativo dos servidores na tomada de decisão. Esse modelo é seguido por todas as unidades de produção da instituição (HOB, 2008).

Concernente à gestão de pessoas, a gerência de desenvolvimento de pessoas e do trabalho (GPET) é composta de três áreas distintas: recrutamento e seleção de pessoal, acompanhamento funcional e avaliação de desempenho e treinamento e desenvolvimento de pessoas. Todas essas ferramentas, de certo modo, são utilizadas com o intuito de desenvolver e qualificar os servidores, além de favorecer a melhora das relações de trabalho, permitindo melhor integração entre as equipes e suas unidades funcionais.

Além disso, destaca-se a Lei nº 9.154 de janeiro de 2006 que instituiu o Plano de Carreiras, cujo propósito era reorganizar os cargos públicos efetivos e prover a concessão de reajustes remuneratórios aos seus trabalhadores. Além dos benefícios financeiros que tornaram os salários dos profissionais da saúde mais atrativos, destacou-se, na redação da Lei, o regime jurídico aplicável aos servidores públicos admitidos a partir da vigência do Plano de Carreiras, que é o Estatuto do Servidor Público Municipal vinculado ao Regime Próprio de Previdência do Município de Belo Horizonte (HOB, 2008). Cabe esclarecer que tanto o celetista quanto o estatutário fazem parte do quadro efetivo de servidores (HOB, 2008).

A adequação dos cargos frente à atual situação da instituição possibilitou a realização do concurso público em junho de 2006. O concurso proveu a incorporação de 919 cargos no hospital, entre profissionais da saúde e agentes administrativos, sendo 100 dessas vagas destinadas a profissionais enfermeiros (HOB, 2008).

Pode ser observado, por meio do QUADRO 5, que coexistem, desde tempos passados até a presente data, profissionais regidos por tipos diferentes de vínculos empregatícios na instituição. Trata-se de trabalhadores estatutários, celetistas e os

contratados administrativamente¹¹, desempenhando as mesmas funções e ocupando os mesmos espaços de trabalho, cada um com suas especificidades regulamentadas por legislações próprias.

NÚMERO DE ENFERMEIROS POR UNIDADE NOS ANOS DE 1995, 2005 E 2009			
UNIDADE	1995	2005	2009
Não Emergência	30 celetistas	23 celetistas 2 contratos	81 estatutários 33 celetistas 11 contratos
Emergência	8 celetistas 1 contrato	7 celetistas 4 contratos	23 estatutários 03 celetistas 04 contratos
TOTAL	39 profissionais	36 profissionais	155 profissionais

Quadro 6 – Distribuição de enfermeiros por unidade, de acordo com o vínculo empregatício nos anos de 1995, 2005 e 2009

Fonte: Adaptado de Ramos (1995) e dados da Gerência de Gestão de Pessoas e Trabalho (2009).

O HOB é um hospital geral e conta atualmente com um total de 409 leitos de internação, dentre os quais, 100 são destinados à terapia intensiva e uma média de 1312 internações mês. No que concerne aos trabalhadores, conta também com um quadro de 2.134 profissionais, sendo 1.795 profissionais da saúde. Dentre estes, 958 são auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 155 são enfermeiros.

A escolha do HOB como cenário justifica-se pela facilidade de inserção em campo, uma vez que a pesquisadora atua como enfermeira na instituição. Além disso, de acordo com a Portaria Ministerial nº 2.224 (BRASIL, 2002), que estabelece o sistema de classificação hospitalar do SUS, o HOB é classificado como porte IV, conforme o número total de leitos (300 ou mais), conforme número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (30 ou mais), tipo de UTI, complexidade, urgência e emergência (Referência Nível III) e número de salas cirúrgicas (acima de 08). A instituição é referência no atendimento a emergências clínicas e dispõe de um número significativo de profissionais de enfermagem.

¹¹ Modalidade de contratação temporária por prazo determinado de até 06 (seis) meses, podendo ser renovado por até 04 (quatro) vezes, a partir do interesse do contratante e do contrato, não podendo essa contratação temporária ser superior a dois anos.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo a descrição e análise dos resultados do presente estudo e está organizado conforme descrito. Inicialmente, serão apresentados os resultados que caracterizam o perfil da amostra de acordo com as informações provenientes da parte I do instrumento de coleta, referentes aos dados sociodemográficos e ocupacionais. Em seguida, serão apresentados e discutidos os resultados procedentes da parte II do questionário, relativos às dimensões e indicadores de QVT propostos para o estudo.

5.1 Análise descritiva das variáveis demográficas e ocupacionais

Consta, aqui, a descrição do perfil dos amostrados, no que se refere às seguintes variáveis demográficas e ocupacionais: frente de trabalho, sexo, faixa etária, estado civil, número de filhos, escolaridade, tempo de casa, tipo de vínculo empregatício, carga horária trabalhada, setor/local de exercício das atividades, faixa salarial mensal, atividades exercidas em outras instituições, número de instituições onde exerce atividades e importância da remuneração recebida.

Com a finalidade de efetuar uma análise comparativa, os enfermeiros participantes da pesquisa foram agrupados em duas frentes de trabalho: o atendimento não emergencial (76,8%) e o atendimento emergencial (23,2%). Importante mencionar que esse percentual refere-se à amostra total desconsiderando a população real de enfermeiros das duas frentes de trabalho na instituição. O GRAF. 1 ilustra essa distribuição.

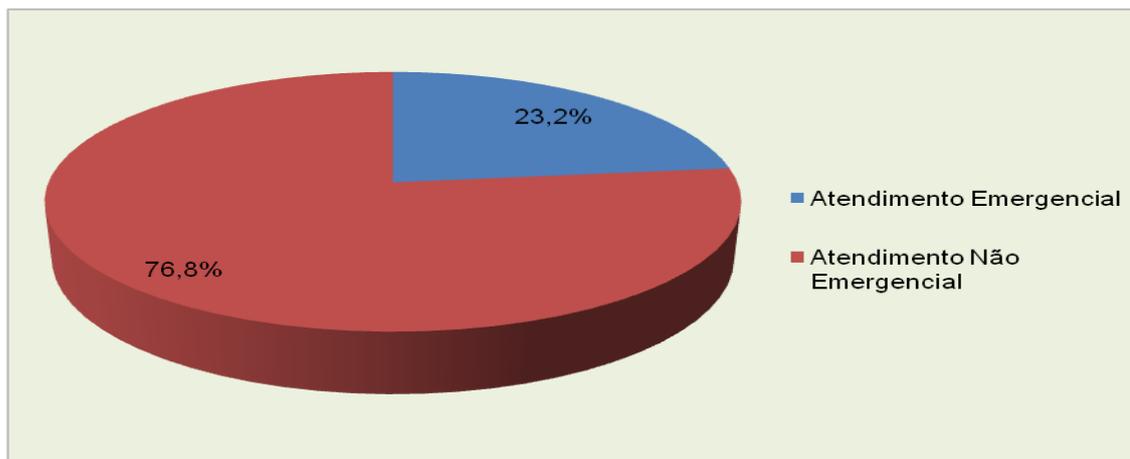


Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo a frente de trabalho
Fonte: Dados coletados da pesquisa

O GRAF. 2 exibe a distribuição da amostra segundo o sexo. Observa-se que a atividade do enfermeiro no hospital é exercida majoritariamente por profissionais do sexo feminino (84,2%), enquanto que os profissionais do sexo masculino compõem 15,8% desse universo. Esse dado nos remete aos primórdios da enfermagem, em que a profissão era associada a questões femininas, como cuidar do lar, dos filhos, da esposa. O ato do cuidar era considerado intrínseco à natureza feminina, uma vez que demandava disponibilidade e tempo para a constante vigilância. Além disso, ressaltava-se a assistência e higienização dos doentes como se fossem as extensões dos trabalhos familiar e doméstico. Essas prerrogativas eram inerentes ao papel social da mulher (MELO, 1986).

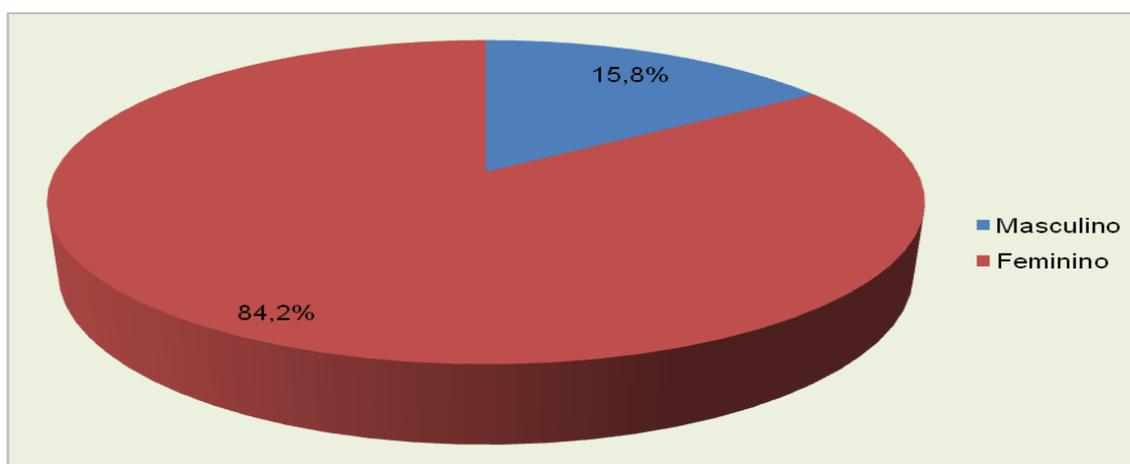


Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Com relação à faixa etária dos participantes (GRAF. 3), percebe-se que 75,8% dos enfermeiros pesquisados têm até 35 anos (jovens). Compõem o percentual restante

24,2% de enfermeiros com idade superior a 36 anos (seniores), o que permite inferir que os enfermeiros que atuam no hospital são em sua maioria profissionais jovens.

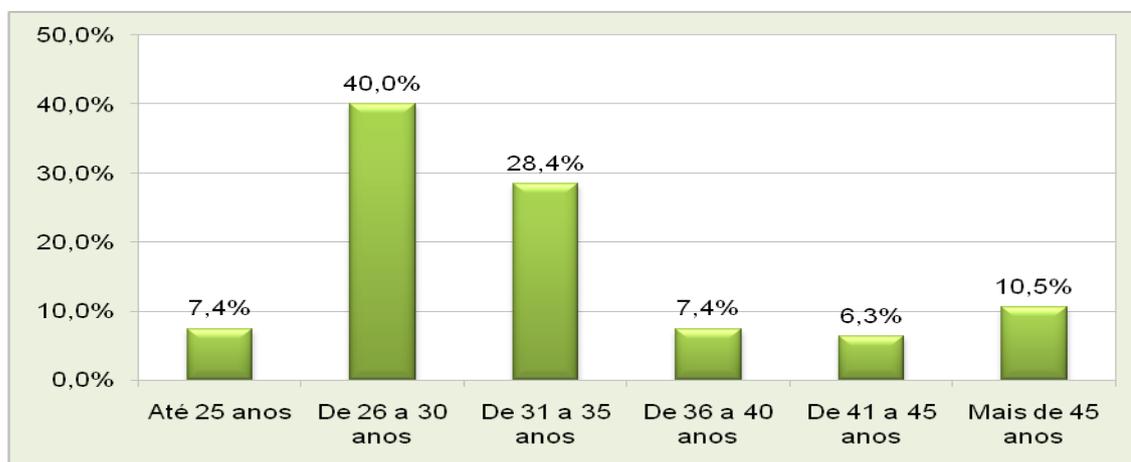


Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa etária

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No tocante ao estado civil, 48,4% dos enfermeiros pesquisados são solteiros, 42,1% são casados e 9,5% desses enfermeiros compõem outros estados civis, conforme demonstrado no GRAF. 4.

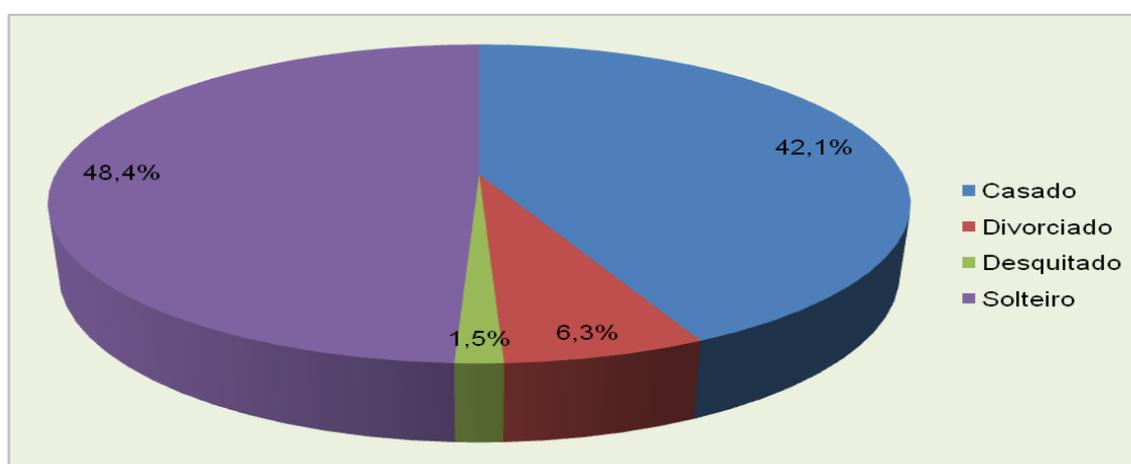


Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros segundo o estado civil

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Quanto ao número de filhos, a maior parte dos enfermeiros pesquisados (63,2%) não possui filhos, enquanto que 36,8% possuem um ou mais filhos GRAF. 5.

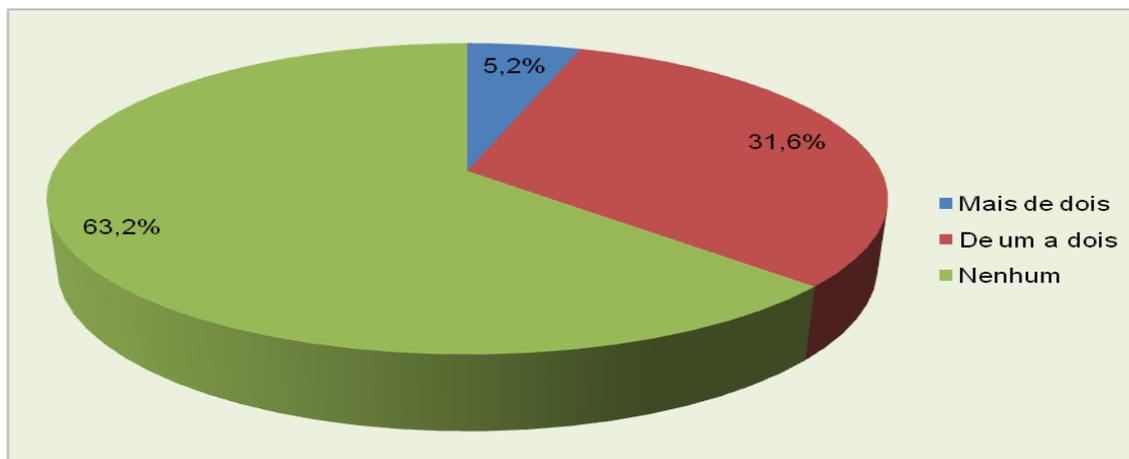


Gráfico 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo número de filhos
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Concernente ao grau de escolaridade dos participantes da pesquisa, observou-se que a maioria dos enfermeiros amostrados (81,0%) possuem algum tipo de pós-graduação *latu sensu* completa ou em andamento enquanto 4,2% dos enfermeiros possuem pós graduação-*strictu sensu* concluída ou em curso. Dos amostrados, 14,8% é o percentual que representa os enfermeiros que possuem somente a graduação. Esse dado revela a preocupação dos enfermeiros do hospital em relação à qualificação profissional. O GRAF. 6 denota essa realidade.

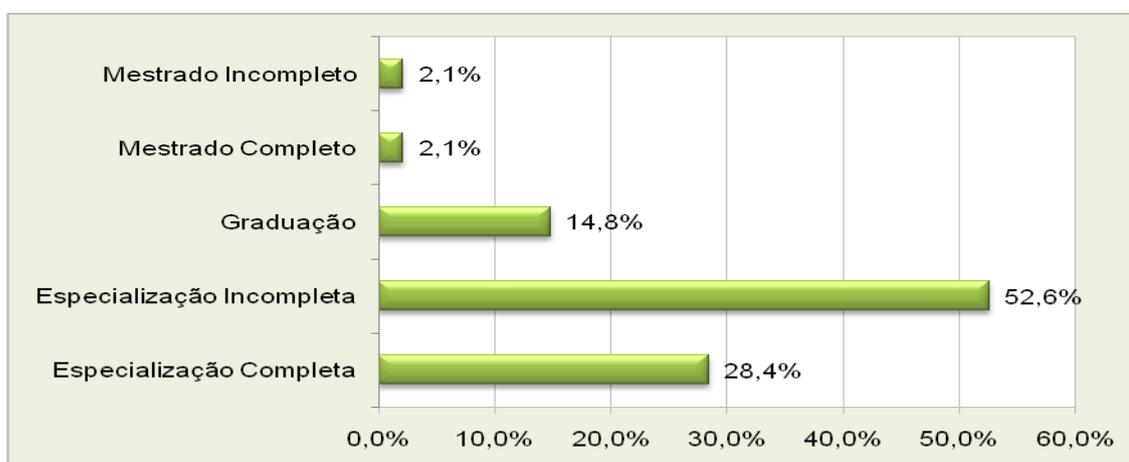


Gráfico 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo o grau de escolaridade
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Pode-se dizer, em relação ao tempo de trabalho na instituição, que mais da metade dos enfermeiros amostrados (66,3%) fazem parte do quadro de pessoal entre 1 e 5 anos. Em seguida, aparecem os enfermeiros que estão na instituição há menos de 1 ano (17,9%), posteriormente, aqueles que estão há mais de 10 anos na instituição (12,6%) e, por fim, aqueles que têm entre 6 e 10 anos de casa (3,2%). O GRAF. 7 espelha essa realidade.

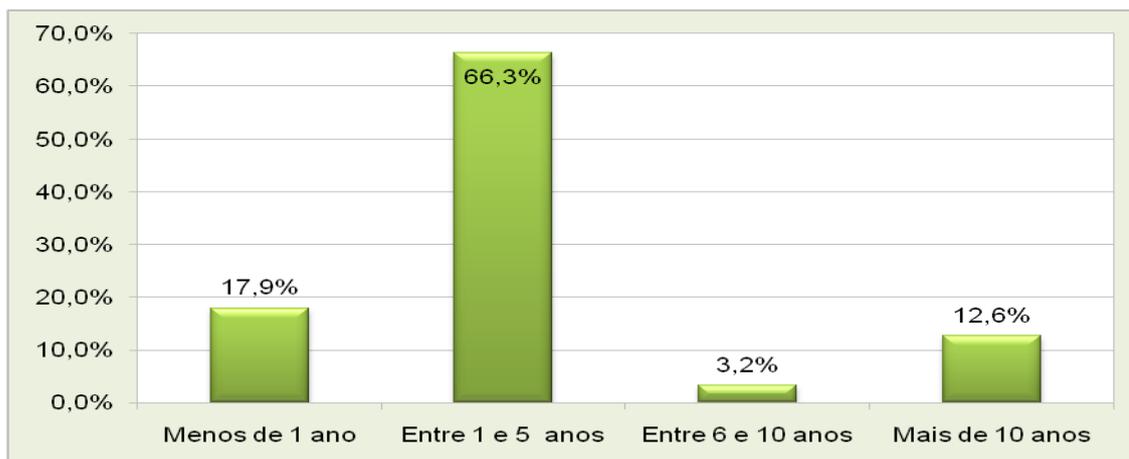


Gráfico 7 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tempo de trabalho na instituição
Fonte: Dados coletados da pesquisa

O resultado acima mostra que o maior percentual apresentado entre os amostrados são de enfermeiros recém-admitidos (84,2%), ou seja, aqueles com até 5 anos de instituição. O fato do maior número de profissionais estarem concentrados na faixa inferior a 5 anos de serviço na instituição pode ser atribuído à realização do concurso público realizado em 2006. O concurso visou à adequação do número de profissionais da saúde às necessidades do hospital, considerando a demanda e tipo de assistência prestada ao usuário do serviço. O concurso público foi respaldado pela Lei n.º 9.154/06 (HOB, 2008).

No que se refere ao tipo de vínculo empregatício, observa-se no GRAF. 8 que a maioria dos enfermeiros amostrados (56,8%) são efetivos estatutários, 27,4% são contratados e 15,8% são efetivos celetistas. Atribui-se o fato de a maioria dos enfermeiros da instituição pertencerem ao regime estatutário à realização do concurso público no ano de 2006, com provisão de 100 vagas destinadas a enfermeiros vinculados ao Estatuto do servidor público municipal, quando na época a instituição contava com um quadro de 36 enfermeiros, regidos pela consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

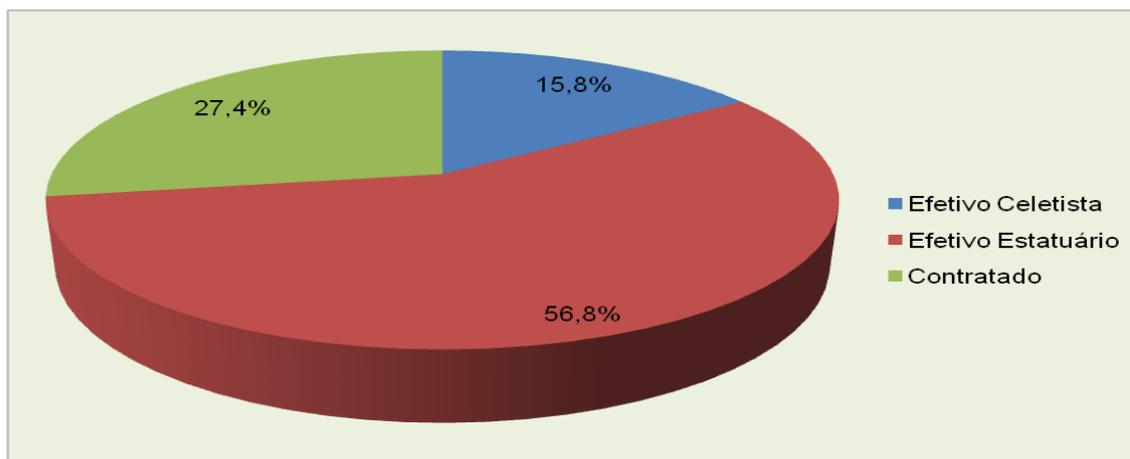


Gráfico 8 – Distribuição dos enfermeiros segundo o tipo de vínculo empregatício
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Os resultados contemplados no GRAF. 9 apontam que a maior parte dos participantes da pesquisa (86,2%) trabalha 30 horas semanais no hospital, enquanto 9,6% trabalham em esquema de plantão e 4,2% com carga horária semanal de 40 horas. Importante mencionar que uma das características da atividade hospitalar é a ininterruptão da assistência prestada, independentemente de dia e horário, tendo assim que se organizar em turnos para assistir de forma contínua e constante a população. O trabalho do enfermeiro na instituição encontra-se organizado em turnos (diurno e noturno), rotativos e fixos, determinados pela carga horária semanal. O trabalho diurno é realizado pelos profissionais com carga horária de 30 e 40 horas semanais e o noturno pelos profissionais que trabalham em esquema de plantão.

