

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR - NUPENST**

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: aspectos determinantes
para os trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar**

Nilmar Alves Cavalcante Magalhães

Rio de Janeiro
Dezembro/2010



UFRJ

Nilmar Alves Cavalcante Magalhães

**Qualidade de Vida no Trabalho: aspectos determinantes para os
trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem
apresentada à Escola de Enfermagem Anna
Nery, da Universidade Federal do Rio de
Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Nascimento Pereira de Farias

Rio de Janeiro
Dezembro/2010

**Qualidade de Vida no Trabalho: aspectos determinantes para os
trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar**

Nilmar Alves Cavalcante Magalhães

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Nascimento Pereira de Farias

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Prof^a Dr^a Sheila Nascimento Pereira de Farias - Orientadora
Doutora em Enfermagem EEAN/UFRJ

Prof^a Dr^a Maria Yvone Chaves Mauro - 1^o examinador
Doutora em Enfermagem – EEAN/UFRJ

Prof^a Dr^a Ana Maria Domingos - 2^o examinador
Doutora em Enfermagem – EEAN/UFRJ

Prof^a Dr^a Ângela Maria Mendes Abreu - Suplente
Doutora em Enfermagem – EEAN/UFRJ

Prof^a Dr^a Helena Maria Scherlowsky Leal David - Suplente
Doutora em Enfermagem – EEAN/UFRJ

Rio de Janeiro
Dezembro/ 2010

Magalhães, Nilmar Alves Cavalcante.

Qualidade de Vida no Trabalho: aspectos determinantes para os trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar / Nilmar Alves Cavalcante Magalhães - Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 2010.
162 f.

Orientadora: Sheila Nascimento Pereira de Farias

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

1. Qualidade de vida no trabalho. 2. Enfermagem. 3. Saúde do trabalhador. I. Magalhães, Nilmar Alves Cavalcante. II. Universidade Federal do Rio Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

DEDICATÓRIA

Dedico esse momento ao meu pai, Abel Alves de Lima, e à minha filha, Nathália Victória Alves A. C. Magalhães, cujas presenças constantes serviram de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por todas as coisas.

À **minha família**, pelo incentivo à realização deste trabalho.

À minha orientadora, **Prof^a Dr^a Sheila Nascimento Pereira de Farias**, por acreditar e orientar o meu caminhar, possibilitando esta conquista. Muito obrigada!

A **Vandete Cavalcante de Lima**, minha mãe, por coparticipar das minhas responsabilidades cotidianas.

À **CAPES**, pelo fomento que me permitiu maior dedicação a esta pesquisa.

Ao **Núcleo de Pesquisa em Saúde do Trabalhador – NUPENST**, que contribuiu na construção de meu conhecimento.

À **Coordenação do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN/UFRJ** e a **Sonia Xavier, Jorge Anselmo e Eunice Francisci** da Secretaria Acadêmica da pós-graduação de Enfermagem do Trabalho **da Secretaria Acadêmica**, pela atenção e compreensão no decorrer da realização do curso de mestrado.

Aos **depoentes** deste estudo, sem os quais não chegaríamos a essa concretude.

Aos **amigos**, pela colaboração, apoio e incentivo, em tantos momentos.

A **Vania Cavalcante de Lima**, minha irmã adorada, que me acolheu em muitos momentos e ao meu irmão **Aldo** que, diante de muitas dificuldades, sempre esteve orando por mim. Que Deus continue te abençoando nesta caminhada.

À amiga **Maria Manoela**, pela colaboração, apoio e incentivos em tantos momentos, meu muito obrigada.

Árvores e florestas lembram-nos de pessoas e de organizações. As organizações humanas são como florestas compostas de muitas árvores que são as pessoas. Uma floresta não existe sem arvores e uma organização não existe sem as pessoas, por isso é preciso olhar com cuidado para cada árvore-pessoa, sem jamais perder de vista a organização-floresta. Ver as pessoas e as organizações onde elas estão inseridas, assim como ver as árvores e a floresta, requer de cada um de nós uma verdadeira mutação de nossos pensamentos, de nossos modelos mentais. Se o mecanismo isolava a parte e não conseguia divisar o todo, talvez o holismo também peque por ressaltar o todo, sem a devida consideração pela parte.