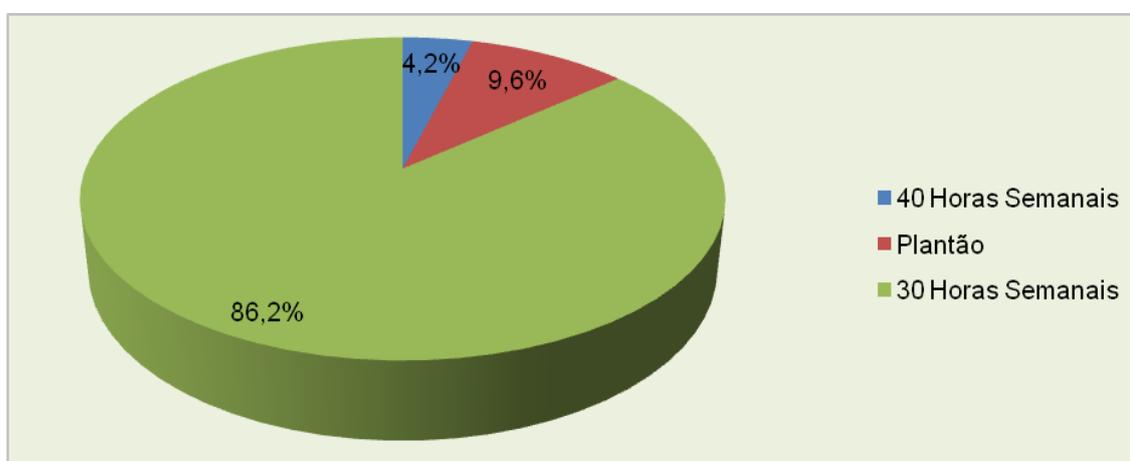


Gráfico 9 – Distribuição dos enfermeiros segundo a carga horária semanal
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Cabe considerar que a carga horária semanal de 30 horas foi adotada pela

instituição no concurso de 2006, indo ao encontro das reivindicações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) sobre a jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais para os trabalhadores da enfermagem. A Organização das Nações Unidas (ONU) por intermédios da Organização Internacional do Trabalho (OIT) recomendou, em 1993, na II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, a jornada de trabalho de 30 horas semanais a todos os trabalhadores da saúde, dadas as características e natureza do seu trabalho. Em observância a essa consideração, tramita na Câmara dos deputados um Projeto de Lei 2295/00 que viabiliza essa realidade.

No que se refere ao setor/local onde os pesquisados exercem suas atividades, nota-se que praticamente 10% da amostra pertencem ao setor Sala de Emergência, 10% pertencem ao setor Clínica Cirúrgica e o maior percentual, 13,7%, dos amostrados pertencem aos demais setores da instituição (TAB. 1).

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo a unidade de atuação

Setor/local onde exerce as atividades laborais	Casos	%
Outros	13	13,7
Sala de Emergência	9	9,5
Clínica Cirúrgica	9	9,5
CTI Adulto 1	7	7,4
Bloco Cirúrgico 1	6	6,3
Acolhimento	5	5,3
CTI Adulto 3	5	5,3
Clínica Médica	5	5,3
Pediatria	5	5,3
Bloco Obstétrico	4	4,2
Observação M e F	4	4,2
Triagem	4	4,2
CTI Pediátrico	4	4,2
CTI Neonatal	3	3,2
Ensino e Pesquisa	2	2,1
Observação Pediátrica	2	2,1
CTI Adulto 2	2	2,1
CCIH	2	2,1
Saúde do Trabalhador	1	1,0
Padronização	1	1,0
ESNP	1	1,0
Maternidade	1	1,0
Total	95	100,0

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Conforme mencionado anteriormente, o serviço de emergência da instituição é composto pela triagem, acolhimento e sala de emergência, entretanto, para fins de quantificação da amostra de enfermeiros emergencialistas, incorporou-se ao serviço de emergência os enfermeiros que prestam assistência nas observações masculina e feminina, uma vez que os mesmos trabalham em escala reduzida e esquema de rodízio, no período noturno especificamente (23,2%) e os demais enfermeiros estão distribuídos pelos diversos setores da instituição, caracterizados pelo tipo de atendimento não emergencial (76,8%).

Quanto à distribuição da amostra em relação à faixa salarial mensal, segundo se observa no GRAF. 10, a maior parte dos enfermeiros pesquisados (60,6%) recebe remuneração inferior a R\$ 2.500,00. Esse dado retrata a realidade vivenciada pelos enfermeiros e demais profissionais da saúde, em que a baixa remuneração e a desvalorização salarial tem sido foco de discussão, no que se refere à valorização profissional, uma vez que o reconhecimento financeiro é tido como um dos fatores de satisfação entre os trabalhadores (THÉRIAULT, 1980).

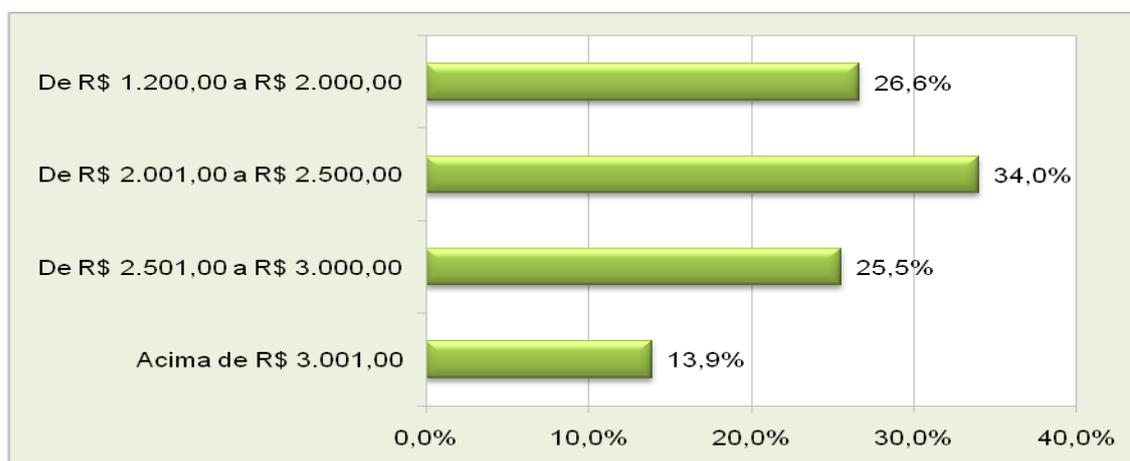


Gráfico 10 – Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa salarial mensal
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Considerando o número de instituições nas quais os enfermeiros amostrados exercem atividades, pode-se perceber que a maioria dos pesquisados (70,5%) possuem mais de um vínculo empregatício, em contrapartida, 29,5% dos enfermeiros trabalham somente no hospital cenário do estudo (GRAF. 11).

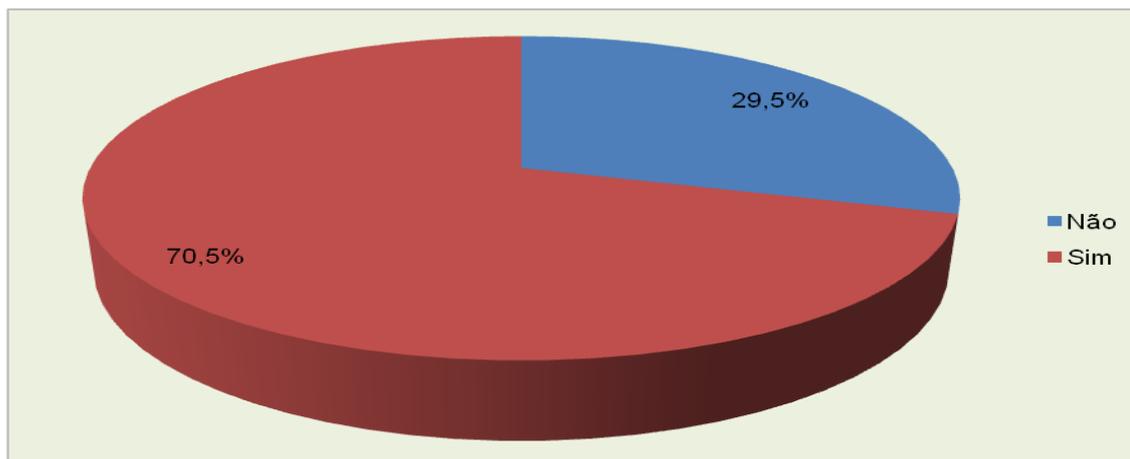


Gráfico 11 – Distribuição dos enfermeiros segundo a atividade exercida em outras instituições
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Os resultados apontaram também que quase a totalidade dos enfermeiros amostrados (80,6%) trabalham em duas ou mais instituições, enquanto 19,4% dos pesquisados possuem somente um vínculo empregatício (GRAF. 12). Esse resultado mostra que a dupla, tripla ou quádrupla jornada, caracterizada pelas diversas inserções no mercado de trabalho, faz-se necessária a esses profissionais, tendo em vista a baixa remuneração recebida pela prestação dos seus serviços, muitas vezes insuficientes ao sustento familiar, o que os leva a procurar outras fontes de renda. De acordo com Walton (1979), a compensação justa e adequada é um dos oito dimensões necessárias para a QVT, podendo refletir direta ou indiretamente na qualidade de vida desses trabalhadores.

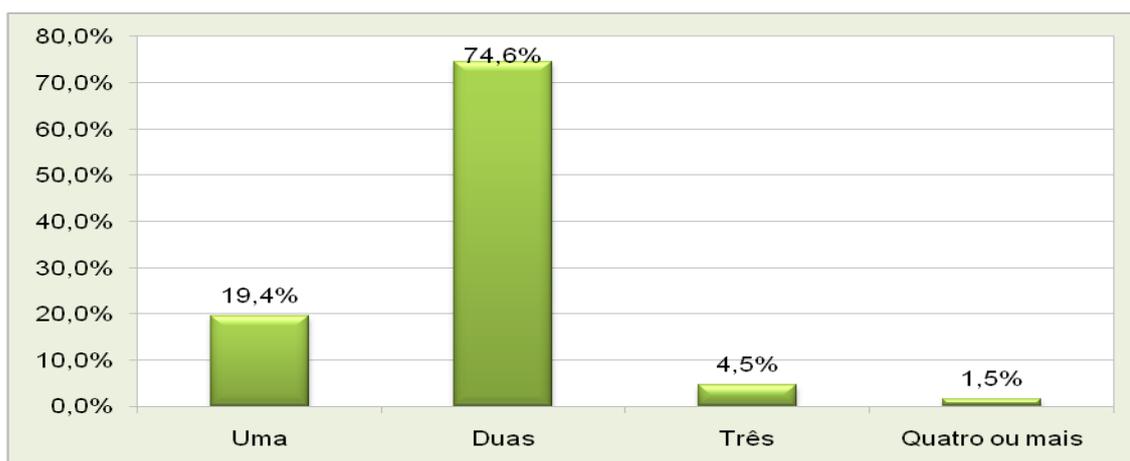


Gráfico 12 – Distribuição dos enfermeiros segundo o número de instituições em que exercem atividades
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Já em relação ao grau de importância da remuneração recebida na instituição, grande maioria (72%) considera a remuneração como muito importante (GRAF. 13). Nesse contexto, constata-se que a remuneração recebida na instituição é importante para prover ao enfermeiro melhores condições de vida.

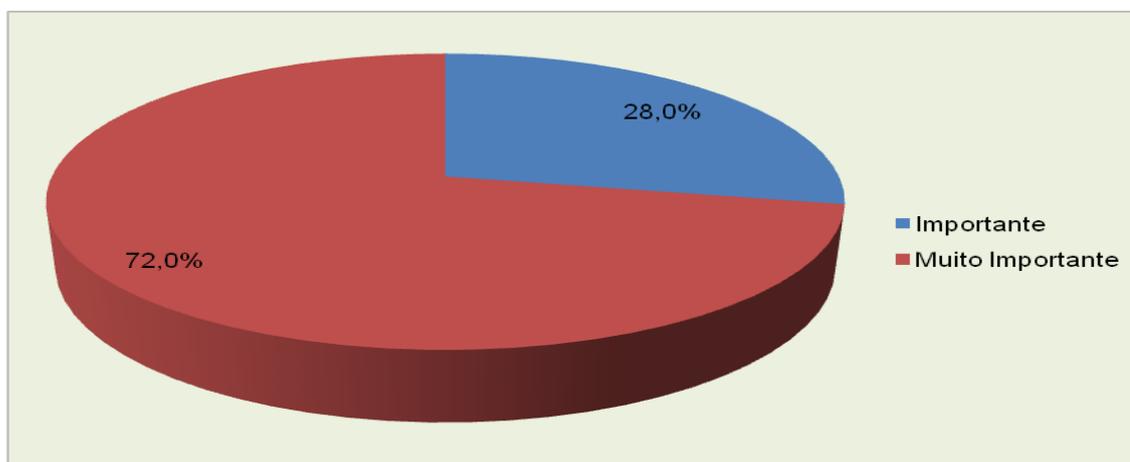


Gráfico 13 – Distribuição dos enfermeiros segundo a importância da remuneração recebida
Fonte: Dados coletados da pesquisa

Em síntese, considerando a representatividade da amostra pesquisada, pode-se dizer que, em termos demográficos e ocupacionais, a instituição é composta em sua maior parte, por enfermeiros do sexo feminino, solteiras, sem filhos, com idade inferior a 36 anos e com algum tipo de especialização *latu sensu* em curso. Além disso, fazem parte do quadro institucional há menos de 5 anos, são efetivas pelo regime estatutário, com jornada de 30 horas semanais, percebendo uma remuneração inferior a R\$2.500,00 e compondo a frente de trabalho não emergencial do hospital.

Na próxima seção, são apresentados os resultados que assinalam o trabalho dos enfermeiros das frentes de trabalho não emergencial e emergencial em concordância com as dimensões/indicadores de qualidade de vida no trabalho propostos para este estudo.

5.2 Análise descritiva das dimensões de qualidade de vida no trabalho

Nesta seção, são analisadas e comparadas as variáveis presentes no modelo proposto por Westley (1979), correspondentes à parte II do questionário, por meio do qual foram colhidos os dados indicadores de qualidade de vida no trabalho para as categorias não emergencial e emergencial de enfermagem. As tabelas referentes à amostra total encontram-se no Apêndice G, uma vez que o estudo visa à descrição comparativa entre os grupos não emergencialista e emergencialista da instituição. Para efeito de apresentação, procurou-se agrupar esses indicadores nas quatro dimensões de QVT de Westley (1979): dimensão econômica (1), dimensão política (2), dimensão psicológica (3) e dimensão sociológica (4).

Tendo em vista que o instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto basicamente por escalas de resposta do tipo LIKERT de 6 pontos, definiu-se o ponto de corte das dimensões em três níveis diferentes:

Acima de 4,00	=	Nível de satisfação com as dimensões de QVT
Entre 3,00 a 3,99	=	Zona intermediária entre o nível de insatisfação e de satisfação com as dimensões de QVT
Entre 1,00 a 2,99	=	Nível de insatisfação com as dimensões de QVT

Com o propósito de estudar a fundo as questões mais significativas dos resultados quantitativos, procedeu-se à realização de entrevistas semiestruturadas com os amostrados, fazendo parte dessa discussão a apresentação de trechos dos depoimentos colhidos.

Os Gráficos 14 e 15 mostram os resultados das análises comparativas das dimensões de QVT para o grupo de enfermeiros não emergencial e emergencial, respectivamente.

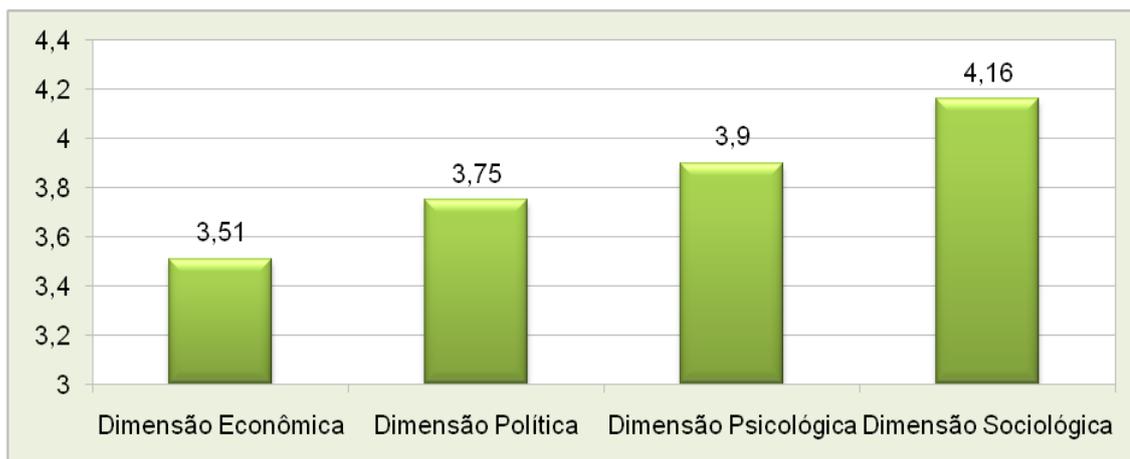


Gráfico 14 – Avaliação dos escores referentes às dimensões de qualidade de vida no trabalho para o grupo não emergencial
 Fonte: Dados coletados da pesquisa

No que diz respeito às dimensões de qualidade de vida no trabalho em relação ao grupo não emergencial, constatou-se uma situação intermediária entre a satisfação e a insatisfação com as dimensões econômica, política e psicológica dos informantes, uma vez que os escores obtidos apresentaram uma média entre 3,00 a 3,99. Nesse comparativo, observa-se que a dimensão sociológica foi a mais satisfatória, uma vez que o escore obtido apresentou média superior a 4,00. Apesar da expressividade da dimensão sociológica, os entrevistados comentam que:

Ah eu acho que é a equipe (pausa) eu acho que criei lá um laço muito grande de amizade principalmente na enfermagem e alguns da equipe médica também (Delfim)

[...] eu estou satisfeita, eu acho que o hospital proporciona (pausa) para a gente, proporciona condições integrantes (Lisianto)

Pelos relatos acima, percebe-se o quão é importante o bom relacionamento com a equipe. A cooperação, necessária ao trabalho em equipe, a participação nas decisões que envolvem o trabalho do enfermeiro, o respeito estabelecido, o vínculo criado com a equipe de enfermagem, pacientes e demais profissionais são implicações sociais necessárias no dia a dia do trabalho. Essas implicações denotam a importância dessa dimensão na satisfação e qualidade de vida desses enfermeiros, demonstrando seus efeitos no contexto cultural da instituição, segundo Limongi-França (1996).

Entre os pesquisados do grupo emergencial, em uma análise comparativa das quatro dimensões de qualidade de vida no trabalho, verificou-se resultados semelhantes quanto às dimensões de qualidade de vida no trabalho do grupo não emergencial, com a dimensão econômica tendendo à insatisfação, conforme descrito abaixo (GRAF. 15).

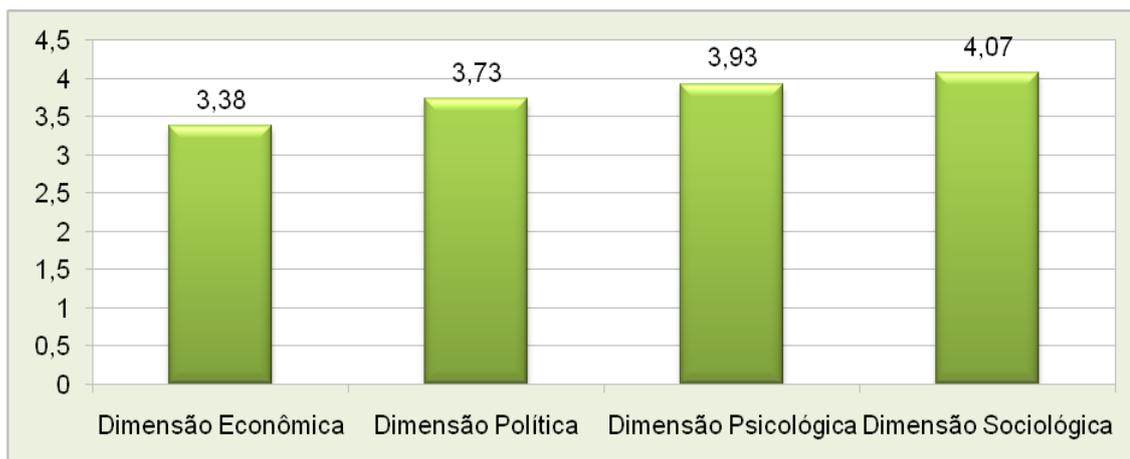


Gráfico 15 – Avaliação dos escores referentes às dimensões de qualidade de vida no trabalho para o grupo emergencial

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Esses resultados nos remete ao estudo realizado por Thériault (1980), que discute as condições de trabalho, os benefícios, o salário, dentre outros, como alguns dos fatores de satisfação do trabalhador. Cabe considerar que os indicadores econômicos não podem ser avaliados de maneira isolada, uma vez que dependem da inter-relação com as outras dimensões. De todo modo, percebe-se que, para os entrevistados, o trabalho do enfermeiro nos serviços de urgência ainda não é reconhecido financeiramente:

[...] no nosso Brasil o enfermeiro é mal remunerado né, eu não falo do Odilon porque acho que o Odilon é só uma célula, mas eu falo do nosso país [...] no Brasil o enfermeiro não é tão bem pago, mas ele também não é tão valorizado então ele é pago pelo tanto que ele é valorizado [...] se fosse pelo salário, pelo tanto que a gente trabalha aqui, eu não trabalharia aqui [...] não se paga tão bem pelo tanto que a gente trabalha aqui, sob a pressão que... (silêncio) (Iris)

A falta de equidade salarial é, no conceito de Westley (1979), um dos aspectos que

gera insatisfação no trabalhador e afeta diretamente a qualidade de vida no trabalho. O mau gerenciamento dos aspectos econômicos do trabalho levam o trabalhador a sentir-se injustiçado, o que pode ser comprovado pelo depoimento abaixo:

Comparando o volume de trabalho com o que a gente recebe é... (silêncio)
Outro questionamento que às vezes a gente ouve é que nós da enfermagem, a gente recebe o mesmo salário que, às vezes, outros profissionais de nível superior. Não pela questão da gente ser melhor, mas pela questão da responsabilidade, não só pelo nosso trabalho, pelo trabalho de outros, que a gente responde pelo trabalho da equipe, que a gente responde pelo nosso trabalho, a gente tem um volume de trabalho até físico, de esforço físico, muito maior [...] a gente tem um desgaste grande de estar ali com o paciente o tempo inteiro e a gente recebe o mesmo tanto. Então às vezes a gente também fica com aquele sentimento de injustiçado. Não que as outras funções não sejam importantes, se não também não existiria. Mas a gente vê que às vezes a gente tem muito mais responsabilidade para arcar, para assumir muito mais volume de serviço, para cumprir e a gente às vezes fica se sentindo injustiçado (Crisântemo).

De acordo com Alves (1996), as unidades de emergências são consideradas, dentro do contexto hospitalar, como um setor que requer maior complexidade de assistência e alto fluxo de atividades exercidas pelos profissionais de saúde. Considerando essa realidade, pode-se dizer que a baixa expressividade da dimensão econômica, no ponto de vista dos enfermeiros emergencialistas, está associada à ausência de proporcionalidade entre o salário recebido e o volume/sobrecarga de trabalho, conforme mencionado pelos entrevistados acima.

A seguir são apresentados os resultados dos indicadores de cada dimensão em relação à qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros da instituição. Para sintetizar as informações de cada indicador, utilizou-se a média e a mediana como medidas de tendência central, para a medida de dispersão, utilizou-se o desvio-padrão e intervalo interquartil (P_{25} e P_{75}), para a medida de posição.

As Tabelas a seguir mostram os resultados das dimensões econômicas (2 e 3), políticas (4 e 5), psicológicas (6 e 7) e sociológicas (8 e 9), respectivamente.

Os resultados da TAB. 2 apontaram que, para o grupo não emergencial, os indicadores da dimensão econômica: carga horária; alimentação recebida no hospital; salário recebido em relação ao mercado; forma como o hospital lida com os riscos; volume de trabalho; benefícios recebidos; salário recebido em relação à contribuição efetiva são pontos que precisam ser melhorados, uma vez que os escores representativos encontram-se numa zona intermediária entre satisfação e insatisfação. Observa-se que o escore médio associado ao salário recebido em relação ao que o enfermeiro diz contribuir para a organização tende à insatisfação.

Tabela 2 – Caracterização do grupo não emergencial segundo a dimensão econômica

Dimensão Econômica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
Carga horária	3,89	1,34	3,00	4,00	5,00
Alimentação recebida	3,69	1,15	3,00	4,00	4,00
Salário em relação ao mercado	3,66	0,92	3,00	4,00	4,00
A forma como o hospital lida com os riscos	3,63	1,28	3,00	4,00	5,00
O volume de trabalho	3,42	1,24	3,00	4,00	4,00
Condições físicas	3,39	1,12	3,00	3,50	4,00
Benefícios recebidos	3,30	1,13	3,00	3,00	4,00
Salário em relação à contribuição efetiva	3,26	1,03	3,00	3,00	4,00

Fonte: Dados coletados da pesquisa

A despeito dos escores relacionados aos indicadores terem se revelado não muito satisfatoriamente, os entrevistados manifestaram-se da seguinte forma:

[...] eu não tô insatisfeita assim com o salário não [...] lógico que eu queria ganhar mais, todo mundo quer ganhar mais [...] mas quando a gente olha para os outros lugares, a gente não ganha tão mal assim não [...] eu acho que dentro do mercado, em geral, o enfermeiro ganha mal em todos os lugares, mas aqui no hospital o salário não é dos piores não... (Gardênia).

[...] aqui está melhor se referindo ao mercado de trabalho hoje em dia no caso do enfermeiro tá muito ruim o mercado de trabalho né. Estão cobrando muito por um salário muito pouco para os funcionários, aqui está bom para mim. Aqui está bom (Delfim)

Além do indicador salário, os enfermeiros relatam que a forma como o hospital lida com os riscos do trabalho e as condições físicas do ambientes são pontos passíveis de aprimoramento:

Não temos um ar condicionado, nós temos ar ambiente entendendo, nosso serviço não é climatizado é o ar ambiente tem uma janela de um lado a janela [...] então quando chove tem sair correndo para fechar a janela sabe e não tem o ar ambiente (Delfim).

O hospital não tem muita solução pra lidar com os riscos, por exemplo, quando a gente tem um isolamento respiratório, não tem lugar específico pra isolar os pacientes, então eles ficam na enfermaria, eeh, às vezes a CCIH também deixa a gente na mão, tem paciente que tá em isolamento há vários dias e eles não comunicaram e a gente tem contato ai com pacientes sem proteção [...] é a maior burocracia pra gente pegar, adquirir, enquanto a CCIH não vai lá e libera a rouparia não libera o capote [...] agora a liberação da mascara N95 não tem dificuldade não [...] pra isolamento de contato é que a gente tem mais dificuldade mesmo (Gardênia)

A partir das considerações acima, percebe-se que os indicadores da dimensão econômica, na visão do grupo não emergencial, carecem de uma maior atenção e melhorias. As condições de trabalho são fundamentais para a realização de uma assistência de enfermagem isenta de riscos, segura e de qualidade, tanto para os profissionais, quanto para os usuários do serviço.

De acordo com Walton (1973), um ambiente de trabalho isento de riscos, equiparação salarial, carga horária flexível e adequada às necessidades físicas do trabalhador, entre outros aspectos, é requisito indispensável à qualidade de vida no trabalho.

Para o grupo emergencial, conforme descrito na TAB. 3, a alimentação recebida no hospital foi o único indicador da dimensão econômica que apresentou escore de satisfação (4.00), mesmo assim no limite de corte estabelecido para esta análise. Ressaltam-se os escores de insatisfação associados ao salário recebido em função do que se contribui para a organização (2,96) e do volume de trabalho (2,70).

Tabela 3 – Caracterização do grupo emergencial segundo a dimensão econômica

Dimensão Econômica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
Alimentação recebida	4,00	1,09	3,00	4,00	5,00
Carga horária	3,83	0,89	3,00	4,00	4,00
Salário em relação ao mercado	3,65	0,78	3,00	4,00	4,00
Condições físicas	3,39	1,08	3,00	4,00	4,00
A forma como o hospital lida com os riscos	3,26	1,10	3,00	3,00	4,00
Benefícios recebidos	3,22	1,13	3,00	4,00	4,00
Salário em relação à Contribuição efetiva	2,96	1,33	2,00	3,00	4,00
Volume de trabalho	2,70	1,29	1,00	3,00	4,00

Fonte: Dados coletados da pesquisa

De acordo com os relatos colhidos, a qualidade da alimentação oferecida pelo hospital é satisfatória e por vezes superior à alimentação oferecida em outros serviços de saúde, inclusive no que se refere à alimentação disponibilizada aos usuários do hospital.

Olha eu já trabalhei no João XXIII e a comida daqui é excelente. A gente tem um cardápio moderado, muito equilibrado, com calorias, com proteínas, ele é muito bem feito [...] pelo que eu já presenciei em outras instituições a comida daqui é boa mesmo, (risos) (Iris)

Eu acho boa, em comparação com outros lugares que trabalhei, tanto pra nós quanto pro paciente (Narciso)

Entretanto um dos entrevistados discordou dos resultados expressando insatisfação em relação à alimentação recebida da seguinte maneira:

Eu não concordo, por que alimentação pra mim não que diz respeito somente ao alimento que está sendo distribuído. Por exemplo, que trabalha num setor de emergência em algumas ocasiões não vai conseguir chegar [...] se você chega um minuto ou dois minutos, você não consegue acesso à lanchonete ou ao restaurante, então eu acho que isso é desrespeitoso com

o profissional, principalmente que está em caráter de emergência (Lisianto)

A partir das considerações feitas, considera-se necessária uma atenção por parte da instituição no que se refere aos horários preconizados para as refeições, devendo ser criados critérios, reconhecer e estabelecer as exceções e dispor de flexibilidade para atender às demandas dos seus tabeladores.

Os indicadores: carga horária; salário recebido em relação ao mercado; condições físicas do ambiente; forma como o hospital lida com os riscos e benefícios recebidos apresentaram escore intermediário entre a satisfação e a insatisfação. Quanto às condições físicas de trabalho, dois relatos revelam que:

Com a reforma, algumas coisas melhoram [...] a iluminação melhorou [...] alguns boxes ficaram mais apertados, então às vezes a gente tem que se desdobrar muito, para poder alcançar uma tomada, a gente tem sempre arrastando uma cama para lá, outra para cá, para poder entrar com algum aparelho. Eu acho que com a reforma o espaço físico diminuiu, mas em algumas questões assim de aparência do setor eu acho que melhorou (Crisântemo).

A gente tem os equipamentos de proteção e para nós que é o mais comum de acidente de trabalho [...] a gente tem aqueles jalecos que agora são protegidos, a gente tira eles e arma na ponta de forma que você não [...] a gente não tem é isolamento [...] a gente põe biombo e máscara [...] a gente expõe os outros pacientes nós não [...] a gente considera que a gente está trabalhando, nós estamos sadios. Mas acho que a pessoa que já está debilitada, que já é o paciente, fica mais exposto ainda, porque a gente não tem um isolamento muito efetivo (Margarida).

A melhoria das condições físicas do ambiente de trabalho é obtida por meio de investimentos nas instalações, com o propósito de torná-las mais adequadas, seguras e confortáveis para os trabalhadores. Essa lógica resulta na satisfação do trabalhador e, conseqüentemente, no aumento da produtividade (HUSE; CUMMINGS, 1985).

Nota-se, a partir dos resultados quantitativos e dos depoimentos, que a maneira

como o hospital gerencia os riscos decorrentes do trabalho ainda está aquém das expectativas de seus profissionais, bem como as condições físicas do ambiente. Para os entrevistados, as condições físicas do HOB não refletem as necessidades que uma porta de entrada de emergência requer. A instituição conta com uma sala de emergência equipada para atender a um número definido de usuários que, na maioria das vezes, excede a capacidade que a unidade permite absorver.

Extrapolando a questão do espaço, um dos entrevistados acrescenta que o problema está não está nas condições físicas do ambiente e nem na infraestrutura do hospital, o problema está no número de usuários que buscam diariamente pelo serviço. A estratégia de acolhimento com classificação de risco, de modo geral, organizou o fluxo de pacientes na instituição, mas ainda é preciso rever a “forma de gerenciar a entrada, a permanência e a saída desse usuário” de acordo com um dos entrevistados.

No tocante aos benefícios recebidos, convém destacar o relato de um entrevistado, não efetivo, que faz parte do quadro institucional por meio de um contrato administrativo:

[...] eu sei que existe um trabalho do Recursos Humanos de fazer essa busca da equiparação salarial né [...] então o contrato ele obedece a média do mercado e a gente não tem benefícios, nenhum, a gente tem o abono de urgência que é obrigatório mesmo né [...] o nosso abono é menor do que o dos outros colegas efetivos e assim, a gente não tem os benefícios de biênio, quinquênio [...] a gente não tem nenhum benefício é o salário bruto que você foi contratado para ganhar aquele salário (Jacinto)

Na percepção do entrevistado acima, a relação do contrato em termos administrativos com a instituição é uma relação de trabalho muito frágil, “o contratado aqui vive um dia de cada vez, os contratados sobrevivem dia após dia”. Cabe esclarecer que o hospital, mesmo tendo aumentado o seu número de cargos e salários, ainda necessita de profissionais contratados administrativamente para conseguir atender às demandas assistenciais. O contrato administrativo é estabelecido entre as partes, instituição e funcionário, por um período de seis meses podendo ser renovado pelo prazo máximo de dois anos e rescindindo por interesse

das partes, em qualquer tempo.

Quanto aos indicadores de insatisfação associados ao salário recebido em relação à contribuição efetiva e ao volume de trabalho um dos entrevistados comentou:

Eu acho que no geral o hospital não paga mal não. Eu acho só que a gente, pelo volume do serviço [...] eu acho que estamos muito sobrecarregados, porque o serviço público que é uma porta aberta e que está sempre entrando, então a gente trabalha sempre no limite da sobrecarga do serviço. Então eu acho que é mais em questão ao volume do trabalho (Crisântemo).

Embora o hospital mantenha a média salarial praticada pelo mercado referente ao enfermeiro, pode-se dizer que o mesmo não é condizente com a sobrecarga de trabalho atribuída ao profissional frente à assistência ao paciente. De acordo com o relato do profissional que atua no setor de acolhimento, o trabalho do enfermeiro no hospital “não é só físico, principalmente quanto alinhado à política de humanização adotada pela instituição, que exige deste profissional um trabalho que vise atender o paciente em sua plenitude”. Complementado,

[...] só para ilustrar é uma média de... a gente... em um plantão de 12 horas a gente faz uma média de 250 acolhimentos cada profissional, é... 250 acolhimentos não são 250 atendimentos né [...] são 250 vezes quer você diz para o paciente “Bom dia, meu nome é Iris, eu sou enfermeira em quê que eu posso lhe ajudar?” E ouvir a queixa e redirecionar ou contra-referenciar, ou absorver, ou explicar o porquê que ele não vai ser atendido aqui [...] então é um volume de trabalho extremamente desgastante né [...] e isso desgasta muito mais do que só a força física de (pausa) de trabalhar, ou de empurrar uma máquina, ou de fazer um atendimento, de atender uma parada (Iris)

[...] a gente não tem limite, a gente não tem limite de trabalho. Igual, no CTI se você tiver 10 leitos pode ser um plantão super tumultuado, paciente pode ter muita complicação, mas são 10, não vai ultrapassar ali não. Enquanto tiver paciente com demanda da sala de emergência, ele tem de entrar (Margarida)

Acrescenta-se que os serviços de urgências, sobretudo nos grandes centros

urbanos, recebem um grande volume de pacientes, superlotando-os e comprometendo a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da saúde, em cuja atuação se preconiza a rapidez e a eficácia para minimizar as situações de risco de morte (DAL PAI, 2007).

Faz parte do cotidiano do trabalho em emergência lidar com o inesperado. Não saber ao certo quantos usuários necessitará de atendimento imediato faz parte da rotina e caracteriza o trabalho como imprevisível, ou seja, a distribuição dos usuários, no tempo, não é constante. O volume de trabalho e a agilidade necessária ao atendimento do usuário no setor de emergência são características já conhecidas, o que faz com que esse setor possua um ritmo de trabalho “acelerado”.

Dentro dessa perspectiva, pode-se inferir que o profissional enfermeiro não recebe um salário compatível com as demandas existentes na atividade desenvolvida, levando-se em conta o volume de trabalho realizado e sua efetiva contribuição na assistência prestada ao usuário do serviço.

O GRAF. 16 representa a comparação das variáveis econômicas para os dois grupos de pesquisa, o não emergencial e o emergencial.

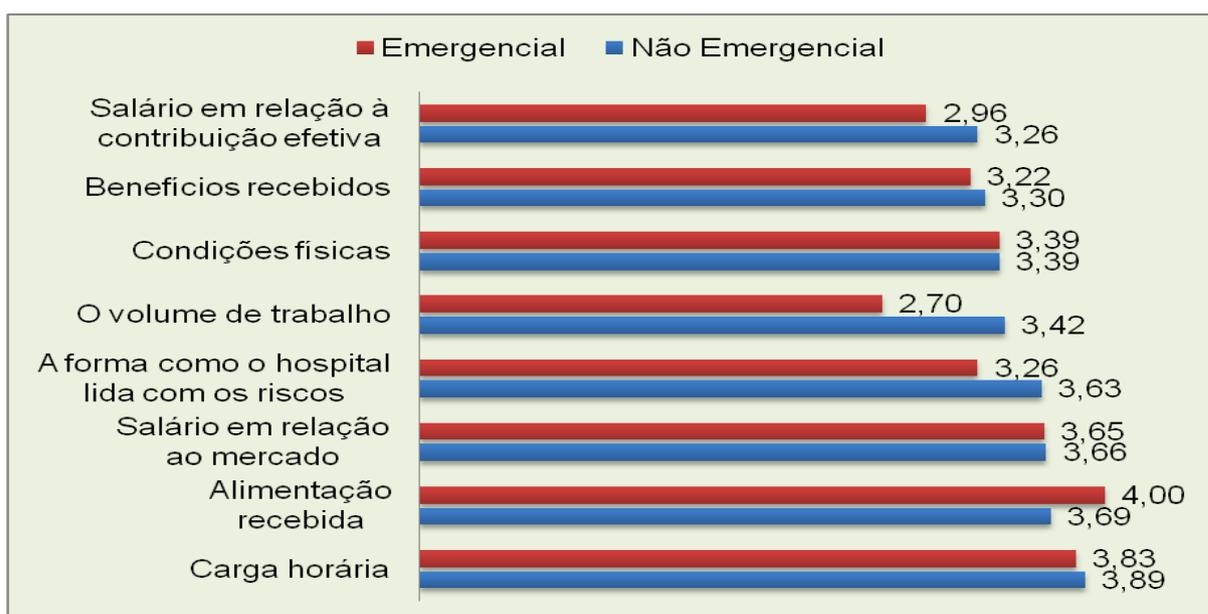


Gráfico 16 – Avaliação comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, em relação à dimensão econômica

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Em uma análise comparativa entre os dois grupos, não emergencial e emergencial, nota-se que os indicadores da dimensão econômica apresentaram índices abaixo do nível de satisfação, portanto, essas variáveis podem estar reduzindo e interferindo na qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros do hospital.

Cabem ressalvas aos indicadores: salário em relação à contribuição efetiva e volume de trabalho apresentados pelo grupo emergencial de modo insatisfatório. Conforme mencionado anteriormente, existe um hiato na proporcionalidade entre esses indicadores. As condições de trabalho, os fatores organizacionais e a dupla jornada de trabalho, no contexto hospitalar, segundo Barboza e Soler (2003), são geralmente os piores problemas sofridos pelos profissionais da saúde, o que pode influenciar de modo direto na qualidade de vida desses profissionais. No entanto, observa-se que a alimentação recebida foi o único indicador da dimensão econômica que apresentou escore de satisfação entre os pesquisados.

A TAB. 4 apresenta os escores médios da dimensão política para o grupo não emergencial. Os indicadores relacionamento com a equipe (4,90) e liberdade de expressão (4,41) apresentaram média superior a 4,00, denotando satisfação de acordo com os enfermeiros não emergencialistas da instituição. Os indicadores disponibilidade de materiais e equipamentos (3,94), valorização da função (3,76) e qualidade da gestão (3,56) apresentaram-se de maneira intermediária entre a satisfação e a insatisfação pelos pesquisados, já o indicador atuação sindical (2,34) foi tido como insatisfatório pelo grupo.

Tabela 4 – Caracterização do grupo não emergencial segundo a dimensão política

Dimensão Política	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
Relacionamento com a equipe	4,90	0,95	4,00	5,00	6,00
Liberdade de expressão	4,14	0,97	3,00	4,00	5,00
Materiais e equipamentos	3,94	1,20	3,00	4,00	5,00
Valorização da função	3,76	1,01	3,00	4,00	4,00
Qualidade da gestão	3,56	1,07	3,00	4,00	4,00
Atuação sindical	2,34	1,14	1,00	2,00	3,00

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No cotidiano dos serviços de saúde, a enfermagem é entendida como uma prática de relações, que podem ser estabelecidas tanto com os profissionais da enfermagem, quanto com pacientes, ou outros profissionais da saúde e organizações empregadoras. Dessa maneira, as relações favorecem uma melhor interação entre a equipe. A respeito do relacionamneto em equipe, os entrevistados confiam que:

A gente é referência para a equipe, tanto equipe de enfermagem quanto equipe médica também, se o plantão não tiver um enfermeiro, vira um caos [...] tem a gente como referência (Gardênia)

A equipe da enfermagem com a qual eu trabalho ela é boa [...] os enfermeiros, com exceção de alguns [...] nosso trabalho é um trabalho de assistência, de educação continuada, diretamente com o paciente. Então a equipe que eu chego nela, que eu oriento, eu ensino (Frésia)

[...] por ser um setor fechado né, setor fechado, são poucas as pessoas que trabalham ali, então você conhece todo mundo (Margarida)

No que se refere à disponibilização de materiais e equipamentos, observa-se com os resultados que o indicador se encontra numa zona intermediária entre satisfação e insatisfação (3,94), conforme demonstram os depoimentos:

[...] é lógico que de vez em quando acaba uma fralda, um negócio, mas que um ou dois dias já está normalizado (Margarida)

[...] falta, sempre tá faltando material [...] material assim de uso rotineiro mesmo (Gardênia)

Ainda sobre o indicador: disponibilização de materiais e equipamentos, um dos entrevistados discorda e acrescenta que esse é um indicador satisfatório, conforme relata:

Eu vou discordar disso daí. Porque eu já trabalhei em vários hospitais particulares né, se fizer comparações com o Odilon Behrens e os particulares não quer dizer que o hospital particular é muito ruim, mas o que Odilon investe nos pacientes, o hospital particular não investe [...] antibiótico

de última geração, exames, alguns hospitais não têm [...] eu não estou muito de acordo com isso com que falou não [...] tem muito material disponível para todos pacientes (Delfim)

Os resultados acima mostram que o hospital precisa melhorar o planejamento em relação à compra, controle, dispensa e estoque de materiais e medicamentos, de modo a não privilegiar um setor em detrimento do outro, principalmente em se tratando do mesmo segmento assistencial, a não emergência.

Quanto à valorização da função (3,76), constata-se que esse é um aspecto que precisa ser melhorado. De acordo com um entrevistado, a valorização do enfermeiro é complicada por se tratar de uma questão cultural:

[...] é difícil enfermeiro realmente se sentir muito valorizado, eu acho que se você correr atrás e conseguir fazer seu serviço bem, você vai conseguir essa valorização. Então assim é (complicado essa questão). Eu acho que é porque está embutido na mente do próprio enfermeiro no dia a dia, não é que as outras pessoas não valorizam, eu acho que é puramente cultural. Então eu acho que é essa questão, não é que você não seja valorizado no seu dia a dia, que seu serviço não seja importante, eu acho que está em cada um realmente. E cabe a você fazer com que essa valorização apareça, a partir do seu trabalho (Amarilis)

A esse respeito da valorização da função, ressalta Oguisso, *et al.* (2005), a transformação da percepção acerca do papel que o enfermeiro vem desempenhando nos serviços de saúde. Exige-se que os profissionais sejam dinâmicos, criativos e estratégicos na busca de soluções e flexíveis para se adaptarem às mais diversas situações. Isso implica que o sentimento em relação às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro sejam compensadoras a ponto de motivá-los no trabalho, garantindo, dessa forma, maior valorização e reconhecimento do enfermeiro.