King, o mestre entalhador

RESUMO

MAGALHÃES, Nilmar Alves Cavalcante. **Qualidade de vida no trabalho: aspectos determinantes para os trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar.** 2010. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O objeto deste estudo foi a percepção dos enfermeiros sobre qualidade de vida no trabalho (QVT), tendo como objetivos: descrever a percepção dos enfermeiros acerca da QVT no contexto de um hospital-escola, situado no Município do Rio de Janeiro; analisar os fatores intervenientes na QVT na percepção dos enfermeiros; discutir as estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam a promoção da saúde do trabalhador no contexto estudado. Metodologia: trata-se de um estudo com abordagem qualitativa–descritiva, na qual o pesquisador procura conhecer a realidade descrevendo-a, classificando-a e interpretando-a. O cenário foi o Hospital São Francisco de Assis e a amostra total constituiu-se de 16 enfermeiros. Em função dos objetivos traçados neste trabalho, utilizou-se como instrumento para coleta de dados um formulário para levantamento do perfil dos sujeitos, um guia de perguntas norteadoras e o grupo focal, como técnica de produção de dados. Para sistematizar o processo de análise, foram definidas categorias gerais, de natureza temática, de acordo com os objetivos da pesquisa. Com relação aos aspectos éticos, foi indispensável a autorização expressa da instituição de saúde, campo deste estudo, obedecendo-se ao preconizado pela Resolução nº 196/96, com aprovação prévia do projeto pelo comitê de ética da EEAN, sob o número de protocolo 45.2009. Os consensos estabelecidos na discussão do grupo permitiram inferir que, para os enfermeiros da instituição, QVT é definida como uma forma de pensamento envolvendo pessoas, trabalho e organizações, em que se destacam dois aspectos importantes: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional; e a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho. Por fim, buscou-se avaliar e discutir as estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam a promoção da saúde do trabalhador no contexto hospitalar estudado, com ênfase na QVT, e identificou-se, nas discussões dos profissionais, uma valorização sobre a necessidade de se criar alternativas de prevenção e promoção de saúde no ambiente de trabalho, fazendo com que o trabalho seja agente ativo deste processo.

Palavras-Chave: Qualidade de vida no trabalho. Enfermagem. Saúde do trabalhador.

RESUMEN

MAGALHÃES, Nilmar Alves Cavalcante. **Calidad de vida en el trabajo:** aspectos determinantes para los trabajadores de enfermería en el contexto hospitalario. 2010. 162f. Disertación (Master Grado en Enfermería) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

El objeto de este estudio fue la percepción de los enfermeros sobre calidad de vida en el trabajo – QVT en el contexto Hospitalario, teniendo como objetivos: describir la percepción de los enfermeros acerca de la QVT en el contexto de un hospital escuela situado en el Municipio del Rio de Janeiro; analizar los factores intervinientes en la QVT en la percepción de los enfermeros; discutir las estrategias propuestas por los enfermeros que favorezcan la promoción de la salud del trabajador en el contexto estudiado. Metodología: se trata de un estudio con abordaje cualitativo–descriptiva en la cual el investigador procura conocer la realidad describiendo, clasificando y interpretando. El escenario fue el Hospital São Francisco de Assis, y la muestra total se constituyó de 16 enfermeros. En función de los objetivos trazados en este trabajo, se utilizó como instrumento para colecta de datos un formulario para levantamiento del perfil de los sujetos, un guía de preguntas orientadoras e o grupo focal, como técnica de producción de datos. Para sistematizar el proceso de análisis, fueron definidas categorías generales, de naturaleza temática, de acuerdo con los objetivos de la pesquisa. Con relación a los aspectos éticos, fue indispensable la autorización expresa de la institución de salud, campo de este estudio para la colecta de los datos, obedeciéndose al preconizado por la resolución 196/96 con aprobación previa del proyecto por el comité de ética de la EEAN bajo el número de protocolo 45.2009. Los consensos establecidos en la discusión del grupo permitieron inferir que, para los enfermeros de la institución, QVT es definida como una forma de pensamiento envolviendo personas, trabajo y organizaciones, donde se destacan dos aspectos importantes: la preocupación con el bienestar del trabajador y con la eficacia organizacional; y la participación de los trabajadores en las decisiones y problemas del trabajo. Finalmente, se buscó evaluar y discutir las estrategias propuestas por los enfermeros que favorezcan la promoción de la salud del trabajador en el contexto hospitalario estudiado con énfasis en la QVT y se identificó en las discusiones de los profesionales una valorización sobre la necesidad de crearse alternativas de prevención y promoción de salud en el ambiente de trabajo, haciendo con que el trabajo sea agente activo de este proceso.