Já no tocante à qualidade da gestão do hospital frente à resolução dos problemas (3,56), os pesquisados entendem que esse é um ponto que precisa também ser melhorado. De acordo com a percepção dos entrevistados, há uma transferência de responsabilidades no que se refere ao acompanhamento e à solução de problemas

diários de trabalho:

Eu me sinto insatisfeita com a atuação deles [...] por mais que a gente procure por eles, a gente não tem apoio deles para nada, mas tem toda a cobrança que eles se sentem necessário fazer da gente, a gente tem muita dificuldade [...] se vira, e tem de resolver, e a gente tem de sorrir e resolver. Então assim não tem apoio, não tem interesse, a não ser a cobrança. Isso é contínuo, é gradativo (Frésia)

[...] tem muitas coisas que, por exemplo, a diretoria não toma as rédeas. Ela coloca o próprio profissional para resolver isso. Então esse é um problema realmente da gestão e eles tem que conscientizar de que a gente precisa realmente de um respaldo maior para estar tomando certas decisões, tem certas resoluções que eles mandam para a gente resolver e é complicado (Amarilis)

Acrescenta-se que o modelo de gestão adotado pela instituição é o participativo que, segundo Campos (2006), é um modelo que visa à co-responsabilidade de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (instituições, trabalhadores e usuários). A gestão participativa busca a implementação de uma gestão que permita ao trabalhador refletir e intervir sobre o processo de trabalho, condições de trabalho e assistência ao usuário. Acrescenta-se aqui a necessidade de a instituição trabalhar o conceito de gestão participativa com vistas a assumir para si as “responsabilidades” na esfera de gestão e de modo que seus profissionais sintam-se envolvidos e satisfeitos em “participar”.

Ainda em relação à dimensão política, a atuação do sindicato foi o único indicador que apresentou uma situação de insatisfação por parte dos informantes (2,34). Esse fato pode ser associado à pouca credibilidade dos profissionais com o sindicato da categoria, conforme relatos a seguir:

Tanto o sindicato dos enfermeiros, como o conselho regional, como o sindicato daqui, nenhum dos três faz (coisas) para melhoria, para atuar. Muito pelo contrário [...] eles são muito bons para cobrar, se você não paga o Sindibel tiram do salário, se você não paga o Coren [...] vem uma multa absurda, e você não pode falar nada, porque se você fala [...] você faz o que você, pensa você esta denegrindo a imagem do conselho [...] eu nunca

vi eles falarem para a gente, olha enfermeiro, vamos fazer uma reunião, já que esta no final do ano, de confraternização do final do ano. Olha vai ter um congresso brasileiro de terapia intensiva [...] vamos custear 10 enfermeiros dessa instituição [...]. Como é que ele vai unir o povo? Fazendo congresso, fazendo reunião, evento, promovendo eventos e, às vezes, ajudando as pessoas (Frésia)

É realmente eu não vejo atuação do sindicato, não só aqui, mas como em outros sindicatos também. Não vejo participação, eu acho que [...] a gente quer fazer greve, por exemplo, a gente não consegue, não tem... Não é forte, o sindicato, o suficiente para levar [...] para frente, levar as nossas reivindicações. Então eu pago anualmente porque eu sou obrigada e no dia a dia eu não vejo retorno algum. Já participei falando em greve, já participei em uma outra instituição de (partidária) e corri atrás e tudo. Eu ia nas reuniões do sindicato e o tema era greve e eram abordados outras coisas. Eu realmente não vejo nada, nenhum favorecimento da classe (Amarilis)

A trajetória histórica e legal da enfermagem permitiu-nos compreender que a enfermagem foi tardia no processo de organização, enquanto categoria profissional. A partir de então, a enfermagem vem discutindo, ainda de maneira incipiente, a fragilidade da categoria como representação social (OGUISSO, *et al.*,2005). O movimento sindical tem a responsabilidade de representar os trabalhadores na busca de melhores condições de vida e trabalho e, para tanto, precisa mobilizá-los, independentemente de sua filiação.

A TAB. 5 representa as variáveis da dimensão política em consonância com a percepção do grupo emergencial. Na percepção do grupo emergencial, conforme se pode notar, os indicadores da dimensão política: relacionamento com a equipe (5,04), disponibilidade de materiais e equipamentos (4,13) e liberdade de expressão (4,13) foram considerados satisfatórios, enquanto a qualidade da gestão (3,65) e a valorização da função (3,39) apresentaram escores intermediários entre satisfação e insatisfação. Já o indicador atuação sindical foi avaliado de maneira negativa pelos participantes (2,04).

Tabela 5 – Caracterização do grupo emergencial segundo a dimensão política

Dimensão Política	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
Relacionamento com a equipe	5,04	0,56	5,00	5,00	5,00
Liberdade de expressão	4,13	1,18	3,00	4,00	5,00
Materiais e equipamentos	4,13	1,46	3,00	4,00	5,00
Qualidade da gestão	3,65	1,15	3,00	4,00	4,00
Valorização da função	3,39	1,23	3,00	4,00	4,00
Atuação sindical	2,04	1,26	1,00	2,00	3,00

Fonte: Dados coletados da pesquisa

O bom relacionamento interpessoal, sobretudo, nas situações de emergência, é fundamental, uma vez que é essencial a interação dos profissionais que ali atuam no sentido de unirem potencialidades individuais em prol do sucesso coletivo, indispensável quando se trata da recuperação do paciente. O indicador liberdade de expressão também se destaca em meio às relações interpessoais, conforme depoimentos:

[...] a gente tem a liberdade de chegar, de falar as coisas, de fazer, de questionar eu acho que é tranquilo [...] nosso setor eu acho é muito tranquilo, que a gente tem um relacionamento coeso (Crisântemo)

[...] essa facilidade que a gente tem de conversar, de abordar o colega, de resolver os problemas, o próprio colegiado, é... que eu acho que todo mundo tenta dividir os problemas, todo mundo é igual, eu acho que facilita muito essa relação (Iris)

Outro indicador apresentado como satisfatório pelos pesquisados foi a disponibilização de materiais e equipamentos (4,13). De acordo com os enfermeiros emergencialistas, o HOB conta com aparato tecnológico amplo. Dentre os equipamentos citados pelos pesquisados, destacam-se: computadores com toque de tela, impressoras, oxímetro, monitor multiparâmetro, glicosímetro, dentre outros necessários ao desempenho da função do enfermeiro no hospital. Percebe-se com esse resultado, que o hospital realizou um investimento alto no atendimento emergencial, justificado talvez por ser a instituição a segunda maior porta de entrada

de emergência do estado. Relatos nesse sentido revelam que:

[...] não falta absolutamente nada para a gente desempenhar a nossa função e o que a gente tem é de qualidade [...] é equipamento novo e quando estraga tem substituição então assim em termos de recursos material não tem do que se queixar (Iris)

[...] eu acho satisfatório sim, não falta nada [...] eu acho que ele tem a preocupação de treinar a gente a mexer. Então tem essa preocupação da gente também não causar prejuízo para o hospital, e também da gente poder... já que tem de usar, a gente tem de usar da melhor forma. Então a gente trabalha com material muito caro então eu acho assim o que a gente precisa a gente tem (Margarida)

Do ponto de vista das relações multiprofissionais, observa-se que o enfermeiro emergencialista tem conseguido ocupar seu espaço e ser reconhecido pela sua atuação. A esse respeito um enfermeiro diz que:

[...] sabem o quão é importante (o enfermeiro), acho que eles dão importância para nós. Tanto equipe médica, quanto funcionário, eles não ultrapassam a gente [...] a gente não sai para outro lugar, eu acho que isso também é natural deles considerar a presença da gente estar sempre ali. Então o pessoal está sempre questionando, está sempre chamando, sempre levantando alguma questão [...]. No meu outro serviço, também eu acho que a gente tem sido muito valorizado. Eu também trabalho em urgência, nunca trabalhei em outra função que não fosse em urgência. E a gente sempre, a gente é muito considerado, é muito importante para o serviço da gente (Crisântemo)

A esse respeito, Dal Pai (2007) argumenta que os profissionais atuantes nos serviços de emergências possuem certa autonomia nas avaliações que determinam o tipo de procedimento a ser realizado em determinados casos. Essa autonomia é adquirida pela formação acadêmica e pela experiência profissional. Essa autonomia permite ao enfermeiro ser respeitado, reconhecido e valorizado pelos demais profissionais de saúde, tornando-se, assim, um fator positivo do trabalho, conforme depoimento acima. Em contrapartida, do ponto de vista da instituição, um dos entrevistados acredita que o maior patrimônio da instituição são os profissionais que

ali atuam e ressalta que ainda não consegue perceber o reconhecimento e valorização deste por parte da instituição.

[...] a instituição ainda não conseguiu enxergar que o maior tesouro dela é o profissional que ela tem [...] investir, investir no ponto de vista científico, estimular a realização de pesquisas, de estudos, incentivar bolsas de estudos, bolsas de mestrado, acho que existem profissionais brilhantes que infelizmente ainda não foram enxergados. Essa iniciativa possibilita ao profissional desenvolver o melhor trabalho dentro dessa instituição, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente [...] eu não consigo ainda perceber que a instituição estimula, promove esse tipo, esse tipo de estratégia (Lisianto).

Esse depoimento vai ao encontro dos resultados obtidos por meio da análise do questionário, que sinalizaram que a valorização da função precisa de melhoria, uma vez que os enfermeiros acreditam que a profissão ainda não é reconhecida e nem valorizada da forma como deveria. Observa-se também uma insatisfação em relação à atuação sindical, resultado semelhante ao apresentado pelo grupo não emergencial.

O GRAF. 17 representa a comparação das variáveis políticas para os dois grupos de pesquisa, o não emergencial e o emergencial.

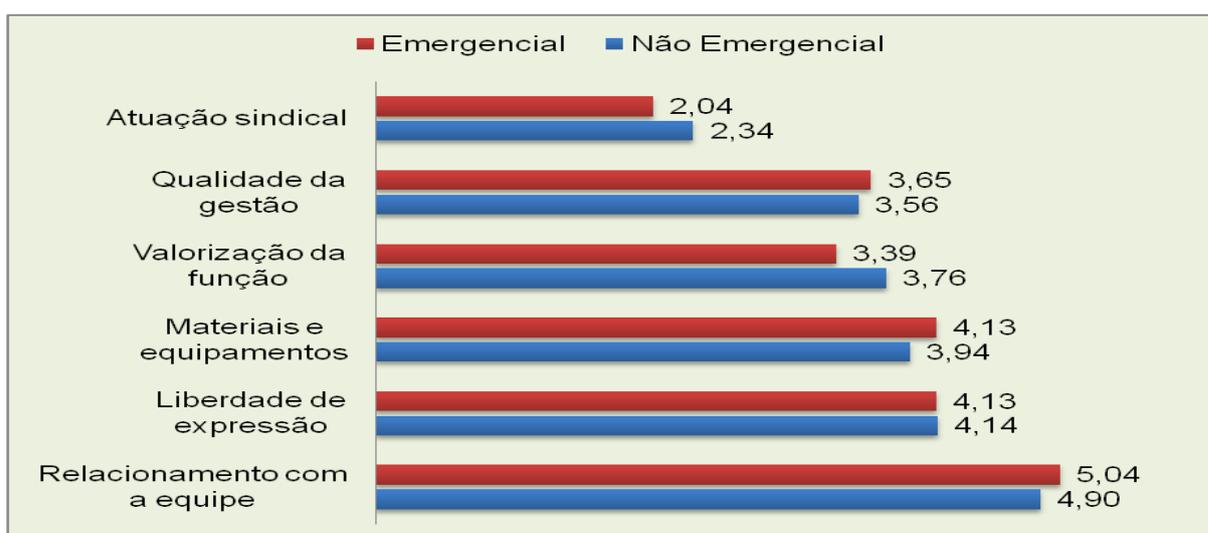


Gráfico 17 – Avaliação comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, em relação à dimensão política

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Em uma análise comparativa entre os dois grupos, observa-se que as variáveis da dimensão política são percebidas de modo equivalente pelos enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas. A ressalva se dá ao indicador disponibilização de materiais e equipamentos apresentado pelo grupo não emergencial como um fator que precisa de melhoria, diferentemente do grupo emergencial, que se mostrou satisfeito com os recursos materiais disponíveis no serviço.

De acordo com os depoimentos dos entrevistados, observa-se que a instituição tem uma preocupação em prover recursos materiais para a prestação de assistência no setor de urgência. Pelos resultados quantitativos e relatos dos entrevistados, pode-se dizer que existe uma maior preocupação por parte da instituição em prover ao setor de emergência de condições materiais para a realização do trabalho. A área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde, sendo necessário, por parte da instituição, iniciativas e investimentos no trabalho dos profissionais visando à melhoria da sua qualidade de vida no trabalho e do atendimento à população.

As variáveis liberdade de expressão e relacionamento com a equipe foram consideradas satisfatórias pelos dois grupos pesquisados. Contudo, observa-se, no grupo emergencial, uma tendência à maior satisfação com a variável relacionamento em equipe. Esse resultado pode ser atribuído ao fato de que o trabalho em emergência necessita de maior entrosamento, uma vez que a recuperação do paciente grave depende da cooperação, sintonia e harmonia dos profissionais que atuam nesse setor.

Observa-se também que existe consenso entre os dois grupos sobre a insatisfação em relação à atuação sindical. Assim, o sindicato da categoria mostra-se fragilizado na concepção dos enfermeiros. A baixa adesão e filiação dos enfermeiros ao sindicato justifica-se pelo argumento de que existe pouca ou nenhuma iniciativa por parte dos representantes em prover melhores condições de trabalho para a categoria. Por outro lado, o sindicato torna-se pouco representativo devido à baixa adesão dos profissionais.

A TAB. 6 demonstra os escores médios da dimensão psicológica. Os indicadores habilidade da equipe, uso de diferentes habilidades, qualidade da supervisão apresentaram média superior a 4,00, sendo considerados satisfatórios pelos enfermeiros não emergencialistas. Os indicadores *feedback* recebido, critérios utilizados no recrutamento e seleção e crescimento pessoal e profissional apresentaram escores intermediários entre satisfação e insatisfação.

Tabela 6 – Caracterização do grupo não emergencial segundo a dimensão psicológica

Dimensão Psicológica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
A habilidade da equipe	4,44	0,76	4,00	4,00	5,00
Uso de diferentes habilidades	4,26	0,85	4,00	4,00	5,00
Qualidade da supervisão	4,03	1,17	4,00	4,00	5,00
O <i>feedback</i> recebido	3,93	1,09	3,00	4,00	5,00
Crítérios utilizados no recrutamento /seleção	3,65	1,16	3,00	4,00	4,00
Crescimento pessoal/profissional	3,61	1,26	3,00	4,00	4,00

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Os enfermeiros entrevistados ressaltaram que existe uma preocupação da instituição e um envolvimento de seus trabalhadores, no sentido de treinar e capacitar a equipe da qual fazem parte, tanto no que se refere à habilidade da equipe quanto à oportunidade de utilizar diferentes habilidades na realização do trabalho. Nessa direção, dois entrevistados revelaram

Tem, nós temos. Mesmo quando o funcionário é novato, está na fase de treinamento, ele já vem com certa bagagem de fora. Então chega lá no setor [...] tipo assim vai aprimorar a técnica dele, está entendendo. Mas ele já vem uma destreza manual, uma habilidade... vai só assim para melhorar (Delfim)

Eu acho que a enfermagem já é uma área que tem essa função de estar fazendo coisas novas, de estar se aprimorando, eu acho que isso já é típico de todo enfermeiro, então eu acho que facilita isso sim (o uso de diferentes habilidades). A gente tem condições de fazer cursos, treinamentos, tem a disponibilidade (Amarilis)

Em relação à qualidade da supervisão recebida na execução das tarefas, o enfermeiro considera que essa supervisão precisa melhorar, o que, de certo modo, contraria a resultado satisfatório acima apresentado, conforme observado nos relatos a seguir.

Eu penso que deveria ter um gerente para cada (setor), mas pelos menos um coordenador ou uma coordenadora para cada (setor) e uma... um gerente geral. **Você acha que isso facilitaria a gestão?** Facilitaria. Eu acho que a (coordenadora), né, fica sobrecarregada, ela tem que fazer tudinho, todo serviço, né, mais de duzentos funcionários que ela tem que olhar. Então fica um sobrecarga para ela (Delfim)

Essa supervisão não fica aqui não, a gente é que tem que correr atrás quando a gente quer alguma coisa [...] passa muito pouco aqui embaixo [...] porque é dividido as gerências então, eu acho que essa divisão dificulta um pouco pra administração aqui. **Você fala dividido a gerência em termos de espaço físico?** Sim espaço físico... a gente sempre vê que um setor é mais priorizado que o outro, que às vezes a atenção dada pra um setor é mais do que o outro, tanto de resolução de problemas como de material também (Gardênia)

A única coisa que ela me pede, não estou com ele aqui, é um relatório sobre tudo o que eu fiz [...] ela falou, eu preciso do relatório para a gente melhorar nosso salário. Quando coloquei isso aqui para ela (anotações), que eu estava fazendo, ela só falou que já tem gente que faz isso aqui dentro. Ela (coordenadora) não tem estímulo nenhum (Frésia)

Observa-se, nos relatos, que existe uma insatisfação na forma como o hospital referencia as equipes de enfermagem, tanto na estruturação dessa equipe quanto nas escolhas dos representantes.

O trabalho da enfermagem, historicamente e por definição, sempre foi hierarquizado, estando no topo dessa hierarquia o coordenador ou gerente do serviço de enfermagem. Hoje, com o objetivo de se alcançar melhores resultados, as coordenações/gerências do serviço de enfermagem foram descentralizadas em unidades operacionais, no sentido de melhor acompanhar os resultados dessa

equipe. Esclarece-se que o cargo de coordenação ou gerência de enfermagem é privativamente ocupado pelo profissional enfermeiro (COFEN, 2009).

Os demais indicadores, *feedback* recebido, critérios de recrutamento e seleção e possibilidade de crescimento encontram-se numa zona intermediária entre satisfação e insatisfação, de acordo com os pesquisados. A respeito do *feedback* recebido, um dos entrevistados relata:

O *feedback* fica um pouco falho, para mim pelo menos fica falho porque é tanta correria no dia a dia, que não tem nem tempo da gente estar avaliando, se a gente está indo bem ou não no serviço. Eu, por exemplo, estou no período probatório, então a gente tem essa avaliação, esse *feedback*, esse retorno uma vez ao ano, e eu acho que não é suficiente realmente. Você tem o ano inteiro para tentar corrigir as suas falhas, então seria ideal que fosse mais frequente mesmo (Amarilis)

Cabe mencionar que o hospital adotou o modelo de avaliação de desempenho profissional, que visa à progressão profissional, instituída por meio do plano de cargos e salários. No instrumento utilizado para a realização de desempenho, são contemplados: a iniciativa, a flexibilidade, o conhecimento, a disponibilidade com o trabalho, o relacionamento interpessoal, a ética profissional, o zelo e respeito ao patrimônio, o cumprimento da jornada de trabalho integral, entre outros aspectos.

A avaliação de desempenho é realizada anualmente, com participação de dois colegas de trabalho e da coordenação imediata, em que o profissional recebe um *feedback* sobre seu trabalho. O resultado da avaliação é documentado e arquivado na ficha funcional de cada trabalhador.

Salienta-se que a informação sobre o resultado do trabalho realizado é imprescindível no sentido de auxiliar o trabalhador na melhoria de desempenho de suas tarefas e conseqüentemente, de sua produtividade. Esse *feedback*, segundo os enfermeiros da instituição, deve ocorrer em intervalos de tempo que permita ao trabalhador melhorar os resultados do trabalho que está sendo desenvolvido.

Os critérios utilizados no recrutamento e seleção de pessoal e a possibilidade de

crescimento profissional e pessoal, para os entrevistados do grupo não emergencial, são pontos que tendem à insatisfação. Na percepção dos entrevistados, os critérios para recrutamento e seleção, principalmente em relação à possibilidade de crescimento interno, precisam de mais clareza, transparência e retorno, principalmente quanto à possibilidade de projeção profissional, conforme mencionado a seguir:

Passei por isso a pouco tempo, né, num processo de seleção que eu fui participar estava tendo um processo de seleção a pouco tempo agora lá [...] eu me candidatei ao cargo né por enfermeiro por achar que eu tinha competência, né, tanto técnica e como sou funcionário a dezessete anos aqui [...]. Eu já sabia que eu não ia para frente [...] vou fazer minha inscrição aqui no processo de seleção, já sabendo do resultado que não vou ser aceito falei com ela assim mesmo, mesmo assim eu fui lá e fiz o que rinha que fazer porque eu tinha condição legal para exercer o cargo (Delfim)

O processo de desenvolvimento de pessoas implica, além de trabalhar a gestão de Recursos Humanos, desenvolver os comportamentos, a comunicação interpessoal e organizacional, os processos decisórios, o clima organizacional, o sistema de administração de carreiras e qualificação profissional. É um trabalho complexo que deve utilizar ferramentas de gestão para atingir objetivos do desenvolvimento tanto dos funcionários quanto da instituição. Os critérios utilizados nesse processo de desenvolvimento de pessoas devem ser de conhecimento dos funcionários, uma vez que a ausência de informações nesse aspecto acarreta, conforme mencionado acima, a insatisfação do trabalhador.

A TAB. 7 diz respeito às variáveis da dimensão psicológica na percepção do grupo emergencial.

Referente à TAB. 7, observa-se que as variáveis habilidade da equipe (4,61) e uso de diferentes habilidades (4;30) foram consideradas as mais satisfatórias pelo grupo emergencial.

Tabela 7 – Caracterização do grupo emergencial segundo a dimensão psicológica

Dimensão Psicológica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
A habilidade da equipe	4,61	0,72	4,00	5,00	5,00
Uso de diferentes habilidades	4,30	0,76	4,00	4,00	5,00
Qualidade da supervisão	3,82	1,18	3,00	4,00	5,00
O <i>feedback</i> recebido	3,78	1,20	3,00	4,00	5,00
Possibilidade de crescimento pessoal/profissional	3,74	1,25	3,00	4,00	5,00
Critérios utilizados no recrutamento/seleção	3,48	1,04	3,00	4,00	4,00

Fonte: Dados coletados da pesquisa

A emergência é reconhecida pelos profissionais como uma grande escola profissional que dispõe de situações teórico-práticas que possibilitam ao enfermeiro atuar em qualquer outro setor. De acordo com Hackman e Oldhan (1975), o trabalho deve proporcionar ao trabalhador uma variedade de atividades na sua realização, envolvendo diferentes habilidades e talentos. A dimensão da tarefa interfere no trabalho das pessoas e é determinante para a qualidade de vida no trabalho.

Acrescenta-se que a dinâmica, a pouca existência de rotina e a imprevisibilidade do serviço de emergência são características que possibilitam ao enfermeiro superar a monotonia do trabalho. Os profissionais que atuam na emergência valorizam a presença do novo e do diferente no processo de trabalho, tornando o trabalho neste setor mais satisfatório. Conforme diz um entrevistado:

[...] nunca um plantão é igual ao outro, você sempre tem possibilidade de aprender coisas novas. Então quando você acha que já viu tudo, acontece mais uma coisa, você está sempre aprendendo. A gente trabalha com situações extremas que às vezes você acha que até não vai ter solução e a gente vê que a situação conseguiu chegar a uma solução satisfatória para nós, isso só já é um prazer. Eu acho que dá uma satisfação sim (Crisântemo)

Observa-se também que a qualidade da supervisão (3,82), o *feedback* recebido (3,78), a possibilidade de crescimento profissional e pessoal (3,74) e os critérios utilizados no recrutamento e seleção de pessoal (3,48) apresentaram-se em uma

faixa intermediária entre a satisfação e a insatisfação. No que se refere *ao feedback*, um entrevistado diz:

[...] a gente tem o compromisso de dizer pro outro não só o que ele precisa melhorar, mas o que ele já melhorou, e na prática isso não acontece [...] a gente tem o hábito de chegar só para corrigir, dizer para o outro o tanto que ele melhorou ainda não é um hábito da nossa atividade (Iris)

Sobre a possibilidade de crescimento profissional/pessoal, os entrevistados relataram que melhorou sobremaneira, mas ainda continua aquém das expectativas. Um entrevistado diz:

complicado, pela própria estrutura política da instituição Trabalha muito a questão da indicação, mas eu acho que pela estrutura política da instituição pública. Não é igual a uma instituição privada que você tem mais claro a possibilidade de crescimento, eu acho que é isso pela estrutura, que isso aqui é uma instituição política, pela organização do hospital (Crisântemo)

Em relação aos critérios utilizados no recrutamento e seleção de pessoal, observa-se que os enfermeiros acreditam que o processo seletivo via concurso é inerente ao caráter público da instituição. Sobre isso foi relatado por um entrevistado que:

[...] as pessoas às vezes acomodam, às vezes as pessoas resistem a alguma orientação, alguma tarefa, a alguma atividade [...] por essa questão é mais difícil da gente disciplinar as pessoas dentro do perfil da instituição [...] às vezes é difícil disciplinar por essa questão justamente da estabilidade [...] a pessoa que é concursada tem mais resistência para fazer alguma coisa (Margarida)

Para os enfermeiros, o vínculo efetivo com a instituição tem aspectos positivos e negativos. Ressaltam-se, positivamente, a estabilidade e segurança no emprego e, negativamente, a acomodação com e no trabalho resultante dessa estabilidade. Diferentemente do relato acima, os entrevistados acreditam que os enfermeiros contratados administrativamente, de modo geral, atendem melhor às expectativas da instituição, uma vez que a fragilidade na relação de trabalho faz com que os mesmos sejam mais disponíveis e produtivos.

O GRAF. 18 representa a comparação das variáveis psicológicas para os dois grupos de pesquisa, o não emergencial e o emergencial.



Gráfico 18 – Avaliação comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, em relação à dimensão psicológica

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Em uma análise comparativa das variáveis da dimensão psicológica entre os grupos, não emergencial e emergencial, nota-se que os indicadores habilidade da equipe e uso de diferentes habilidades apresentaram aproximadamente o mesmo nível de satisfação para os respondentes.

A dimensão psicológica, de acordo com Westley (1979), é representada pelo sentimento de autorrealização. É importante que o enfermeiro sinta-se autorrealizado e que, no seu dia a dia, consiga perceber o significado da tarefa que realiza.

As oportunidades em desenvolver habilidades, bem como a utilização dessas habilidades nas mais diversas situações são esperadas em se tratando de uma instituição de ensino. O HOB é um hospital escola e conta com um quadro de profissionais envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, o que pode ser associado ao resultado satisfatório apresentado pelos respondentes.

Entretanto, a qualidade da supervisão foi apresentada de modo diferente pelos dois

grupos pesquisados. Os enfermeiros não emergencialistas mostraram-se satisfeitos com a qualidade da supervisão, no entanto, para os enfermeiros emergencialistas, esse é um dos aspectos da dimensão psicológica que precisa ser revisto.

A supervisão no modelo atual assume a representação de mais de um setor ou unidade ao mesmo tempo, o que, do ponto de vista de acompanhamento e monitoramento das ações, desqualifica essa supervisão, principalmente no setor emergencial, em que na maioria das vezes é necessária uma presença física ou um respaldo rápido sobre determinado aspecto.

Isso demonstra que é preciso repensar o modelo de “supervisão” para o trabalho do enfermeiro, principalmente no atendimento emergencial, uma vez que, dessa supervisão, espera-se uma representação social frente à equipe de enfermagem, à equipe multiprofissional e à organização, além do retorno sobre o trabalho ali realizado. Esse retorno é fundamental para que o profissional reflita sobre seu desempenho e conseqüentemente sua produtividade.

A TAB. 8 evidencia a percepção do grupo não emergencial frente aos indicadores sociológicos. Conforme mostram os resultados da tabela 8, o respeito e tratamento recebido da chefia (4,79), a oportunidade de conhecer outras pessoas (4,36) e o trabalho em equipe (4,17) foram avaliados satisfatoriamente pelo grupo não emergencial.

Tabela 8 – Caracterização do grupo não emergencial segundo a dimensão sociológica

Dimensão Sociológica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
Respeito/tratamento da chefia	4,79	0,95	4,00	5,00	5,00
Oportunidade de conhecer pessoas	4,36	1,10	4,00	4,00	5,00
Trabalho em equipe	4,17	1,23	4,00	4,00	5,00
Segurança no emprego	3,94	1,44	3,00	4,00	5,00
Participação nas decisões	3,89	1,19	3,00	4,00	5,00
Resolutividade dos conflitos	3,85	1,06	3,00	4,00	4,00

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Conforme mostram os resultados da TAB.8, o respeito e tratamento recebidos pela

chefia são vistos por um dos entrevistados como:

Uma relação boa, tanto chefia imediata quanto diretoria também, eu acho que é uma relação de respeito e essa questão eu percebo sim aqui no Odilon (Lisianto)

No que se refere à possibilidade de conhecer pessoas, os enfermeiros comentam:

[...] trabalho num setor de alta rotatividade, muita rotatividade [...] durante um plantão, às vezes, tem dez admissões (Gardênia)

[...] eu quero conhecer o paciente, o acompanhante [...] eu entro em tudo quanto é lugar aqui (Frésia)

A partir dos resultados, pode-se inferir que o hospital conta com uma equipe coesa, inteirada e articulada em prol da melhoria do paciente, e seus profissionais se respeitam independentemente da posição hierárquica ocupada na equipe. A instituição favorece também que se conheçam novas pessoas no seu ambiente, fato que pode ser associado à alta rotatividade de pacientes em suas dependências.

Contudo, os indicadores a segurança no futuro (3,94), o grau de participação nas decisões (3,89) e a maneira como os conflitos são resolvidos (3,85) apresentaram resultados intermediários na mesma avaliação, sendo assim, carentes de maior atenção por parte da instituição. Contrário ao resultado intermediário entre satisfação e insatisfação, do ponto de vista quantitativo, um dos entrevistados comenta que:

[...] não, não existe conflito não. Acho que não tem o que melhorar não. Se você tem uma chefia que tem abertura, então você tem como participar da decisão, você tem como colocar suas opiniões e elas serem ouvidas, apreciadas. Eu acho que depende da chefia. No meu caso, eu não tenho nenhuma reclamação (Amarilis).

A TAB. 9 retrata os indicadores da dimensão sociológica sob o enfoque do grupo emergencial. O grupo emergencial considerou satisfatórios os seguintes indicadores da dimensão sociológica: respeito e tratamento recebido da chefia (4,57), oportunidade de conhecer outras pessoas (4,43), trabalho em equipe (4,39) e segurança no emprego (4,00).

Tabela 9 – Caracterização do grupo emergencial segundo a dimensão sociológica

Dimensão Sociológica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
Respeito/tratamento da chefia	4,57	1,04	4,00	4,00	5,00
Oportunidade de conhecer pessoas	4,43	0,66	4,00	4,00	5,00
Trabalho em equipe	4,39	0,94	4,00	4,00	5,00
Segurança no emprego	4,00	0,95	4,00	4,00	5,00
Participação nas decisões	3,61	1,27	3,00	4,00	5,00
Resolutividade dos conflitos	3,39	1,20	2,00	4,00	4,00

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Quatro depoimentos ilustram esses aspectos de satisfação frente aos indicadores anteriormente citados.

[...] a gente tem facilidade de entrar na diretoria, a gente tem facilidade de acessar os nossos gerentes, a gente tem facilidade de dialogar todos os problemas e somos respeitados nas nossas opiniões (Jacinto)

Eu acho que a gente tem mais facilidade de conhecer outros profissionais, acho que acompanhante nem tanto [...] nosso relacionamento é mais com o paciente e com outros profissionais [...] justamente porque às vezes os pacientes demandam muitos atendimentos de muitas especialidades, de muitos profissionais diferentes que não ficam ali no setor, que não são fixos do setor, a gente tem de chamar o pessoal vai lá, aí acaba que você conhece, a gente encaminha paciente para muitos setores, muitos lugares, muitos exames. Então, a gente tem oportunidade de conhecer (Margarida)

Primeiro que é essencial, não tem como a gente trabalhar na urgência se a gente não conseguir interagir né, e não só com a nossa equipe de técnicos, como com a nossa equipe de enfermeiros, de médicos e com outro profissional, existe um déficit de trabalho em equipe, mas eu considero que é (pausa) hoje a gente consegue trabalhar melhor do que em outros setores e até mesmo em outras instituições onde eu já trabalhei, onde eu vejo colegas trabalhando, então eu acho que não é o suficiente, mas que a gente está num bom caminho (Iris)

Eu acho que a questão do concurso público é inerente à organização da instituição, de ser pública e tal. Então eu acho que um ponto positivo eu acho que é a própria tranquilidade que a pessoa tem segurança no trabalho e tal (Crisântemo)

Acrescentando a esses achados, Pires (2000) afirma ser necessário considerar o trabalho em saúde como um trabalho coletivo, desenvolvido por diversos profissionais, que apresentam caráter complementar e cooperativo. Nota-se que, pelos relatos acima, os enfermeiros entendem que o serviço de emergência possibilita a eles relacionar-se com outras pessoas no ambiente de trabalho, além de ser valorizados pelo trabalho ali realizado. Os relatos reafirmam o já dito antes sobre o trabalho em equipe, condição essencial e indispensável à recuperação do paciente. A segurança no emprego também foi considerada favorecedora das relações no e com o trabalho. De acordo com Westley (1979), a segurança no emprego é um dos fatores de satisfação no trabalho.

Numa faixa intermediária entre a satisfação e a insatisfação, segundo o mesmo grupo, encontram-se os indicadores grau de participação nas decisões (3,61) e a maneira como os conflitos são resolvidos (3,39).

De acordo com os enfermeiros entrevistados, as reuniões dos colegiados favorecem essa participação na tomada de decisões e resolutividade dos conflitos, mas ainda de maneira tímida e incipiente. Ressalta-se que o colegiado é uma forma de gestão participativa, caracterizada por reuniões mensais cuja proposta é discutir os aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho buscando a melhor solução. Para Westley (1979), desajustes nessas questões acarretariam em uma falta de envolvimento moral com o próprio trabalho. Frente a essas considerações, entende-se necessário um olhar especial aos aspectos sociológicos do trabalho desses profissionais.

O GRAF. 19 representa a comparação das variáveis sociológicas para os dois grupos de pesquisa, o não emergencial e o emergencial.

Em uma análise comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, nota-se que as variáveis respeito e tratamento da chefia, oportunidade de conhecer pessoas e trabalho em equipe apresentaram escores de satisfação para os dois grupos.

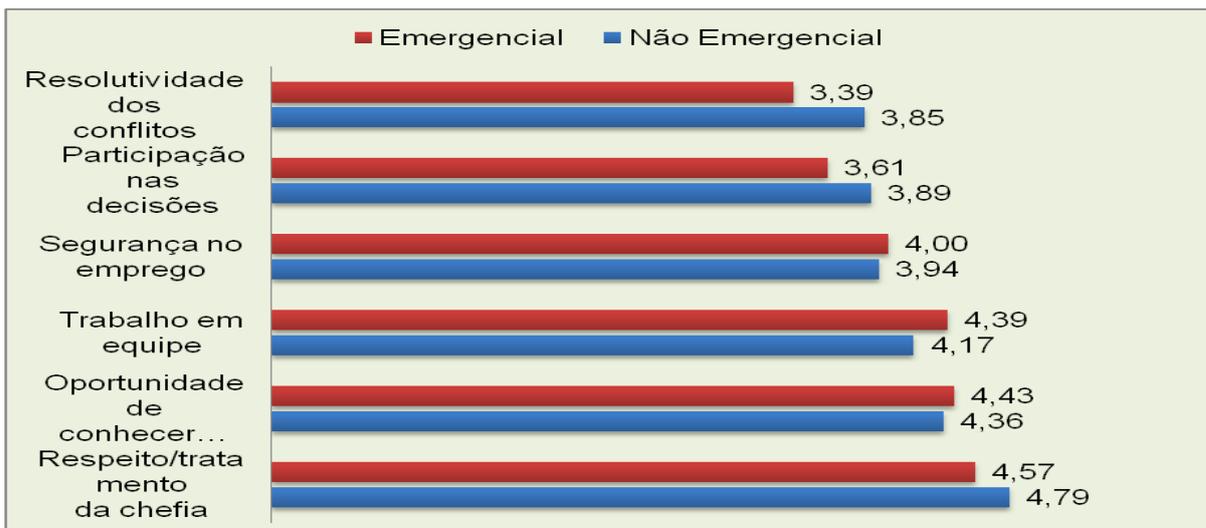


Gráfico 19 – Avaliação comparativa entre os grupos, não emergencial e emergencial, em relação à Dimensão Sociológica

Fonte: Dados coletados da pesquisa

As relações estabelecidas no ambiente de trabalho perpassam pelo respeito/tratamento disponibilizados, pela oportunidade de conhecer novas pessoas, culminando no trabalho em equipe.

[...] eu já tive contato com outras instituições públicas de saúde e não percebi o clima organizacional, o clima de trabalho que a gente tem no Odilon, eu acredito que as relações são (pausa) muito acessíveis, muito horizontais (Lisianto)

O Odilon é uma instituição que se relaciona com todo o Município, assim a gente trabalha em rede [...] trabalhamos com as UPAS, trabalhamos com os centros de saúde, então eu vejo essa questão do relacionamento muito maior do que só me relacionar com o usuário ou com outro profissional, eu consigo entender que esta relação ultrapassa as paredes do Odilon e ela permeia toda a assistência básica e assistência secundária do município mesmo (Iris)

Chamam a atenção da pesquisadora que os enfermeiros de todas as unidades têm como satisfação as relações interpessoais na instituição e o orgulho de pertencer ao grupo e trabalhar em equipe. Isso mostra que existem, tanto por parte dos trabalhadores, quanto da instituição, aspectos favorecedores dessas relações.

5.3 Análise Bivariada

Essa seção consiste na associação das variáveis demográficas e ocupacionais com os indicadores de qualidade de vida no trabalho abordados no estudo.

5.3.1 Dimensões de QVT

Comparando as categorias de sexo, faixa etária, nível de escolaridade, estado civil, carga horária e frente de trabalho com as dimensões de qualidade de vida no trabalho, notou-se que não existem diferenças significativas, pois os valores de p encontrados foram superiores a 0,001 e 0,005. Optou-se, então, por disponibilizar as tabelas que representam tais resultados no apêndice H. Cabe ressalva para a categoria frente de trabalho, uma vez que essa variável é representativa nesse estudo. Para as demais variáveis demográficas e ocupacionais que exibiram diferenças significativas em associação às dimensões de QVT, levou-se em consideração a amostra total dos respondentes.

Conforme visualizado na TAB.10, não existe diferença significativa de escores das dimensões de qualidade de vida no trabalho entre os grupos de frente de trabalho, não emergencial e emergencial, pois o valor-p encontrado foi superior a 0,05 em todas as situações. Cabe aqui reforçar que a dimensão sociológica foi a única apresentada de maneira satisfatória pelas duas frentes de trabalho, enquanto a dimensão econômica foi a que apresentou menor expressividade, dentre as quatro dimensões abordadas, com os enfermeiros emergencialistas se queixando mais desse aspecto quanto comparados aos não emergencialistas.

Tabela 10 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as duas categorias de frente de trabalho

Dimensões de QVT	Frente de Trabalho	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Dimensão Sociológica	Atendimento emergencial	4,16	0,523	Todos iguais
	Atendimento não emergencial	4,16		
Dimensão Psicológica	Atendimento emergencial	4,00	0,664	Todos iguais
	Atendimento não emergencial	3,83		
Dimensão Política	Atendimento emergencial	3,83	0,913	Todos iguais
	Atendimento não emergencial	3,83		
Dimensão Econômica	Atendimento emergencial	3,25	0,711	Todos iguais
	Atendimento não emergencial	3,50		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

O trabalho nas unidades de emergência, que exige do profissional um amplo conhecimento técnico e habilidade da equipe propicia o uso de diferentes habilidades frente à assistência ao paciente e favorece o crescimento pessoal e profissional. Esse achado pode justificar tanto a maior satisfação dos enfermeiros emergencialistas com a dimensão psicológica do trabalho quanto a sua insatisfação com os aspectos econômicos relacionados a sua dedicação ao trabalho.

A TAB. 11 considera os níveis médios das dimensões de QVT em relação ao tempo de trabalho na instituição.

Os resultados da TAB. 11 evidenciam diferenças significativas entre o tempo de trabalho na instituição e as dimensões políticas e psicológicas de QVT, em um valor $p < 0,05$.

Tabela 11 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as três categorias do tempo de trabalho na instituição

Dimensões de QVT	Tempo de Trabalho na Instituição	Resultados		
		Score	P-valor	Conclusão
Dimensão Econômica	Há menos de 1 ano	3,37	0,869	Todos iguais
	Entre 1 e 5 anos	3,50		
	Mais de 6 anos	3,50		
Dimensão Política	Há menos de 1 ano	4,00	0,010**	1 ^o = 3 ^o > 2 ^o
	Entre 1 e 5 anos	3,50		
	Mais de 6 anos	4,00		
Dimensão Psicológica	Há menos de 1 ano	4,33	0,018*	1 ^o > 2 ^o = 3 ^o
	Entre 1 e 5 anos	3,83		
	Mais de 6 anos	3,83		
Dimensão Sociológica	Há menos de 1 ano	4,50	0,155	Todos iguais
	Entre 1 e 5 anos	4,00		
	Mais de 6 anos	4,16		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No que se refere à dimensão política, observa-se que, curiosamente, os enfermeiros com menos de de 1 ano de trabalho e os que estão há mais de 6 anos na instituição se dizem mais satisfeitos que os enfermeiros que se encontram em uma faixa intermediária entre esses dois períodos de tempo de trabalho.

Quanto à dimensão psicológica, verifica-se que os enfermeiros com menos de 1 ano de trabalho no hospital se mostram mais satisfeitos quando comparados àqueles que estão trabalhando há mais tempo na instituição. Dois depoimentos ilustram esses achados:

[...] eu acredito que seja até porque, quem está sendo recém-admitido, geralmente são mais jovens, então são pessoas que têm mente mais aberta mesmo, facilidade para trabalhar, não estão com nenhum vício anterior. Então eu acho que é por isso que realmente facilita e faz com que as pessoas sejam mais abertas mesmo (Amarilis)

[...] quando você chega na empresa nova, tudo para você é novo, você vai adaptar tudo, você vai fazer tudo que te manda para você ser bem recebido. E com o tempo ele vai entendendo realmente como é que é a empresa, como é que ela funciona, ai ele vai tomando opinião própria. Com certeza tudo que é novo é bom (Frésia)

Esses resultados exprimem as expectativas, de modo geral, que existem por parte dos recém-admitidos em relação às dimensões políticas e psicológicas do trabalho.

A TAB. 12 mostra o resultado dos níveis médios das dimensões de qualidade de vida no trabalho entre as três categorias de vínculo empregatício.

Tabela 12 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as três categorias de vínculo empregatício

Dimensões de QVT	Vínculo Empregatício	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Dimensão Sociológica	Efetivo Celetista	4,00	0,313	Todos iguais
	Efetivo Estatutário	4,00		
	Contratado	4,41		
Dimensão Psicológica	Efetivo Celetista	3,83	0,066	Todos iguais
	Efetivo Estatutário	3,83		
	Contratado	4,25		
Dimensão Política	Efetivo Celetista	3,83	0,050*	Contrato > Celetista > Estatutário
	Efetivo Estatutário	3,58		
	Contratado	4,00		
Dimensão Econômica	Efetivo Celetista	3,87	0,385	Todos iguais
	Efetivo Estatutário	3,56		
	Contratado	3,37		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

A maioria das dimensões de qualidade de vida no trabalho não revelaram diferença significativa entre os escores das categorias de vínculo empregatício, conforme se observa na TAB. 12, com exceção da dimensão política, em que os enfermeiros efetivos estatutários mostraram menos satisfeitos com as questões políticas do que os enfermeiros efetivos celetistas e contratados.

Westley (1979) afirma que a dimensão política está diretamente relacionada com a questão da segurança no emprego. Para o autor, os trabalhadores têm maior sensação de segurança quando envolvidos em regimes participativos, em que têm poder de decisão, liberdade de expressão e representação social. A segurança, nesse contexto, deve ser entendida não como estabilidade, uma vez que os enfermeiros estatutários fazem parte do quadro efetivo da instituição, mas sim como forma de participar de modo atuante nas questões que permeiam a relação

instituição e trabalhador.

5.2.2 Indicadores de QVT

Para a avaliação de diferenças entre as características demográficas e as dimensões referentes à qualidade no trabalho dos grupos emergencial e não emergencial, foram utilizados testes não-paramétricos, pois a suposição de normalidade para essas dimensões foi violada. Para as variáveis que possuem somente duas categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* para a comparação dos valores centrais entre as categorias. Já para as variáveis que possuem três ou mais categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de *Kruskall-Wallis*, que permite a comparação múltipla de K tratamentos ou categorias.

Os resultados mais expressivos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0,01** (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0,05 * (nível de confiança de 95%). Os valores de p-valor indicativos de diferenças significativas foram destacados nas tabelas em negrito.

Em uma análise comparativa, conforme se observa na TAB. 13, existe diferença significativa na análise comparativa entre as duas categorias de sexo e os indicadores trabalho em equipe e alimentação recebida, pois o valor-p encontrado foi menor que 0,05.

Tabela 13 – Avaliação dos escores referentes aos indicadores de QVT por sexo

Dimensão	Indicadores de QVT	Sexo	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Sociológica	Trabalho em equipe	Feminino	4,15	0,011*	Feminino < Masculino
		Masculino	4,60		
Econômica	Alimentação recebida	Feminino	3,80	0,035*	Feminino > Masculino
		Masculino	3,60		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Os resultados da TAB.13 mostram que os homens revelaram-se mais satisfeitos com o trabalho em equipe do que as mulheres. Alguns depoimentos ilustram esse achado:

Porque mulher é, o trabalho da mulher em si já é difícil. A relação entre elas é mais dificultada, disputada. Tem a questão da competição, da concorrência, da [...] o homem já tem o espaço dele vamos dizer assim, a mulher não, como o número e mulheres é maior então a concorrência, a competição é maior (Frésia)

[...] o relacionamento de homem é mais fácil em qualquer área do que entre mulheres. Eu acho que justamente porque a enfermagem é predominantemente formada de mulheres, o relacionamento entre mulheres é mais complicado. Eu acho que os homens são mais simples no relacionamento do que as mulheres [...]. Eu acho que os homens se relacionam mais fácil em qualquer outra coisa, não só na enfermagem (Crisântemo)

[...] trabalhar com mulher é muito difícil, muito mais difícil do que trabalhar com homem, porque homem ele não é (pausa) ele entende aquilo que você fala nu e cru, mulher não, mulher distorce o que você fala, entende do jeito que ela quer e aí depende do dia que você falou, às vezes ela está mais sensível, às vezes ela não está, às vezes ela está mais nervosa ou ela não está, ou às vezes ela vem de casa com a sobrecarga de trabalho, do lar, do filho, problemas com o marido, porque mulher absorve isso muito mais (Iris)

Pelos relatos acima, observa-se que existe um consenso na fala dos entrevistados sobre as dificuldades que permeiam as relações no que se refere ao gênero feminino. Pode-se inferir que os homens tendem a ser mais práticos e menos conflituosos do que as mulheres, fazendo com que o serviço flua melhor, principalmente no âmbito do trabalho em equipe.