Palabras Clave: Calidad de vida en el trabajo. Enfermería. Salud del trabajador.

ABSTRACT

MAGALHÃES, Nilmar Alves Cavalcante. **Life quality at work**: determinant aspects to nursing workers in the hospital context. 2010. 162f. Dissertation (Master Degree in Nursing) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

The study of this object was the nurse's perception about the life quality at work – QVT in the hospital context, having as objectives: to describe the nurse's perception about the QVT in the context of a school hospital situated at the Rio de Janeiro county; analyze the intervenient factors in the QVT in the nurses' perception; discuss the strategies proposed by the nurses that favor the worker's health promotion in the context studied. Methodology: it treats of a study with qualitative-descriptive approach in which the researcher looks for knowing the reality describing, classifying and interpreting. The scenario was the Hospital São Francisco de Assis, and the total sample constituted of 16 nurses. In order to attend the objectives outlined in this work, it used as tool to the data collection a formulary to the raising of the subjects' profile, a guide of orienting questions and the focal group, as technique of data production. To systematize the analysis process, there were defined general categories, of the thematic nature, in accordance with the research objectives. With relation to the ethical aspects, the expressed authorization of the health institution, field of this study for the data collection, attending to the recognized by the 196/96 resolution, with previous approval of the project by the EEAN's ethical committee under the number of 452009 protocol. The consensus established in the group discussion made possible to infer that, for the nurses in the institution, QVT is defined as a thinking form involving persons, work and organizations, where are detached two important aspects: the preoccupation with the worker's well-being and with the organizational efficacy; and the participation of the workers in the decisions and problems of the work. Finally, it searched for evaluating and discussing the strategies proposed by the nurses that favor the worker's health promotion in the hospital context studied with emphasis in the QVT and it identified in the professionals' discussions, a valorization about the need of be created alternatives of health prevention and promotion in the work environment, leading the work to become an active agent in this process.

Keywords: Life quality at work. Nursing. Worker's health.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	13
1.1 Contextualização do objeto de estudo	17
1.2 Justificativa da pesquisa	20
1.3 Relevância do estudo	24
CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1 A saúde do trabalhador	26
2.2 O trabalho da enfermagem no contexto hospitalar	36
2.3 A qualidade de vida no trabalho da enfermagem	41
2.4 A QVT e os fatores intervenientes no contexto laboral	49
2.5 A promoção da saúde no trabalho	54
2.6 A gestão do conhecimento como estratégia para alcançar a QVT de enfermagem: aprendizagem para a construção da inteligência coletiva	60
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	68
3.1 Tipo de estudo	68
3.2 Cenário de estudo	69
3.3 Sujeitos do estudo	72
3.4 Instrumentos e técnica de coleta de dados	73
3.5 Procedimentos de análise dos dados	80
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	82
3.7 Fatores limitantes do estudo	83
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	84
4.1 Percepção dos Enfermeiros Acerca da QVT	87
4.1.1 Motivação para a satisfação no trabalho	89
4.1.2 As condições materiais e a segurança no trabalho	92
4.1.3 Autonomia e relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho	95
4.1.4 A saúde psíquica no ambiente de trabalho da enfermagem	99
4.2. Os fatores intervenientes na QVT	102
4.2.1 A organização e o processo de trabalho de enfermagem como fatores intervenientes na QVT	103

4.2.2 As condições precárias de trabalho de enfermagem como fatores intervenientes na QVT	108
4.2.3 As cargas psíquicas do trabalho de enfermagem como fatores intervenientes na QVT	115
4.3 Estratégias propostas pelos enfermeiros para a promoção da saúde do trabalhador e a QVT no contexto estudado	119
4.3.1 A promoção da saúde do trabalhador e segurança no trabalho de enfermagem como estratégias diretivas para QVT do trabalhador	120
4.3.2 A comunicação adequada no contexto laboral como estratégia para a QVT	123
4.3.3 A capacitação e a humanização no trabalho de enfermagem como estratégias para QVT	125
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
BIBLIOGRAFIA	134
APÊNDICES	
A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	146
B - Formulário para Levantamento do Perfil dos Sujeitos	147
C - Solicitação de Autorização de Cenário para Pesquisa	148
D - Convite para Participação na Pesquisa	149
E - Grupo Focal/ Guia de Perguntas Norteadoras	150
F - Guia de Perguntas Norteadoras	153
ANEXOS	
A - Carta do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery	154
B - Dinâmica de Trabalho	155

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estudo apresenta como objeto **a percepção dos enfermeiros sobre qualidade de vida no trabalho (QVT) no contexto de um Hospital-Escola do Município do Rio de Janeiro.**

Desde o Renascimento, o trabalho tem desempenhado um papel importante na vida das pessoas, que dele provêm seus sustentos e mantêm suas famílias. Entretanto, percebe-se que a experiência do trabalho tem sofrido profundas transformações, que repercutem sobremaneira na atualidade, haja vista que o homem está a todo instante em constante movimento no mundo e, à medida que segue em sua existência, modifica e gera novos significados, atribuindo outros sentidos ao seu cotidiano.

Foi dessa capacidade de pensar o mundo que surgiram as reflexões sobre a representação do trabalho, que, até a atualidade, não deixou de ser parte essencial da vida do homem e representa a razão de sua existência. Com efeito, as condições de vida e de trabalho tornaram-se determinantes poderosos de saúde, bem-estar físico, mental e social e de produtividade. A esse respeito, Haddad (2000) afirma que a qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida, pois vida sem trabalho não tem significado. Por essa linha de pensamento, pode-se perceber que os outros aspectos que fazem parte da vivência humana, como lazer, esporte, família, religião, dentre outros, a cada dia vêm dividindo de forma desigual o tempo cronológico da existência humana (MORESCO e STAMOU, 2004).

Culturalmente, o trabalho consagrou-se, em todo o mundo, como prioridade de vida, frente ao movimento capitalista e sua profunda reestruturação – e, ainda, pela forte exigência do cidadão. Entretanto, também tem sido reconhecido como algo penoso, ao se observar as interfaces existentes da relação diária do homem com seu ofício. Tal constatação pode ser observada no sofrimento humano, nos sentimentos de humilhação e desmotivação e em diversas outras conotações que derivam desse processo, interferindo significativamente na sua qualidade de vida.

Dessa forma, a organização política da sociedade contemporânea, globalizada e competitiva, que deveria privilegiar o trabalhador como principal membro do progresso econômico, não percebeu as necessidades desse indivíduo. Mas tal fato torna-se compreensível, considerando-se que o pensamento humanístico está desvinculado da consciência de empregadores, os quais, obstinados pelo lucro e pela produção, deixam de priorizar os programas de prevenção de doenças e promoção de saúde.

No que concerne ao trabalho de enfermagem, nota-se que tem sido alvo de estudos, desde o seu nascedouro. O trabalho dos enfermeiros, mais especificamente, é abordado sob vários enfoques, os quais abrangem a teoria, a prática, seus aspectos objetivos e subjetivos, materiais e imateriais, enfocando, dentre as várias vertentes, a qualidade de vida no trabalho (QVT), uma vez que não há como dissociar vida, trabalho e saúde.

A esse respeito, Farias (2004) indica que os aspectos objetivos são relativos ao ambiente de trabalho, enquanto os subjetivos ligam-se aos sentimentos exteriorizados pelo trabalhador por intermédio da sua percepção sobre qualidade de vida no trabalho. Contudo, o que se percebe é que a QVT tomou proporções significativas no mundo organizacional e deu origem a práticas

e conceitos que vêm evoluindo a cada dia. Tal advento é notoriamente percebido na área da saúde, em que se busca compreender, através da experiência e vivência do trabalhador, no cotidiano da sua prática laboral, fatores intervenientes na sua qualidade de vida.