Por sua vez, as mulheres mostraram uma maior tendência à satisfação com a alimentação recebida no hospital do que os homens.

Talvez porque tem muita salada né, homem num gosta de comer salada (risos). E a sobremesa geralmente é fruta, então eu acho que isso tem uma relação mais próxima do... daquilo que a mulher acredita para a saúde, pra

beleza, pra dieta, num sei, mas pode ser isso (Iris)

Para um dos entrevistados, tal resultado foi visto de maneira surpreendente, pois:

Eu normalmente acho que as mulheres gostam menos da comida do restaurante do que os homens. Acho que os homens se sujeitam mais a comer uma comida industrial, mais fácil do que a mulher (Jacinto)

A TAB. 14 mostra o resultado dos níveis médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho entre as categorias da faixa etária. Comparando-se os grupos de faixa etária com os indicadores atuação sindical e crescimento pessoal e profissional, pode-se dizer que existe diferença significativa, pois o valor-p encontrado foi inferior a 0.05 nessas questões.

Tabela 14 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as duas categorias da faixa etária

Dimensão	Indicadores de QVT	Faixa Etária	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Psicológica	Crescimento Pessoal /Profissional	Até 35 anos	4,00	0,017*	1º > 2º
		Acima de 36 anos	3,00		
Política	Atuação sindical	Até 35 anos	2,41	0,049*	1º > 2º
		Acima de 36 anos	1,82		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Os resultados acima mostraram que os enfermeiros com idade até 35 anos (jovens) estão mais satisfeitos com a possibilidade de crescimento pessoal e profissional no hospital do que os enfermeiros com idade acima de 36 anos (seniores). Sobre isso, um enfermeiro disse que:

[...] a diretoria, a instituição eles irão dar mais crédito para quem está chegando, como se o velho não tivesse tem melhora. É mais fácil você manipular e moldar quem está chegando, do que quem já tem tantos anos de casa [...] teve um processo seletivo, participei, eles disseram que eu não tinha perfil [...] tinham pessoas experientes, velhos de casa, que para mim era uma concorrência forte [...] aí o que eles fizeram colocaram pessoas que mal chegaram no hospital, recém-chegadas. Vou ser bem sincera, pisaram na bola com a gente (Frésia)

Por outro lado, os enfermeiros seniores estão mais insatisfeitos com a atuação

sindical, conforme relatado por um profissional:

[...] eu sou nova na instituição, mas eu já tenho doze anos de profissão, então eu já vejo atuação do sindicato há doze anos, então eu estou mais a parte do que o sindicato faz ou não do que quem está começando agora. Quem está começando agora está empolgado, está com esperança que isso vá dar certo. Então é somente ao longo dos anos que a gente vai vendo as falhas e começa a ficar mais descrentes mesmo (Lisianto)

Apesar de ser um órgão representativo, formado por enfermeiros que lutam pelos direitos e pelas melhorias de trabalho da classe, o sindicato tem um grande desafio: é avançar nas conquistas da categoria, para assim conseguir modificar o ambiente de trabalho.

A TAB. 15 mostra o resultado dos níveis médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho entre as três categorias do estado civil. Comparando o estado civil com os indicadores reconhecimento da chefia e segurança no emprego, observa-se que existem diferenças significativas quanto aos achados, pois o valor-p encontrado foi inferior a 0,05.

Tabela 15 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as três categorias do estado civil

Dimensão	Indicadores de QVT	Estado Civil	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Psicológica	Reconhecimento da chefia	Casado(a)	4,00	0,050*	1 ^o = 3 ^o < 2 ^o
		Solteiro(a)	4,50		
		Outros	4,00		
Sociológica	Segurança no emprego	Casado(a)	4,00	0,047*	1 ^o = 3 ^o < 2 ^o
		Solteiro(a)	5,00		
		Outros	4,00		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Para os indicadores de QVT reconhecimento da chefia e segurança no emprego comparados aos grupos de estado civil, pode-se dizer que os enfermeiros solteiros mostraram-se mais satisfeitos com o reconhecimento da chefia e segurança no emprego do que os enfermeiros casados e outros (TAB. 15). Os depoimentos a seguir ilustram esses resultados:

É porque as pessoas solteiras elas têm mais tempo de se dedicar a instituição, entendeu? Por exemplo, a pessoa casada tem filhos, no meu

caso eu não abro mão dos meus filhos hoje, pra poder dar um plantão aqui. Eu acho eles mais importante para mim. E já a pessoa solteira não, ela tem liberdade de ação, tá solteira não tem nada que prenda ela. Se você falar assim, eu quero que você venha aqui hoje a noite dar um plantão, porque você vai ter um dia de folga, com certeza ela vai aceitar. E eu já fiz isso muito quando solteira. Já morei dentro da instituição, hoje eu não faço (Frésia)

Eu acho que os solteiros não trazem uma carga de problemas que traz um casado [...] o casado ele traz um problema de casa, porque é ilusão você dizer que você entra no seu trabalho e deixa o seu problema lá do lado de fora [...] o solteiro ele é mais livre, ele é mais [...] ele não traz essa bagagem de problemas, que uma vida a dois, ou uma vida a três, sei lá, quanto filhos ele tiver [...] ele traz essa responsabilidade, o solteiro é um indivíduo menos responsável digamos assim, não com o trabalho, mas consigo mesmo, do que um casado (Iris)

[...] eu acho que o solteiro tem uma disponibilidade de horários [...] a qualquer hora que ele poder vir trabalhar, está entendendo. Se precisar de vim de manhã, de noite [...]. Então vamos supor quem está casado, principalmente a mulher [...] a enfermeira quando é mulher por causa disso: “Ah eu tenho a minha família, eu tenho meus filhos, meu marido não vai gostar, né, o meu marido não vai gostar. Ah não posso ficar aqui não, meu marido não vai gostar de eu ficar aqui”. E o enfermeiro masculino, solteiro, já não tem essa coisa, ele tem disponibilidade a qualquer horário (Delfim)

Para os entrevistados, os resultados estão associados à disponibilidade dos enfermeiros solteiros em atender às necessidades e solicitações dos coordenadores/gerentes de equipe. Além da disponibilidade citada, as relações familiares pesam na hora de escolher entre o trabalho e a família.

A TAB. 16 mostra o resultado dos níveis médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho entre as três categorias do tempo de trabalho na instituição.

Analisando a TAB. 16, percebe-se que os enfermeiros com menos de 1 ano de trabalho mostraram-se menos insatisfeitos com a atuação sindical do que os enfermeiros mais antigos de casa.

Tabela 16 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as três categorias do tempo de trabalho na instituição

Dimensão	Indicadores de QVT	Tempo de Trabalho na Instituição	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Política	Atuação sindical	Menos de 1 ano	2,00	0,043*	1º = 2º > 3º
		Entre 1 e 5 anos	2,00		
		Mais de 6 anos	1,00		
Política	Liberdade de expressão	Menos de 1 ano	5,00	0,039*	1º > 2º = 3º
		Entre 1 e 5 anos	4,00		
		Mais de 6 anos	4,00		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Conforme mencionado anteriormente, os enfermeiros com idade superior a 36 anos tendem a uma maior insatisfação com relação à atuação sindical dos que os mais jovens (TAB. 14). Essa insatisfação pode ser percebida também em relação à variável tempo de trabalho na instituição, ou seja, o tempo passa, tanto em relação à idade quanto em relação ao tempo de casa (TAB. 16).

No que se refere à liberdade de expressão, conforme demonstrado acima, os profissionais recém-admitidos (menos de 1 ano de casa) mostraram-se mais satisfeitos com esse indicador do que os enfermeiros com mais tempo de casa.

Esses resultados têm significado estatístico, uma vez que o valor-p encontrado foi inferior que 5% nessas questões.

A TAB. 17 mostra o resultado dos níveis médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho entre as três categorias de vínculo empregatício. Comparando o vínculo empregatício ao salário recebido na instituição, percebe-se que existe diferença significativa, uma vez que o valor-p encontrado foi inferior a 0.05.

Tabela 17 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as três categorias de vínculo empregatício

Dimensão	Indicadores de QVT	Vínculo Empregatício	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Econômica	Salário em relação ao mercado	Efetivo Celetista	4,13	0,05*	Celetista > Estatutário > Contrato
		Efetivo Estatutário	3,52		
		Contratado	3,65		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Comparando-se os grupos de vínculo empregatício na instituição com o indicador salário recebido na instituição em relação ao mercado de trabalho, nota-se que existe diferença significativa (valor-p 5%), conforme mostra a TAB. 17. Percebe-se que os enfermeiros celetistas mostraram-se mais satisfeitos com o salário recebido em relação ao mercado do que os enfermeiros contratados e estatutários. Esse resultado é condizente com os benefícios advindos da relação de trabalho estabelecida por meio do regime celetista, dentre os quais destacamos o quinquênio e biênios, incorporados ao salário base. Os enfermeiros estatutários ainda não percebem tais adicionais ora por conta do processo de estágio probatório, ora por conta do pouco tempo de casa, uma vez que foram admitidos a partir do ano de 2006. Os enfermeiros contratados administrativamente não percebem nenhum tipo de adicional.

A TAB. 18 mostra o resultado dos níveis médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho entre as duas categorias de frente de trabalho. Comparando-se a frente de trabalho não emergencial e emergencial com o indicador uso de habilidades, pode-se dizer que existe diferença significativa, uma vez que o valor-p encontrado foi inferior a 0,05

Pode-se dizer que os enfermeiros que fazem atendimento não emergencial mostraram-se mais satisfeitos com o uso de diferentes habilidades do que os enfermeiros que fazem atendimento emergencial.

Tabela 18 – Níveis médios dos indicadores de QVT entre as duas categorias de frente de trabalho

Dimensão	Indicadores de QVT	Frente de Trabalho	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Psicológica	Uso de habilidades	atendimento não emergencial	4,40	0,025*	Não Emergencial > Emergencial
		atendimento emergencial	3,80		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Comparando-se as duas frentes de trabalho, não emergencial e emergencial, quanto aos indicadores das dimensões de QVT, observou-se diferenças de escores

nos indicadores econômicos, políticos, psicológicos e sociológicos, conforme apresentado no QUADRO 7:

DIMENSÕES DE QVT	NÃO EMERGENCIAL	EMERGENCIAL
Dimensão Econômica	Escore abaixo do nível de satisfação	
		↓ Volume de trabalho / Salário em relação à contribuição efetiva
Dimensão Política	↑ Relacionamento em equipe / Liberdade de expressão no hospital	
	↓ Material e equipamentos	↑ Material e equipamentos
	↓ Atuação sindical	
Dimensão Psicológica	↑ Habilidade da equipe / Uso de diferentes habilidades	
	↑ Qualidade da supervisão	↓ Qualidade da supervisão
Dimensão Sociológica	↑ Respeito e tratamento da chefia / Oportunidade de conhecer pessoas / Trabalho em equipe	
	↓ Participação nas decisões / Resolutividade dos conflitos	
	↓ Segurança no emprego	↑ Segurança no emprego

Quadro 7 – Indicadores das dimensões de QVT para o grupo não emergencial e emergencial
Fonte: Dados da pesquisa

Os indicadores da dimensão econômica foram considerados críticos, tanto para o grupo não emergencial, quanto emergencial, uma vez que apresentaram escores abaixo do nível de satisfação. Com base nos resultados obtidos, pode-se dizer que para os enfermeiros emergencialistas os indicadores: volume de trabalho e salário em relação a contribuição efetiva são aspectos que carecem de melhorias.

Os indicadores da dimensão política: relacionamento em equipe e liberdade de expressão no hospital foram considerados positivos, uma vez, que apresentaram escores acima do nível de satisfação. Já o indicador atuação sindical foi avaliado de modo negativo pelos dois grupos. A diferença se deu no indicador: materiais e equipamentos, visto pelo grupo não emergencialista como carente de melhorias, diferentemente do grupo emergencial, que considerou o indicador positivo.

No que se refere aos indicadores da dimensão psicológica, tanto o grupo não

emergencial quanto o emergencial, consideraram a habilidade da equipe que fazem parte e o uso de diferentes habilidades na execução do trabalho satisfatórios. A diferença se deu na qualidade da supervisão, que para o grupo não emergencial é um indicador satisfatório e para o grupo emergencial precisa de melhorias.

Em relação aos indicadores da dimensão sociológica, o respeito e tratamento recebidos da chefia, a oportunidade de conhecer pessoas e o trabalho em equipe apresentaram escores acima do nível de satisfação, pelos dois grupos. Já, os indicadores: participação nas decisões e resolutividade dos conflitos, segundo os enfermeiros pesquisados, são passíveis de melhorias. Por sua vez, os enfermeiros emergencialistas consideraram a segurança no emprego positiva, diferente dos enfermeiros não emergencialistas.

Em síntese, verifica-se que, ao cruzar os indicadores das quatro dimensões com a frente de trabalho, não emergencial e emergencial, somente o indicador, uso de diferentes habilidades, conforme demonstrado na TAB. 18, revelou diferença estatisticamente significativa entre as dimensões pesquisadas e seus respectivos indicadores.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Dentro do proposto, este estudo demonstrou a análise da qualidade de vida no trabalho de enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas de um hospital público inserido na rede de atendimento exclusivo ao SUS da cidade de Belo Horizonte. Para a sua consecução, optou-se por adotar um modelo teórico analítico que abordasse a qualidade de vida no trabalho a partir de quatro dimensões: econômica, política, psicológica e sociológica (WESTLEY, 1979). O autor associa as dimensões econômica e política esclarecendo que ambas representam aspectos mais genéricos da relação trabalho-trabalhador. Já as dimensões psicológica e sociológica estão ligadas à organização do trabalho e à interação humana.

É de entendimento comum na literatura sobre QVT que a satisfação do trabalhador é o elo entre o trabalho, o trabalhador e as organizações. A QVT favorece o desempenho organizacional por meio do bem-estar dos trabalhadores.

Destacou-se, neste contexto, o profissional enfermeiro que, além de representar uma equipe que possui número expressivo nas instituições de saúde, está também sujeito às diversas problemáticas decorrentes do e no trabalho hospitalar.

Para a realização do estudo, traçou-se um percurso metodológico, do qual se destaca a aplicação de questionário construído a partir das dimensões/indicadores da QVT de Westley (1979) e a realização de entrevistas estruturadas, aprofundando os aspectos significativos da etapa quantitativa da pesquisa.

A etapa quantitativa da pesquisa contou com a participação de uma amostra de 95 enfermeiros, o que corresponde a um percentual de 68,8% em relação ao total de enfermeiros da instituição. De modo estratificado, obteve-se uma amostra de 76,6% dos enfermeiros que atuam no atendimento emergencial e de 66,6% dos enfermeiros que atuam no atendimento não emergencial.

A etapa qualitativa, por sua vez, contou com 10% do número de respondentes da

etapa quantitativa. A amostra dessa etapa foi composta por profissionais do sexo feminino e masculino, jovens e seniores, graduados e pós-graduados, com diferentes vínculos empregatícios, antigos na instituição e recém-admitidos, atuantes nas duas frentes de trabalho abordadas neste estudo.

Em termos demográficos e ocupacionais, a instituição é composta, em sua maior parte, por profissionais do sexo feminino, solteiras, sem filhos, com idade inferior a 30 anos e com algum tipo de especialização *latu sensu* em curso. Além disso, fazem parte do quadro institucional há menos de 5 anos, são efetivas pelo regime estatutário, com jornada de 30 horas semanais, percebendo uma remuneração inferior a R\$2.500,00 e compondo a frente de trabalho não emergencial do hospital.

Por meio da aplicação dos questionários e realização das entrevistas, constatou-se que existe satisfação desses profissionais com relação à dimensão sociológica. As dimensões econômicas, políticas e psicológicas, na percepção desses profissionais, carecem de melhorias, uma vez que foram apresentados resultados intermediários entre a satisfação e insatisfação.

Com relação ao objetivo que trata da caracterização da instituição, pode-se verificar que o mesmo foi alcançado. O capítulo 3 destinou-se à contextualização histórico-social da instituição, caracterização da estrutura física, bem como descrição do processo de inserção do usuário no hospital, por meio do acolhimento com classificação de risco. No primeiro capítulo, além da problematização da pesquisa, contemplou-se a categorização das frentes de trabalho, que fizeram parte deste estudo.

O objetivo que presumia descrever e comparar as dimensões de QVT do enfermeiro não emergencialista e emergencialista, segundo o modelo de Westley (1979), foi atingido conforme exposto a seguir.

Em relação à dimensão econômica, em uma análise comparativa entre o grupo não emergencial e emergencial, observou-se que os indicadores da dimensão econômica apresentaram escores abaixo do nível de satisfação para os dois grupos. Destaca-se dentre esses indicadores econômicos - volume de trabalho e salário em

relação à contribuição efetiva – percebidos de forma negativa pelos enfermeiros emergencialistas.

No tocante à dimensão política, observou-se que tanto o grupo não emergencial quanto o emergencial estão satisfeitos com o relacionamento em equipe e a liberdade de expressão no hospital. Com relação à qualidade da gestão e valorização da função, os dois grupos acreditam que tais indicadores carecem de atenção. A diferença entre os grupos se dá no indicador – material e equipamentos – que, para o grupo emergencial, foi apresentado satisfatoriamente, diferente do grupo não emergencial, que avaliou esse indicador como passível de melhoria. O indicador atuação sindical foi avaliado de forma negativa pelos dois grupos.

No que se refere à dimensão psicológica, notou-se que os indicadores - habilidade da equipe e o uso de diferentes habilidades – foram considerados satisfatórios na percepção dos enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas. Entretanto, a qualidade da supervisão foi apresentada de modo diferente pelos dois grupos pesquisados. Os enfermeiros não emergencialistas mostraram-se satisfeitos com a qualidade da supervisão, no entanto, para os enfermeiros emergencialistas, esse é dos aspectos da dimensão política que precisa ser revisto. Os demais indicadores – *feedback* recebido, critérios utilizados no recrutamento e seleção e possibilidade de crescimento profissional/pessoal – foram apresentados de modo intermediário entre satisfação e insatisfação pelos enfermeiros dos dois grupos.

Em relação à dimensão sociológica, observou dentre os indicadores - respeito e tratamento da chefia, oportunidade de conhecer pessoas e trabalho em equipe – que existe satisfação dos enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas em relação a essas variáveis. Já a participação nas decisões e resolutividade dos conflitos são, na percepção dos dois grupos de enfermeiros, indicadores que precisam de um olhar especial. O indicador que se mostrou diferente, na percepção dos grupos, foi a segurança no emprego, considerada satisfatória pelo grupo emergencial e intermediária entre satisfação e insatisfação para o grupo não emergencial.

O último objetivo propunha correlacionar as variáveis demográficas e ocupacionais dos participantes da pesquisa com as dimensões de QVT de Westley (1979).

Os enfermeiros com menos de 1 ano de casa estão mais satisfeitos com as dimensões política e psicológica do que os enfermeiros com mais tempo.

Em relação ao vínculo empregatício, notou-se que os enfermeiros estatutários estão menos satisfeitos com as questões políticas do que os celetistas e contratados administrativamente, em contrapartida, os celetistas estão mais satisfeitos com o salário recebido na instituição.

Em relação ao gênero, pode-se dizer que os homens estão mais satisfeitos com o trabalho em equipe e as mulheres, por sua vez, mostraram-se mais satisfeitas com a alimentação recebida na instituição. Em relação à faixa etária, conclui-se que os enfermeiros com até 35 anos (jovens) estão mais satisfeitos com a possibilidade de crescimento pessoal e profissional no hospital do que os enfermeiros com idade acima de 36 anos (seniores). Por outro lado, os enfermeiros seniores estão mais insatisfeitos com a atuação sindical do que os enfermeiros jovens.

Referente ao estado civil, observou-se que os enfermeiros solteiros tendem a uma maior satisfação no que diz respeito ao reconhecimento da chefia e segurança no emprego.

No que tange ao tempo de trabalho na instituição, conclui-se que os enfermeiros recém-admitidos sentem-se mais satisfeitos com a liberdade de expressão, enquanto que os mais velhos de casa estão mais insatisfeitos com a atuação sindical.

No tocante à frente de trabalho não emergencial e emergencial, pode-se dizer que os enfermeiros que fazem atendimento não emergencial mostraram-se mais satisfeitos com o uso de diferentes habilidades do que os enfermeiros que fazem atendimento emergencial.

Em face do exposto, pode-se dizer que os enfermeiros que atuam no hospital alvo da pesquisa percebem a QVT de modo singular, em que cada um possui uma interpretação acerca de suas dimensões e indicadores e, assim, relacionam-se com a intuição, desenvolvendo suas práticas de acordo com os seus julgamentos.

Acredita-se que, para estabelecer as relações harmoniosas e produtivas entre a instituição e seus profissionais, deve-se considerar os aspectos levantados pelos enfermeiros, desejosos por melhores condições de trabalho. Que as vivências aqui explicitadas pelos profissionais de enfermagem sejam realmente percebidas e acolhidas.

Ressalta-se que há muito ainda o que construir em relação à qualidade de vida no trabalho do enfermeiro, tanto em organizações hospitalares quanto em demais serviços de saúde, uma vez que o tema é co-dependente das perspectivas almejadas por esses profissionais. Este estudo não teve como pretensão esgotar o tema, considerando as inquietações e interrogações que surgiram ao longo do caminho.

Algumas limitações foram encontradas no percurso traçado para a realização da pesquisa, das quais destacam-se duas. A primeira diz respeito à dificuldade encontrada pelo pesquisador frente à coleta dos dados, uma vez que os profissionais convidados a participarem da pesquisa nem sempre dispunham do tempo mínimo estimado para resposta ao questionário e entrevistas, considerando a dinâmica e ritmo de trabalho no hospital. A segunda diz respeito ao método de estudo adotado – o estudo de caso – que não permite fazer inferências sobre a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em outras organizações, nem projeções sobre a qualidade de vida no trabalho para os demais profissionais de saúde que atuam na instituição.

Após a análise dos resultados, verificou-se que esta pesquisa poderá ser complementada por estudos, tais como: o estresse como interferência na qualidade de vida do enfermeiro, uma vez que o processo e dinâmica de trabalho desse profissional estão relacionados às pressões internas e externas à organização; a implantação de tecnologia no processo de trabalho do enfermeiro, por se tratar de

uma instituição que utiliza sistema de informação alimentado por meio da classificação do risco de morte apresentado pelo paciente; as relações interpessoais estabelecidas entre profissionais da saúde e os usuários do sistema, fator indispensável diante da proposta de humanização da assistência; a visão multidisciplinar da ação de cuidar, sob a ótica dos enfermeiros; a ética profissional estabelecida nas relações de trabalho; entre outros.