Segundo Farias (2004), o profissional de enfermagem sofre influência de diversos fatores que condicionam o processo saúde-doença, estabelecendo uma situação que precisa ser mais bem esclarecida no sentido de conhecer a sua condição de trabalhador e ser humano.

Em estudo que buscou caracterizar os trabalhadores de enfermagem e identificar, pela percepção deles, os indicadores de qualidade de vida no trabalho, Farias e Zeitoune (2007) observam que o processo de trabalho e a organização da unidade podem ser um obstáculo para o alcance da qualidade de vida no ambiente laboral.

Fernandes *et al.* (2003, p. 40) descrevem, no que se refere à QVT, que

o conceito engloba, além de atos legislativos que protegem o trabalhador, o atendimento às necessidades e aspirações humanas, calcado na idéia de humanização do trabalho e na responsabilidade social da empresa.

Nesse sentido, cumpre destacar que a qualidade de vida no trabalho reflete diretamente na vida social e no relacionamento familiar do trabalhador, que podem ser severamente afetados. Segundo Limongi-França (2004), o propósito de um programa de Qualidade de Vida no ambiente laboral ou a promoção de saúde nas organizações é encorajar e apoiar hábitos e estilos de vida que promovam saúde e bem-estar entre todos os funcionários e famílias durante toda a sua vida profissional. Para ele, tal programa existe para gerar estratégias com o intuito de promover um ambiente que estimule e dê suporte ao indivíduo e à

empresa, conscientizando-o sobre como sua saúde está diretamente relacionada à sua qualidade de vida no trabalho.

Especificamente no que tange aos trabalhadores das instituições hospitalares, Rossi, Antunes e Carraro (2009) ressaltam que, embora existam iniciativas importantes de investimentos na gestão do trabalho na saúde e na melhoria da qualidade dos processos de trabalho, sinais e sintomas do adoecimento têm sido frequentemente observados e verbalizados por esses profissionais. Embora estejam em diversos casos a serviço de políticas comprometidas com a qualidade, essas instituições ainda não contemplam de maneira plena a gestão da qualidade de vida no trabalho. Assim, as ações voltadas para a promoção da saúde dos trabalhadores não são evidenciadas como fundamentais nesse processo.

Desse modo, integrar promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho ainda representa um desafio político e institucional, pela ausência de valores, estratégias, metas e agenda. Como consequência, há um engessamento dos setores de segurança e saúde ocupacional de grande parte das empresas nacionais e internacionalizadas, que, por conseguinte, tem seus processos de mudanças organizacionais adiados (ROSSI, ANTUNES e CARRARO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota a promoção para a saúde como um conceito unificador para aqueles que reconhecem a necessidade de mudança nas maneiras e condições de vida. Nesse sentido, tal conceito engloba todos os fatores que influenciam a saúde. Admite-se que a promoção da saúde é uma atividade intersetorial, em que não só os serviços médicos têm a responsabilidade de assegurar a saúde, mas também as indústrias, os sindicatos e os profissionais (MARZIALE; MENDES, 1997).

Portanto, considerando que a avaliação das ações de QVT representa uma ferramenta importante, uma vez que os resultados obtidos são fundamentais para a consolidação e sustentação dos programas desenvolvidos (ARELLANO, 2008), abordar-se-á, neste estudo, a QVT, com base nos fatores objetivos e subjetivos do trabalhador, destacando a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a sua qualidade de vida no trabalho do contexto hospitalar.

1.1 Contextualização do objeto de estudo

Muitos são os aspectos que devem ser considerados ao se estabelecer uma relação entre o conhecimento sobre qualidade de vida no trabalho da enfermagem e seus fatores intervenientes. Verificou-se a essência de uma temática que, apesar de já ter sido discutida dentro do enfoque multidisciplinar, não abarca as questões particulares da enfermagem, expressas no cotidiano desse trabalho.

De acordo com o dicionário Houaiss (HOUAISS e VILLAR, 2004), a contextualização é o processo de construção da inter-relação de circunstâncias que acompanham um fato ou uma situação, ou seja, em um determinado contexto, todos os aspectos, bem como as articulações, por eles estabelecidos, devem ser considerados. É importante ressaltar ainda que conhecer o objeto de estudo é necessário para que haja a produção de uma contextualização adequada e a compreensão da inquietude que levou a essa investigação.

Desde a graduação na Escola de Enfermagem Anna Nery, a autora do presente estudo observou a intrínseca relação entre trabalho e qualidade de vida. No entanto, foi na condição de supervisora geral de enfermagem, quando desenvolveu diversas atividades laborais, é que pôde vivenciar e compartilhar

com os trabalhadores de enfermagem situações que comprometiam sobremaneira a qualidade de vida no ambiente laboral, tais como: jornadas longas de trabalho, exaustivas atividades, quantitativo desproporcional de recursos humanos e materiais para desenvolvimento de uma adequada assistência e a precariedade do serviço de saúde. Tais situações, por vezes, repercutiam na forma como esse trabalhador interagia com o contexto do trabalho; logo, desvelavam-se as faces de um cenário, onde as exigências de um sistema puramente capitalista, motivado por uma desenfreada busca pelo lucro, acarretavam sérios prejuízos para a saúde do trabalhador de enfermagem.

A assistência e o gerenciamento do serviço de enfermagem também motivaram a construção de competências e habilidades para desenvolver estratégias de enfrentamento dos diversos problemas que surgiam durante as longas doze horas diárias de trabalho.

Entretanto, ao projetar essa realidade para os prováveis 35 anos de profissão que o trabalhador de enfermagem necessita para o alcance da aposentadoria, pôde tomar consciência da dimensão do problema e passou a questionar como o trabalho poderia se tornar um fardo na vida desse trabalhador, interferindo no seu processo saúde-doença.

Diante deste contexto, reflexões sobre a importância do trabalho na vida pessoal levam à compreensão de que um bom ambiente de trabalho repercute, de forma direta, para o melhor desempenho das funções laborais e vida dos trabalhadores.

Vale ressaltar uma pesquisa anterior, também realizada pela autora da presente dissertação, nesse mesmo cenário estudado. Nela, foram identificados 511 episódios de afastamento do trabalho, no período de 2003 a 2008,

envolvendo 65 profissionais, principalmente mulheres, na categoria de técnicas de enfermagem, com idades variando de 31 a 50 anos. Suas licenças-saúde ocorreram, principalmente, por problemas no sistema osteomuscular em todas as categorias. Em seguida, vieram as doenças mentais e comportamentais. Os subsídios gerados por esse estudo anterior contribuíram significativamente para o delineamento desta pesquisa, pois foi possível constatar, além dos resultados supracitados, que os aspectos intrínsecos no processo de trabalho da enfermagem são um importante problema de estudo dissertativo (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

O aprofundamento nas leituras sobre a QVT de enfermagem, as perspectivas, como pesquisadora da temática, levaram a autora a empreender esforços para desenvolver este estudo. No entanto, ao ingressar como aluna da Pós-Graduação do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde do Trabalhador (NUPENST) em 2009, surgiram oportunidades de abordar, por meio da dissertação, o problema que, ao longo deste texto, está sendo exposto.

Neste sentido, buscaram-se respostas para algumas **questões norteadoras** que serviram de base para o desenvolvimento deste estudo e a compreensão de alguns significados intrínsecos ao problema:

- Qual a percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da QVT?
- Quais são os fatores que interferem no desenvolvimento da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar?

Com base no objeto de estudo e com o intuito de alcançar tais propósitos, formularam-se os seguintes **objetivos**:

- descrever a percepção dos enfermeiros acerca da QVT no contexto de um hospital-escola, situado no Município do Rio de Janeiro;
- analisar os fatores intervenientes na QVT na percepção dos enfermeiros;
- avaliar e discutir as estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam a promoção da saúde do trabalhador no contexto hospitalar, estudado com ênfase na QVT.

1.2 Justificativa da pesquisa

A QVT vem sendo estudada com o intuito de agilizar e facilitar a vida do trabalhador, além de tornar o trabalho mais prazeroso, trazer bem-estar e amenizar o sofrimento no trabalho, o que se liga diretamente à satisfação dos clientes. Segundo estudos de Moretti (2008), o profissional satisfeito veste a camisa da empresa, ou seja, a satisfação no trabalho reflete, por exemplo, na produção de um produto melhor ou maior qualidade nos serviços prestados.