Frente aos achados encontrados na pesquisa, sugere-se que a instituição realize um maior investimento na gestão de pessoas, a fim de desenvolver talentos e criar oportunidades para crescimento e qualificação profissional. A adoção de políticas de valorização do profissional com critérios claros e bem definidos favorece, por um lado, a satisfação de seus trabalhadores e, por outro, a melhoria dos serviços prestados à comunidade, além de demonstrar o interesse por parte do hospital na valorização do seu corpo técnico. Merece um olhar especial, a disponibilização de recursos físicos e materiais para o desempenho do trabalho dos profissionais de saúde no hospital, independentemente do tipo de atendimento prestado ao usuário do serviço, uma vez que, desses recursos, espera-se uma atenção à saúde eficiente e de qualidade. Interessante também pensar uma política de equiparação e igualdade no manejo dos diversos tipos de vínculos empregatícios, uma vez que a diferenciação nas relações contratuais, negociações e benefícios entre pessoas que ocupam o mesmo cargo e exercem a mesma função gera insatisfações e ausência de envolvimento moral com o trabalho. Enfim, acredita-se que as recomendações acima contribuam para a melhoria da qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros, como também dos demais profissionais que atuam no hospital.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Lindolfo Galvão de; FRANÇA, Ana Cristina Limongi. Estratégias de Recursos Humanos e Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho: O Stress e a Expansão do conceito de Qualidade Total. **Revista de Administração**. São Paulo, n. 2, p. 40-51, Abr/Jun. 1998.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA; Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo (SP): Cortez, 1989.

ALVES, Marília. **Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho**. 1996. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, USP; São Paulo (SP):1996.

ASFORA, Silvia Cauas. **Qualidade de vida no trabalho de policiais militares da Região Metropolitana do Recife**. 2004. Dissertação (Mestrado em Administração). Recife: Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2004

BARBOZA, Denise Beretta; SOLER, Zaida Aurora Sperli Geraides. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino Americana-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-83. 2003.

BELLATO, Rosenev; PASTI, Maria José; TAKEDA, Elizabete. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n. 1, p. 75-81, jan. 1997.

BIAZZI, Fábio. O Trabalho e as Organizações na Perspectiva Sócio-Técnica. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: FGV, v. 34, n. 1, p. 30/37, jan/fev. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**: dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 1996. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br> > Acesso em out. 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais/RAIS**. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/>. Acesso em nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.224/GM de 05 de dezembro de 2002.** Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em 17 out. 2009.

BÚRIGO, Carla Cristina Dutra. **Qualidade de vida no trabalho:** Um estudo de caso na Universidade Federal de Santa Catarina. 144f. 1997. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

CAMPOS, Gastão W. S. Anti-Taylor: sobre a intervenção de um método para co-governar instituições produzindo liberdade e compromisso. Campinas: **Caderno Saúde pública**, v. 4, n. 14, p. 863-70, 1998.

CAMPOS, Gastão W. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. Campinas: **Caderno de Saúde Pública**, 2006.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CERVO, Amando Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica.** 5ª edição. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Legislações.** Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em 18 maio de 2009.

DAL PAI, Daiane. **Enfermagem, trabalho e saúde:** cenas e atores de um serviço público de pronto socorro. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

BRAGA, Daphne. **Acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas do Hospital Evandro Chagas.** 2000. Dissertação. (Mestrado em enfermagem), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DAROLT, C. F. **Concepções dos enfermeiros sobre integralidade em saúde no processo de trabalho em uma unidade de emergência.** 2007. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. Santa Catarina, 2007.

DUTRA, Roseli de Fátima. **QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**: o caso de uma cooperativa médica de um hospital universitário mineiro. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Mestrado Acadêmico em Administração. Faculdade Novos Horizontes. Belo horizonte. 2008.

FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar**. 2 ed. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, Eda Conte. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): a renovação das empresas para os anos 90. **Tendências do Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 10/21, jul/ago.1988.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1996.

GANDRA, Andréa Magalhães; LEMOS, Celina Borges; PEREIRA, Lúcia de Paiva. **Hospital Municipal Odilon Behrens: A reconstrução de espaços de vida e saúde**. Editora Gráfica O Lutador. Belo horizonte, 1997.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEST, Robert H. Quality of Work Life – learning from Tarrytown. **Harvard Business Review**. P. 76-87, jul/ago, 1979.

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS. **Relatório de Gestão 2003-2007: conquistas e desafios**. Belo Horizonte, 2008.

HUSE, E. F.; CUMMINGS, T. G. **Organization development and change**. Saint Paul: West Publishing, 1985.

LIMA, Maria José de. O que é Enfermagem. **Coleção primeiros passos**. 1ª edição, São Paulo. Editora Brasiliense, 1993.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. Treinamento e qualidade de vida. **Série de working papers nº 01/007**. Faculdade de economia, administração e contabilidade – Departamento de administração, 2001.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de vida no trabalho**: conceitos e práticas na sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2004.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Indicadores Empresariais de Qualidade de Vida no Trabalho: esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufaturas com certificação ISSO 9000**. 246 p. 1996. (Tese) Doutorado em Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing: Uma Orientação Aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 719p.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 edição. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELO, Cristina Maria Meira de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 94 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2007. 393p.

MOURÃO, Teresinha de Jesus Loureiro de Oliveira; KILIMNIK, Zélia Miranda; FERNANDES, Elton. Qualidade de Vida no Trabalho: um Estudo de Caso na Pró-Reitoria de Pessoal da Universidade Federal do Rio de Janeiro. In: Encontro da associação nacional de pós-graduação em administração, 29, 2005, Brasília. **Anais...** 2005, Brasília.

NADLER, D.A.; LAWLER, E.E. **Quality of work life**: perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, v.11, n.3, p. 20-30, 1983.

NEUMANN, Vera Nilda. **Qualidade de vida no trabalho: Percepções da Equipe de Enfermagem na Organização**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, Belo Horizonte. 2007.

OGUISSO, Taka (org.). **Trajetória histórica e legal a enfermagem**. Barueri, São Paulo. Editora Manole, 2005. Série Enfermagem.

OLIVEIRA, Rita de Cássia Martins de. **A configuração da QVT no contexto de trabalho dos detetives da Polícia civil metropolitana de Belo Horizonte**. 2001. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. Belo Horizonte, 2001

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento**. Rio de Janeiro: Revan, 1997. 254 p.

PAIVA, Kely César Martins de; Couto, João Henrique. Qualidade de vida e estresse gerencial “pós-choque de gestão”: o caso da Copasa-MG. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 42, p1189-211, nov./dez. 2008 .

PIRES, Denise. Novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, Abr./Out. 2000.

RIBEIRO, Herval Pina. **O Hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RAMOS, Wilza Maria. **A qualidade de vida no trabalho de médicos e enfermeiros: um estudo de caso em hospital público de Belo Horizonte**. 1995. Dissertação (Mestrado) CEPEAD/FACE/UFMG. Belo Horizonte, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo Atlas: 1999.

RICHARDSON, Drew B. **Reducing patient time in the emergency department: most of the solutions lie beyond the emergency department**. *MJA – The Medical Journal of Australia* , v. 179, p. 516-517, 2003.

RODRIGUES, Marcus Vinicius Carvalho. **Qualidade de vida no trabalho**. 2 ed. Petrópolis, Rio Janeiro: Vozes, 1994.

RODRIGUES, Marcus Vinicius Carvalho. **Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial**. Fortaleza, UNIFOR, 1991.

ROCHA, Simone Karla. **Qualidade de Vida no Trabalho: Um estudo de caso no setor têxtil**. 1998. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Centro Tecnológico em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

ROLLO, A. A. **Qualificação da Gestão do Pronto Socorro, “Indicações”**. Disponível em: <<http://www.sebrae.com.br>> Acesso em 11 de outubro de 2009.

SANT’ANNA, Anderson de Souza; MORAES, Lúcio Flávio Renault de. Programas de qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso em empresa brasileira do setor de telecomunicações. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração, 23, Paraná. **Anais...**, Paraná: ANPAD, p.148, 1999.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da Saúde – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na Gestão do trabalho em saúde**. Editora UNIJUI, 2007, Ijuí – RS – Brasil, 272 páginas

SCHIRRMEISTER, Renata. **Qualidade de vida no trabalho e comprometimento organizacional**: Um estudo em que equipes multicontratuais em um instituto de pesquisa tecnológica. 166f. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração) São Paulo, 2006.

SCHNEIDER, Aline Botelho; CARNEIRO, Marcelo Lopes; FIATES, Gabriela Gonçalves Silveira. O recurso mais importante para as organizações são mesmo as pessoas? Uma análise da produção científica sobre QVT. **II Encontro de Gestão de Pessoas e do Trabalho**. Curitiba, 2009.

SILVA, Narbal; TOLFO, Suzana da Rosa. **Qualidade de vida no trabalho e cultura organizacional**: um estudo no ramo hoteleiro de Florianópolis. *Convergência*, Toluca, ano 6, n. 20, p. 275-300, sep./dez. 1999.

THÉRIAULT, R. Qualité de vie au travail: implications sur la gestion de La rémunération. In: BOISVERT, M. **La qualité de la vie au travail**. Ottawa: Agence d’Arc, p. 147-183.1980.

TOLFO, Suzana da Rosa; PICCININI, Valmíria Carolina. As melhores empresas para trabalhar no Brasil e a qualidade de vida no trabalho: disjunções entre a teoria e a prática. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 165-193, jan./abr. 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **A pesquisa qualitativa em educação. Introdução à pesquisa em Ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987, cap.5, p.116-175.

VIEIRA, Adriane. **A qualidade de vida no trabalho na gestão da qualidade total**: um estudo de caso na empresa WEG MOTORES, em Jaraguá do Sul, SC. 1996.

Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

WALTON, Richard E. Quality of working life: what is it?. **Sloan Management Review**, v. 15, n. 1, p.11-21, 1973.

WERTHER, W. B. e DAVIS, K. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

WESTLEY, Willian A. Problems and solutions in the quality of working life. **Human Relations**, v. 32, n. 2, p. 113-123, 1979.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ANEXOS**Anexo A – Parecer de Aprovação do CEP/HOB****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****Avaliação de Projeto de Pesquisa****FR 2856421**

Titulo do Projeto “ QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ENFERMEIROS EMERGENCIALISTAS E NÃO EMERGENCIALISTAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL”

Pesquisador Responsável: Leila de Fátima dos Santos

PARECER DO CEP/ HOB: o projeto em apreço foi avaliado e foi aprovado pelo CEP, estando autorizado a sua realização.

Data da reunião : 10-09 -2009

Atenciosamente,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Tullio Pinho Navarro".

Tullio Pinho Navarro
Coordenador do CEP/HOB

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Servidor/Colaborador, você participará da pesquisa intitulada “QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: um estudo comparativo entre enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas de um hospital público municipal”, que tem por objetivo analisar a qualidade de vida no trabalho do profissional enfermeiro de um hospital público inserido na rede de atendimento exclusivo ao SUS.

Este trabalho destina-se à elaboração da dissertação da mestranda Leila de Fátima Santos, como requisito obrigatório para a obtenção do título de mestre em Administração, pela Faculdade Novos Horizontes de Belo Horizonte, sendo orientada pelo Prof. Dr. Luiz Carlos Honório.

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa e quantitativa. A coleta de dados será por meio de um questionário.

A participação é voluntária. A qualquer momento poderão ser solicitadas informações sobre o andamento da pesquisa. O participante não terá qualquer despesa e nem será submetido a prejuízos ou constrangimentos.

O participante terá preservado o direito à privacidade e ao anonimato das informações, bem como à liberdade para recusar-se a responder qualquer questionamento e, até mesmo, em retirar seu consentimento, caso opte por deixar de participar do estudo. Os resultados obtidos com o estudo só serão utilizados e divulgados para fins técnico-científicos.

Agradeço a colaboração e solicito sua assinatura no Termo de Consentimento Pós-Informado.

Atenciosamente,

Leila de Fátima Santos (Pesquisadora)

Apêndice B – Termo de Consentimento Pós-Informado

Eu, _____, CI: _____, pelo presente Termo de Consentimento Pós-Informado, **DECLARO** ter sido informado(a) e orientado(a) de forma clara sobre os objetivos, a metodologia, a justificativa e o método de coleta de dados da pesquisa intitulada “QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: um estudo comparativo entre enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas de um hospital público municipal”, da mestranda Leila de Fátima Santos e orientação do Prof. Dr. Luiz Carlos Honório.

Além disso, fui **ESCLARECIDO (A)** sobre:

- a possibilidade de sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;
- a liberdade para recusar-me a responder qualquer questionamento ou, até mesmo, para retirar meu consentimento e optar por deixar de participar do referido trabalho, sem prejuízos e/ou constrangimentos;
- o anonimato e o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade; e
- o direito de acesso aos resultados do trabalho.

DECLARO que estou ciente de que a pesquisadora irá aplicar um questionário que servirá de base para o estudo em questão e que após cinco anos os mesmos serão inutilizados. **CONCORDO** em participar do estudo e **AUTORIZO** a divulgação científica dos resultados desde que respeitado meu anonimato.

Local:

Data:

Assinatura do(a) participante

Pesquisadora responsável: Leila de Fátima Santos

Rua Padre Rolim, 395/1302, Funcionários. Belo Horizonte – Minas Gerais.

Telefone: (31)32254283/88797540 – CEP: 30130-090

Email: leilafsantos@yahoo.com.br

Apêndice C – Convite aos participantes da pesquisa

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2009

Prezado Servidor/Colaborador,

Convido você a participar da pesquisa intitulada “QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: um estudo comparativo entre enfermeiros não emergencialistas e emergencialistas de um hospital público municipal”.

O objetivo da pesquisa é analisar a qualidade de vida no trabalho do profissional enfermeiro de um hospital público inserido na rede de atendimento exclusivo ao SUS.

Este trabalho destina-se à elaboração da dissertação da mestranda Leila de Fátima Santos, como requisito obrigatório para a obtenção do título de mestre em Administração, pela Faculdade Novos Horizontes de Belo Horizonte, sendo orientada pelo Prof. Dr. Luiz Carlos Honório.

Em anexo, encaminhamos-lhe um questionário que se destina à coleta de dados sobre a qualidade de vida no trabalho.

Solicita-se a sua colaboração no preenchimento deste instrumento, de acordo com as seguintes instruções:

1. Utilize caneta na marcação das respostas.
2. As questões devem ser respondidas, refletindo as condições de trabalho da instituição.
3. Assinale somente uma resposta a cada questão.
4. Responda o questionário sequencialmente.
5. Marque a resposta que melhor lhe representar.
6. Caso deseje alterar alguma resposta, marque um círculo na resposta errada e marque nova resposta.

7. Ao final, verifique cada questão, no sentido de assegurar que respondeu a todas.
8. Não assine seu nome, uma vez que os dados serão tratados na sua totalidade.
9. Sua participação será voluntária, não acarretará despesas nem prejuízos e/ou constrangimentos.

Você poderá solicitar a qualquer momento informações sobre o andamento da pesquisa, bem como terá a liberdade para recusar-se a responder qualquer questionamento ou, até mesmo, para retirar seu consentimento caso opte por deixar de participar do estudo. Sua privacidade e anonimato serão preservados, e os resultados obtidos com o estudo só serão utilizados e divulgados para fins técnico-científicos.

Para que a investigação reflita a situação real, responda a cada item o mais francamente possível, condição essencial para a confiabilidade dos resultados

Coloco-me à disposição para esclarecimentos necessários. Desde já, agradeço sua compreensão e colaboração.

Atenciosamente,

Leila de Fátima Santos - (031)32254283 / (031) 88797540

Mestranda – Faculdade Novos Horizontes

Apêndice D – Instrumento de Investigação**PARTE I – DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICO-OCUPACIONAIS**

Por favor, responda todas as afirmativas e assinale com um X a opção que melhor representar sua situação.

1: Sexo

- Feminino Masculino

2: Faixa etária

- Até 25 anos De 26 a 30 anos De 31 a 35 anos
 De 36 a 40 anos De 41 a 45 anos Mais de 45 anos

3: Estado civil

- Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Desquitado(a) Viúvo(a) Outros

4: Número de filhos

- Nenhum De um a dois Mais de dois

5: Escolaridade

- Graduação Especialização incompleta
 Especialização completa Mestrado incompleto
 Mestrado completo Doutorado incompleto
 Doutorado completo

6: Tempo de trabalho na instituição

- Há menos de 1 ano Entre 1 e 5 anos
 Entre 6 e 10 anos Mais de 10 anos

7: Tipo de vínculo empregatício

Efetivo celetista Efetivo estatutário Contratado

8: Carga horária de trabalho na instituição

30 horas semanais 40 horas semanais Plantão

9: Setor/local onde exerce as atividades laborais

<input type="checkbox"/> Acolhimento	<input type="checkbox"/> UPA	<input type="checkbox"/> Sala de Poli
<input type="checkbox"/> Triagem	<input type="checkbox"/> CTI Adulto 1	<input type="checkbox"/> CTI Adulto 2
<input type="checkbox"/> CTI Adulto 3	<input type="checkbox"/> CTI Pediátrico	<input type="checkbox"/> CTI Neonatal
<input type="checkbox"/> Bloco Cirúrgico 1	<input type="checkbox"/> Bloco Cirúrgico 2	<input type="checkbox"/> Pós-Operatório
<input type="checkbox"/> Bloco Obstétrico	<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Observação Pediátrica	<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Clínica Médica
<input type="checkbox"/> Observação M e F	<input type="checkbox"/> Observação M e F	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador	<input type="checkbox"/> Padronização	<input type="checkbox"/> CME
<input type="checkbox"/> ESNP	<input type="checkbox"/> Ensino e Pesquisa	<input type="checkbox"/> CCIH
<input type="checkbox"/> PID/PAD	<input type="checkbox"/> Outros	

10: Faixa salarial mensal bruta

<input type="checkbox"/> De R\$1.200,00 a R\$2.000,00	<input type="checkbox"/> De R\$2.001,00 a R\$2.500,00
<input type="checkbox"/> De R\$2.501,00 a R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$3.001,00

11: Atividades laborais exercidas em outras instituições

Sim Não

12: Em caso afirmativo, exerce atividades laborais em quantas instituições?

Uma Duas três Quatro ou mais

13: Importância da remuneração recebida nesta instituição para sua renda

Não é importante Pouco importante Importante Muito importante

PARTE II – VARIÁVEIS RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Por favor, responda como você avalia todas as dimensões em relação a cada um dos indicadores de qualidade de vida no trabalho, expresso nos indicadores abaixo. Assinale com um X o número que melhor representar sua resposta, levando em consideração uma escala que varia de péssimo (1), muito ruim (2), ruim (3), bom (4), muito bom (5) a excelente (6).

Item	Aspectos relacionados ao meu trabalho	Péssimo		Excelente			
		1	2	3	4	5	6
1	O salário que eu recebo no hospital em relação ao praticado no mercado de trabalho						
2	A forma como minha função é valorizada no hospital						
3	A qualidade, em termos gerais, da orientação (supervisão) que recebo na execução das minhas tarefas						
4	A carga horária que eu trabalho no hospital						
5	A forma como o hospital lida com os riscos a que estou exposto no desempenho das minhas funções						
6	O grau de participação que tenho nas decisões importantes em relação ao meu trabalho						
7	A atuação do sindicato da minha categoria em apoio a minha função						
8	O volume de trabalho que tenho que realizar						
9	A disponibilização de materiais e equipamentos para a realização do meu trabalho						
10	A habilidade da equipe que faço parte frente à assistência ao paciente						
11	As condições físicas do meu ambiente de trabalho						
12	O respeito e o tratamento que recebo dos meus superiores (chefia)						
13	O uso de diferentes habilidades aplicadas na realização do meu trabalho						
14	Os benefícios que eu recebo na instituição						
15	A qualidade da gestão do hospital para o acompanhamento e a solução de problemas diários de trabalho						
16	Os critérios utilizados pela instituição no recrutamento e seleção de pessoal						
17	A alimentação que eu recebo no hospital						
18	O trabalho em equipe no setor em que atuo						
19	A oportunidade que tenho de conhecer outras pessoas no meu trabalho						
20	A liberdade de expressão que eu tenho no hospital						
21	A possibilidade de crescimento pessoal e profissional que o hospital me possibilita						
22	O salário que eu recebo em relação a minha contribuição efetiva no hospital						
23	O <i>feedback</i> que recebo sobre o meu desempenho						
24	O reconhecimento do meu gerente/coordenador pelo trabalho que eu realizo no hospital						
25	A segurança que eu tenho quanto ao meu futuro no hospital						
26	O meu relacionamento com a minha equipe de trabalho						
27	A maneira como os conflitos são resolvidos no hospital						

Fonte: Adaptado de Dutra (2008)

Apêndice E – Roteiro de Entrevista – Grupo Não Emergencial

Data:/...../..... Nº da entrevista:.....
 Horário de início da entrevista:..... Horário de término:.....
 Sexo: Idade:.....
 Estado Civil: Escolaridade:.....
 Vínculo Empregatício: Data de admissão:/...../.....
 Setor/Área de Trabalho:

No estudo comparativo realizado no HOB, entre os enfermeiros emergencialistas e não emergencialistas referentes à Qualidade de Vida no Trabalho, frente às dimensões econômica, política, psicológica e sociológica, foram levantados vários aspectos que suscitaram alguns pontos significativos sobre a satisfação e insatisfação no contexto do trabalho emergencial.

Gostaria que você comentasse sobre alguns dos aspectos abaixo citados. Didaticamente, as perguntas foram elaboradas, considerando a descrição:

Identificação do Roteiro de Entrevista	
Natureza das Perguntas	Questões
Âmbito geral	1, 2, 3
Satisfação	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Intermediário entre a satisfação/insatisfação	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
Insatisfação	19
Análise Bivariada	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

- 1) O que é Qualidade de Vida no trabalho para você?
- 2) O modelo proposto para a realização da pesquisa aborda a QVT a partir de quatro dimensões: política, econômica, psicológica e sociológica. Dentre as dimensões abordadas no estudo, a sociológica foi a mais expressiva. Você atribui esse fato a quê?
- 3) Comparando as dimensões de QVT abordadas no estudo, percebeu-se que existem diferenças significativas, sendo que a dimensão econômica foi a menos expressiva. O que você pensa a esse respeito?
- 4) O relacionamento com a equipe de trabalho foi o indicador da dimensão política que apresentou o mais alto escore de satisfação. Quais estratégias o HOB tem desenvolvido para melhorar o relacionamento entre as equipes de trabalho que o torna tão satisfatório?
- 5) A liberdade de expressão foi tida como satisfatória pelos pesquisados. O que você considera como liberdade de expressão dentro das relações do HOB?
- 6) O indicador da dimensão psicológica que apresentou melhor escore de satisfação foi: a habilidade da equipe frente à assistência ao paciente. Como você percebe essas habilidades na sua equipe de trabalho?
- 7) O que o HOB propicia para os enfermeiros que faz com que uso de diferentes habilidades aplicadas na realização do trabalho de vocês seja considerada satisfatória?
- 8) A qualidade da supervisão recebida pelos enfermeiros na execução de suas tarefas foi apontada como satisfatória pelos pesquisados. Por que vocês consideram a qualidade da orientação na execução das tarefas satisfatória? Fale um pouco sobre essa supervisão.
- 9) Destacou-se como mais significativo do ponto de vista estatístico o seguinte indicador: respeito e tratamento recebidos dos meus superiores. Comente esse resultado.
- 10) A oportunidade de conhecer outras pessoas no ambiente de trabalho foi percebida pelos amostrados como ponto de satisfação. O que você me diz a esse respeito?
- 11) Os enfermeiros mostraram-se satisfeitos com o trabalho em equipe no setor em que atuam. O que os enfermeiros conseguem detectar dentro do HOB que favoreça o trabalho em equipe?
- 12) Todos os indicadores da dimensão econômica: carga horária, salário recebido em relação ao praticado no mercado, forma como o hospital lida com os riscos do

trabalho, volume de trabalho, benefícios recebidos, salário recebido em relação a sua contribuição efetiva no ponto de vista de vocês precisam ser melhorados. Quais os aspectos que você pode citar que favoreceriam a melhoria desses indicadores?