Sendo assim, a pesquisa se justifica pela importância da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e, por conseguinte, na melhoria de atendimento nos serviços de saúde.

Portanto, estudar a qualidade de vida no trabalho é primordial, principalmente nos dias de hoje, em que as sociedades passam por rápidas mudanças, frente ao processo de globalização, típico do capitalismo em sua fase neoliberal. Ademais, os estudos já realizados sobre a QVT não esgotam o seu campo de abordagem, uma vez que o trabalho está intrínseca e extrinsecamente ligado à vida das pessoas. Vale ressaltar que a preocupação com as inter-relações do trabalhador e o seu ambiente laboral não são recentes.

Constatam-se importantes melhorias na parte estrutural das instituições de saúde, no investimento em programas de capacitação profissional permanente, na implantação de sistemas de avaliação de desempenho e remuneração por desempenho. Entretanto, Ramos (2009) esclarece que ainda persiste, com frequência, condições de trabalho inadequadas à saúde desses profissionais, levando-os ao adoecimento físico e mental.

Assim, mesmo que existam inúmeros investimentos em tecnologia e uma consciência em levar à clientela produtos e serviços de qualidade, tal intento torna-se inviável quando se tem como realidade um trabalhador que não possui um bom nível de QVT, pois, de fato, a humanização do atendimento ainda é o diferencial de toda assistência desenvolvida nos sistemas de saúde.

Portanto, é importante que o empregador identifique como prioridade as condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores, considerando que tal desatenção pode levá-los ao adoecimento e, por conseguinte, a inúmeros prejuízos à instituição, que, por sua vez, interferem diretamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, um dos focos centrais das gestões financeiras institucionais (RAMOS, 2009).

Em contrapartida, evidencia-se que o próprio trabalhador de enfermagem tem se desvinculado da intenção do cuidado com sua saúde. Em verdade, ao deixar de dar a atenção necessária para manter a qualidade de vida, atira-se ao trabalho de forma descuidada e exagerada, predispõe-se a inúmeros riscos e eleva o desgaste físico e mental, o que o incapacita a proporcionar uma assistência de elevado padrão.

A construção da fundamentação teórica da pesquisa foi realizada, previamente, por intermédio das Bibliotecas Virtuais em Saúde, que possibilitaram

a identificação de 38 artigos e resumos abordando a temática qualidade de vida no trabalho. As evidências obtidas reforçam a pertinência do estudo, além de indicar um significativo percentual de publicações nessa área. Fica claro que existem lacunas no que tange ao conhecimento, quando se trata dos profissionais de enfermagem.

Com os resultados obtidos nas bases virtuais – resultados que se configuraram no sustentáculo desta pesquisa –, também foi possível perceber um aspecto importante, os profissionais de enfermagem mostram-se pouco envolvidos em estudos dessa natureza. Apenas 26% dos autores dos artigos encontrados são enfermeiros, o que justificou e fortaleceu a pertinência da realização desta pesquisa para a enfermagem.

Nogueira (2005, p. 60), em artigo intitulado *O Trabalho em Serviços de Saúde*, afirma que

[...] a idéia de processo de trabalho em saúde é algo extremamente abstrato, porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar atos em saúde. Neste sentido, os serviços geram um enredo de alienação que muito tem a ver com as situações clássicas abordadas por Marx no século passado [...].

Conforme salienta Pochmann (2009, p. 1), “o recente fato do desenvolvimento da crise mundial iniciada em 2008, cujo apogeu foi o ano de 2009”, constituiu-se em fator motivador para a realização do estudo, pois além de indicar fragilidades na política nacional de saúde do trabalhador, também fortaleceu a necessidade de se investigar a QVT, considerando o seu contínuo aprofundamento.

Para tal intento, torna-se imprescindível que a análise do tema seja realizada a partir da percepção do profissional de enfermagem. As transformações oriundas do processo de globalização têm causado o

direcionamento do pensamento dos empregadores para a importância da produção e do lucro, deixando os trabalhadores inseguros quanto às condições laborais e à questão do desemprego, o que também pode levá-lo ao adoecimento (POCHMANN, 2009).