- 13) Para os enfermeiros não emergenciais, a disponibilidade de materiais para execução do trabalho é um dos pontos da dimensão econômica que precisa ser melhorado. O que você me diz a respeito da disponibilidade de materiais para a execução do seu trabalho na instituição?
- 14) Dentre os indicadores da dimensão política: a forma como minha função é valorizada no hospital foi um dos pontos da pesquisa, que os amostrados mostraram que carece de melhoria. Por que os enfermeiros não estão totalmente satisfeitos com a valorização de sua função no hospital?
- 15) A qualidade da gestão do hospital para o acompanhamento e solução de problemas diários de trabalho apresentou um escore intermediário entre satisfação e insatisfação pelos pesquisados. Cite os pontos que poderiam ser melhorados nesta gestão no que se refere à solução de problemas?
- 16) O *feedback* recebido sobre seu desempenho, os critérios utilizados para recrutamento e seleção de pessoal, a possibilidade de crescimento pessoal e profissional foram considerados como pontos a melhorar. O que você pensa a esse respeito? Cite os aspectos que você acredita que podem contribuir para a melhoria desses indicadores?
- 17) Dentre os indicadores da dimensão sociológica, a segurança em relação ao futuro no hospital apresentou, do ponto de vista quantitativo, um escore intermediário entre satisfação e insatisfação. A que vocês atribuem esse resultado?
- 18) Com relação ao grau de participação nas decisões e a maneira como os conflitos são resolvidos, podemos verificar que os resultados não demonstraram satisfação ou insatisfação. Dentro de sua realidade, como você percebe esse resultado?
- 19) Em relação à atuação do sindicato da categoria profissional em apoio à função do enfermeiro no hospital, houve um consenso no que se refere à insatisfação dos pesquisados. Quais fatos representam essa realidade.
- 20) Considerando o tempo de trabalho na instituição, detectou-se que os enfermeiros há menos de 1 ano na instituição têm maiores chances de satisfação em relação às dimensões psicológica e política. Por que os enfermeiros que têm menos de 1 ano de serviço tendem a ser mais satisfeitos do ponto de vista psicológico e político?

- 21) Correlacionando a dimensão política e o tipo de vínculo empregatício, observou-se que os estatutários estão menos satisfeitos que os demais. A quais fatores podem estar associados esse resultado?
- 22) As mulheres mostraram-se mais satisfeitas que os homens em relação à alimentação recebida no hospital. O que você tem a me dizer sobre isso?
- 23) Os homens mostraram-se maior satisfação em relação ao trabalho em equipe do que as mulheres. O que você atribui a esse resultado?
- 24) Os enfermeiros com idade superior a 36 anos (sênior) mostraram-se mais insatisfeitos com a atuação sindical do que os com idade inferior. A quais fatores esse achado podem estar associados?
- 25) Já em relação ao tempo de trabalho na instituição, os enfermeiros com mais de 6 anos de hospital estão mais insatisfeitos com o sindicato que os com menos tempo de casa. Quais são as experiências vividas dentro e fora da instituição que fizeram com que o enfermeiro sênior tivesse uma descrença sobre a atuação sindical?
- 26) Em relação ao crescimento pessoal e profissional, os enfermeiros com até 35 anos mostraram-se mais satisfeitos do que os com idade acima de 36 anos. O que faz com que os enfermeiros jovens tenham mais expectativas com relação ao crescimento pessoal e profissional do que os demais?
- 27) Dentre os indicadores da dimensão psicológica, observou-se, com o resultado da pesquisa, que os enfermeiros solteiros tendem a ser mais satisfeitos com o reconhecimento da chefia do que os casados e outros. Quais são as características que você percebe no enfermeiro solteiro que fazem com que ele seja melhor reconhecido pela chefia?
- 28) Do ponto de vista sociológico, o indicador segurança no emprego teve um escore de satisfação no que se refere ao estado civil. Os enfermeiros solteiros apresentaram o maior escore de satisfação comparado aos casados e outros. Por que o enfermeiro solteiro tende à maior satisfação em relação à segurança no emprego do que os demais?
- 29) Considerando o tempo de trabalho na instituição, os enfermeiros com menos de 1 ano mostraram-se mais satisfeitos com a liberdade de expressão do que os com mais de tempo de casa. Por que o enfermeiro recém-admitido tem mais liberdade de expressão do que os demais?
- 30) Com relação ao salário recebido pelos enfermeiros da instituição em relação ao praticado no mercado, os celetistas mostraram-se mais satisfeitos do que os estatutários e contratados. Por que os celetistas estão mais satisfeitos?

Apêndice F – Roteiro de Entrevista – Grupo Emergencial

Data:/...../..... Nº da entrevista:.....

Horário de início da entrevista:..... Horário de término:.....

Sexo: Idade:.....

Estado Civil: Escolaridade:.....

Vínculo Empregatício: Data de admissão:/...../.....

Setor/Área de Trabalho:

No estudo comparativo realizado no HOB, entre os enfermeiros emergencialistas e não emergencialistas referentes à Qualidade de Vida no Trabalho, frente às dimensões econômica, política, psicológica e sociológica, foram levantados vários aspectos que suscitaram alguns pontos significativos sobre a satisfação e insatisfação no contexto do trabalho emergencial.

Gostaria que você comentasse sobre alguns dos aspectos abaixo citados. Didaticamente, as perguntas foram elaboradas, considerando a descrição abaixo:

Identificação do Roteiro de Entrevista	
Natureza das Perguntas	Questões
Âmbito geral	1, 2, 3
Satisfação	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Intermediário entre a satisfação/insatisfação	15, 16, 17, 18, 19, 20
Insatisfação	21, 22, 23
Análise Bivariada	24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

- 1) O que é Qualidade de Vida no trabalho para você?
- 2) O modelo proposto para a realização da pesquisa aborda a QVT a partir de quatro dimensões: política, econômica, psicológica e sociológica. Dentre as dimensões abordadas no estudo, a sociológica foi a mais expressiva. Você atribui esse fato a quê?
- 3) Comparando as dimensões de QVT abordadas no estudo, percebeu-se que existem diferenças significativas, sendo que a dimensão econômica foi a menos expressiva. O que você pensa a esse respeito?
- 4) A alimentação recebida na instituição foi um dos pontos da dimensão econômica melhor avaliada na pesquisa realizada. Quais são os aspectos positivos na alimentação oferecida que você pode destacar?
- 5) O relacionamento com a equipe de trabalho foi o indicador da dimensão política que apresentou o mais alto escore de satisfação. Quais estratégias o HOB tem desenvolvido para melhorar o relacionamento entre as equipes de trabalho que o torna tão satisfatório?
- 6) Para o grupo emergencialista, há uma disponibilidade de materiais para execução do trabalho que leva o trabalho a ser satisfatório. O que você me diz a respeito da qualidade desses materiais disponíveis?
- 7) A liberdade de expressão foi tida como satisfatória pelos pesquisados. O que você considera como liberdade de expressão dentro das relações do HOB?
- 8) A segurança em relação ao futuro no ponto de vista dos enfermeiros emergencialistas foi satisfatória. Qual é a realidade do atendimento de urgência em Belo Horizonte que faz com que eles se sintam seguros no hospital?
- 9) O indicador da dimensão psicológica que apresentou melhor escore de satisfação foi a habilidade da equipe frente à assistência ao paciente. Como você percebe essas habilidades na sua equipe de trabalho?
- 10) O que o HOB propicia para os enfermeiros que faz com que o uso de diferentes habilidades aplicadas na realização do trabalho de vocês sejam tidas como satisfatórias?
- 11) Destacou-se como mais significativo, do ponto de vista estatístico, o seguinte indicador: respeito e tratamento recebidos dos meus superiores. Comente esse resultado.
- 12) A oportunidade de conhecer outras pessoas no ambiente de trabalho foi percebida pelos amostrados como ponto de satisfação. O que você me diz a esse respeito?
- 13) O trabalho em equipe no setor em que atuou. O que os enfermeiros conseguem detectar dentro do HOB que favoreça o trabalho em equipe?
- 14) Os enfermeiros do HOB estão satisfeitos com a segurança quanto ao futuro no hospital. O que você considera determinante para esse resultado?
- 15) Cite os pontos, em relação à Gestão do hospital, que impedem uma total satisfação quando do acompanhamento e solução dos problemas diários de trabalho?

- 16) Dentre os indicadores da dimensão política, a forma como minha função é valorizada no hospital foi um dos pontos da pesquisa que os amostrados mostraram que carece de melhoria. Por que os enfermeiros não estão totalmente satisfeitos com a valorização de sua função no hospital?
- 17) Por que vocês consideram que a qualidade da orientação na execução das tarefas (supervisão recebida) não é totalmente satisfatória? O que deveria ser melhorado?
- 18) O *feedback* recebido sobre seu desempenho, os critérios utilizados para recrutamento e seleção de pessoal, a possibilidade de crescimento pessoal e profissional foram considerados como pontos a melhorar. O que você pensa a esse respeito? Cite os aspectos que você acredita que podem contribuir para a melhoria desses indicadores?
- 19) Com relação ao grau de participação nas decisões e a maneira como os conflitos são resolvidos, podemos verificar que os resultados não demonstraram satisfação ou insatisfação, ficando em uma zona intermediária. Dentro de sua realidade, como você percebe esse resultado?
- 20) A carga horária, benefícios, condições físicas, salário em relação ao mercado de trabalho e como o HOB lida com os riscos inerentes ao trabalho tiveram uma pontuação intermediária entre satisfação e insatisfação. Qual a sua percepção sobre esses aspectos?
- 21) Dentre os indicadores da dimensão econômica, o salário recebido em relação à contribuição efetiva do enfermeiro emergencialista no hospital foi tido como insatisfatório. O que você pensa a esse respeito?
- 22) O indicador volume de trabalho que o enfermeiro tem que realizar na instituição obteve o mais alto escore de insatisfação. Quais dados você pode apontar sobre o volume de trabalho do trabalho realizado por você, que o caracteriza como insatisfatório.
- 23) Em relação à atuação do sindicato da categoria profissional em apoio à função do enfermeiro no hospital, houve um consenso, no que se refere à insatisfação dos pesquisados. Quais fatos representam essa realidade?
- 24) Considerando o tempo de trabalho na instituição, detectou-se que os enfermeiros há menos de 1 ano na instituição têm maiores chances de satisfação em relação às dimensões psicológica e política. Por que os enfermeiros que têm menos de 1 ano de serviço tendem a ser mais satisfeitos do ponto de vista psicológico e político?
- 25) Correlacionando a dimensão política e o tipo de vínculo empregatício, observou-se que os estatutários estão menos satisfeitos que os demais. A quais fatores podem estar associados esse resultado?
- 26) As mulheres mostraram-se mais satisfeitas que os homens em relação à alimentação recebida no hospital. O que você tem a me dizer sobre isso?

- 27) Por sua vez, os homens mostraram maior satisfação em relação ao trabalho em equipe do que as mulheres. O que você atribui a esse resultado?
- 28) Os enfermeiros com idade superior a 36 anos (sênior) mostraram-se mais insatisfeitos com a atuação sindical do que os com idade inferior. A quais fatores esse achado pode estar associado?
- 29) Já em relação ao tempo de trabalho na instituição, os enfermeiros com mais de 6 anos de hospital estão mais insatisfeitos com o sindicato que os com menos tempo de casa. Quais são as experiências vividas dentro e fora da instituição que fizeram com o enfermeiro sênior tivesse uma descrença sobre a atuação sindical?
- 30) Em relação ao crescimento pessoal e profissional, os enfermeiros com até 35 anos mostraram-se mais satisfeitos do que os com idade acima de 36 anos. O que faz com que os enfermeiros (jovens) tenham mais expectativas com relação ao crescimento pessoal e profissional do que os demais?
- 31) Dentre os indicadores da dimensão psicológica, observou-se, com o resultado da pesquisa, que os enfermeiros solteiros tendem a serem mais satisfeitos com o reconhecimento da chefia do que os casados e outros. Quais são as características que você percebe no enfermeiro solteiro que fazem com ele seja melhor reconhecido pela chefia?
- 32) Do ponto de vista sociológico, o indicador segurança no emprego teve um escore de satisfação no que se refere ao estado civil. Os enfermeiros solteiros apresentaram o maior escore de satisfação comparado aos casados e outros. Por que o enfermeiro solteiro tende à maior satisfação em relação à segurança no emprego do que os demais?
- 33) Considerando o tempo de trabalho na instituição, os enfermeiros com menos de 1 ano mostraram-se mais satisfeitos com a liberdade de expressão do que os com mais tempo de casa. Por que o enfermeiro recém-admitido se sente com mais liberdade de expressão do que os demais?
- 34) Com relação ao salário recebido pelos enfermeiros da instituição em relação ao praticado no mercado, os celetistas mostraram-se mais satisfeitos do que os estatutários e contratados. Por que os celetistas estão mais satisfeitos nesse quesito?

Apêndice G – Tabelas

Tabela 19 – Caracterização da amostra total segundo as dimensões da qualidade de vida no trabalho

Dimensões de QVT	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
Dimensão Econômica	3,47	0,74	2,88	3,50	4,00
Dimensão Política	3,75	0,62	3,33	3,83	4,17
Dimensão Psicológica	3,91	0,65	3,50	4,00	4,33
Dimensão Sociológica	4,14	0,78	3,67	4,17	4,67

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 20 – Avaliação dos escores referentes às dimensões de qualidade de vida no trabalho na amostra total

Dimensões de QVT	Resultados		
	Escore	P-valor	Conclusão
Dimensão Econômica (DE)	3,47	0,000**	DS > DPs > DP > DE
Dimensão Política (DP)	3,75		
Dimensão Psicológica (DPs)	3,91		
Dimensão Sociológica (DS)	4,14		

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Friedman*.

Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0,01** (nível de confiança de 99,0%) e p-valor < 0,05 * (nível de confiança de 95,0%).

Tabela 21 – Caracterização da amostra total segundo a dimensão econômica

Dimensão Econômica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
A carga horária que eu trabalho no hospital	3,87	1,24	3,00	4,00	5,00
A alimentação que eu recebo no hospital	3,77	1,14	3,00	4,00	4,00
O salário que eu recebo no hospital em relação ao praticado no mercado de trabalho	3,66	0,89	3,00	4,00	4,00
A forma como o hospital lida com os riscos que estou exposto no desempenho das minhas funções	3,54	1,24	3,00	3,00	4,00
As condições físicas do meu ambiente de trabalho	3,39	1,10	3,00	4,00	4,00
Os benefícios que eu recebo na instituição	3,28	1,12	3,00	3,00	4,00
O volume de trabalho que tenho que realizar	3,24	1,28	2,00	4,00	4,00
O salário que eu recebo em relação a minha contribuição efetiva no hospital	3,19	1,11	3,00	3,00	4,00

Fonte: Pesquisa da pesquisa

Tabela 22 – Caracterização da amostra total segundo a dimensão política

Dimensão Política	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
O meu relacionamento com a minha equipe de trabalho	4,94	0,87	4,00	5,00	6,00
A liberdade de expressão que eu tenho no hospital	4,14	1,10	3,00	4,00	5,00
A disponibilização de materiais e equipamentos para a realização do meu trabalho	3,99	1,19	3,00	4,00	5,00
A forma como minha função é valorizada no hospital	3,67	1,07	3,00	4,00	4,00
A qualidade da gestão do hospital para o acompanhamento e a solução de problemas diários de trabalho	3,58	1,09	3,00	4,00	4,00
A atuação do sindicato da minha categoria em apoio a minha função	2,27	1,17	1,00	2,00	3,00

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 23 – Caracterização da amostra total segundo a dimensão psicológica

Dimensão Psicológica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
A habilidade da equipe de que faço parte frente à assistência ao paciente	4,48	0,75	4,00	4,00	5,00
O uso de diferentes habilidades aplicadas na realização do meu trabalho	4,27	0,83	4,00	4,00	5,00
A qualidade, em termos gerais, da orientação (supervisão) que recebo na execução das minhas tarefas	3,98	1,17	3,00	4,00	5,00
O <i>feedback</i> que recebo sobre o meu desempenho	3,89	1,12	3,00	4,00	5,00
A possibilidade de crescimento pessoal e profissional que o hospital me possibilita	3,64	1,25	3,00	4,00	4,00
Os critérios utilizados pela instituição no recrutamento e seleção de pessoal	3,61	1,13	3,00	4,00	4,00

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 24 – Caracterização da amostra total segundo a dimensão sociológica

Dimensão Sociológica	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
O respeito e o tratamento que recebo dos meus superiores (chefia)	4,74	0,97	4,00	5,00	5,00
A oportunidade que tenho de conhecer outras pessoas no meu trabalho	4,38	1,01	4,00	4,00	5,00
O trabalho em equipe no setor em que atuo	4,22	1,17	4,00	4,00	5,00
A segurança que eu tenho quanto ao meu futuro no hospital	3,96	1,34	3,00	4,00	5,00
O grau de participação que tenho nas decisões importantes em relação ao meu trabalho	3,82	1,21	3,00	4,00	5,00
A maneira como os conflitos são resolvidos no hospital	3,74	1,10	3,00	4,00	4,00

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 25 – Avaliação dos escores referentes às dimensões de QVT por sexo

Dimensões de QVT	Sexo	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Dimensão Sociológica	Masculino	4,33	0,955	Masc.= Fem.
	Feminino	4,16		
Dimensão Psicológica	Masculino	3,66	0,297	Masc.= Fem.
	Feminino	4,00		
Dimensão Política	Masculino	3,50	0,664	Masc.= Fem.
	Feminino	3,83		
Dimensão Econômica	Masculino	3,62	0,955	Masc.= Fem.
	Feminino	3,50		

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 26 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as duas categorias da faixa etária

Dimensões de QVT	Faixa Etária	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Dimensão Sociológica	Até 35 anos	4,16	0,371	Todos iguais
	Acima de 36 anos	4,00		
Dimensão Psicológica	Até 35 anos	4,00	0,724	Todos iguais
	Acima de 36 anos	3,83		
Dimensão Política	Até 35 anos	3,75	0,951	Todos iguais
	Acima de 36 anos	3,83		
Dimensão Econômica	Até 35 anos	3,50	0,307	Todos iguais
	Acima de 36 anos	3,62		

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 27 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as três categorias da escolaridade

Dimensões de QVT	Escolaridade	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Dimensão Econômica	Graduação	3,50	0,393	Todos iguais
	Especialização	3,37		
	Mestrado/Doutorado	4,00		
Dimensão Política	Graduação	3,83	0,808	Todos iguais
	Especialização	3,83		
	Mestrado/Doutorado	4,00		
Dimensão Psicológica	Graduação	4,08	0,872	Todos iguais
	Especialização	3,83		
	Mestrado/Doutorado	4,08		
Dimensão Sociológica	Graduação	4,50	0,557	Todos iguais
	Especialização	4,16		
	Mestrado/Doutorado	3,91		

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 28 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as três categorias do estado civil

Dimensões de QVT	Estado Civil	Resultados		
		Score	P-valor	Conclusão
Dimensão Econômica	Casado(a)	3,56	0,864	Todos iguais
	Solteiro(a)	3,50		
	Outros	3,12		
Dimensão Política	Casado(a)	3,83	0,883	Todos iguais
	Solteiro(a)	3,66		
	Outros	3,83		
Dimensão Psicológica	Casado(a)	3,83	0,651	Todos iguais
	Solteiro(a)	4,00		
	Outros	4,33		
Dimensão Sociológica	Casado(a)	4,16	0,804	Todos iguais
	Solteiro(a)	4,16		
	Outros	4,16		

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 29 – Níveis médios das dimensões de QVT entre as duas categorias da carga horária

Dimensões de QVT	Carga Horária	Resultados		
		Score	P-valor	Conclusão
Dimensão Sociológica	30 horas	4,16	0,969	Todos iguais
	40 horas/Plantão	4,16		
Dimensão Psicológica	30 horas	4,00	0,793	Todos iguais
	40 horas/Plantão	4,00		
Dimensão Política	30 horas	3,83	0,558	Todos iguais
	40 horas/Plantão	3,83		
Dimensão Econômica	30 horas	3,50	0,584	Todos iguais
	40 horas/Plantão	3,50		

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 30 – Níveis médios dos indicadores de QVT segundo as variáveis demográficas e ocupacionais com diferenças significativas entre suas categorias

Dimensão	Indicadores de QVT	Variável Demográfica e Ocupacional	Categoria	Resultados	
				Score	P-valor
Econômica	Salário em relação ao mercado	Vínculo Empregatício	Efetivo Celetista	4,13	0,05*
			Efetivo Estatutário	3,52	
			Contratado	3,65	
	Alimentação recebida	Sexo	Feminino	3,80	0,035*
Masculino			3,60		
Sociológica	Segurança no emprego	Estado Civil	Casado(a)	4,00	0,047*
			Outros	4,00	
			Solteiro(a)	5,00	
	Trabalho em equipe	Sexo	Feminino	4,15	0,011*
Masculino			4,60		
Política	Atuação sindical	Faixa Etária	Até 35 anos	2,41	0,049*
			Acima de 36 anos	1,82	
	Atuação sindical	Tempo de Trabalho	Menos de 1 ano	2,00	0,043*
			Entre 1 e 5 anos	2,00	
			Mais de 6 anos	1,00	
	Liberdade de expressão	Tempo de Trabalho	Menos de 1 ano	5,00	0,039*
Entre 1 e 5 anos			4,00		
Psicológica	Reconhecimento da chefia	Estado Civil	Casado(a)	4,00	0,05*
			Outros	4,00	
			Solteiro(a)	4,50	
	Uso de habilidades	Frente de Trabalho	Emergencial	3,80	0,025*
			Não emergencial	4,40	
	Crescimento pessoal	Faixa Etária	Até 35 anos	4,00	0,017*
Acima de 36 anos			3,00		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Friedman*.

Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0,01** (nível de confiança de 99,0%) e p-valor < 0,05 * (nível de confiança de 95,0%).