O trabalho é uma das esferas mais importantes na vida do indivíduo, sendo grande parte dela passada nesse ambiente. Para a maioria dos indivíduos, o esta atividade não representa uma opção, mas sim uma necessidade, já que garante a subsistência em um mercado cada vez mais competitivo. Por esses motivos, ressalta-se o interesse em desenvolver estudos no contexto laboral. Nascimento (2003) salienta que é preciso compreender as interfaces existentes nesse cenário para, assim, contribuir com o desenvolvimento da ciência e instrumentalizar os profissionais que prestam assistência ao trabalhador.

Nota-se, ademais, que doenças laborais, como *Burnout*, passaram a ser consideráveis protagonistas nesse ambiente, na medida em que explicitam grande parte das consequências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador, que se torna agente passivo de inúmeros riscos – o que, obviamente, traz reflexos para a instituição (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Considerando-se que, atualmente, as organizações de saúde têm revelado maior atenção quanto à significação e à repercussão do trabalho sobre a vida do trabalhador, este estudo também se justifica pela necessidade do conhecimento dos efeitos dessa relação. Estudos como os de Benevides-Pereira (2002), que investigam a síndrome de *Burnout*, têm demonstrado que o desequilíbrio na saúde do profissional traz consequências na qualidade dos serviços prestados e no nível de produção, em que os lucros são afetados à medida que os custos se incrementam em absenteísmo e até presenteísmo.

1.3 Relevância do estudo

Nesta dissertação, buscou-se relacionar aspectos da qualidade de vida no ambiente laboral de quem trabalha cuidando da vida (com qualidade) de outras pessoas. Cuidar de quem cuida, nesta perspectiva, pode ser uma forma criativa de trilhar novos caminhos para estimular ações, programas e propostas que visem à saúde do trabalhador de enfermagem. Dessa forma, valoriza-se esse profissional, promovendo sua satisfação no trabalho, o que elevará seus indicadores de saúde e o desenvolvimento de sua produtividade.

Pode-se, ainda, neste caminho investigativo, implementar propostas para promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem e prevenção de eventuais problemas em sua atuação. Para tal, deve-se identificar os fatores intervenientes na QVT, bem como as repercussões negativas de sua ausência – que tem levado o trabalhador de enfermagem ao adoecimento.

Sobre os eventuais problemas, Fogaça *et al.* (2008) e Morrison *et al.* (2003) apontam que o *Burnout* tem ocasionado alterações psicológicas, gerando estresse profissional, alterações de cortisol e amilase salivar, em virtude de excessivos ruídos e dificuldades de relacionamento em equipe, com pacientes e familiares.

Nessas circunstâncias, este estudo oferece subsídios para a compreensão da realidade assistencial, em que se identifica e prioriza a satisfação do cliente. Oferece ainda elementos para que os trabalhadores de enfermagem aprendam e reflitam sobre a própria qualidade de vida no trabalho. Para o ensino, intenciona subsidiar outros estudos sobre a temática e valorizar a importância de

temas e pesquisas que abordem essa questão, incluindo assuntos relativos à QVT nos currículos de graduação e pós-graduação.

Acredita-se, também, que este estudo é de grande relevância para o ensino e a pesquisa, à medida que o conhecimento produzido sirva para discussão nas academias entre docentes e discentes, tendo em vista a ênfase na necessidade de se estar atenta às mudanças influenciadas pelo universo do trabalho da enfermagem e as particulares características dessa atividade.

A presente pesquisa contribuirá para incrementar a discussão e análise da temática entre os pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde do Trabalhador (NUPENST) da EEAN / UFRJ, bem como favorecerá outros estudos que abordem a temática no contexto laboral.

Dessa forma, indissociável dos aspectos apresentados que atestam a relevância do presente estudo, há aqueles intrinsecamente relacionados ao cenário explorado. Como instituição que oferece oportunidade de ensino-aprendizagem no âmbito da graduação e pós-graduação, torna-se relevante proporcionar subsídios para a formação de competências necessárias para o exercício da profissão de enfermagem com vista à QVT.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, buscar-se-á explanar os principais conceitos envolvidos pertinentes ao universo do objeto estudado, ou seja, a percepção do enfermeiro acerca da qualidade de vida no trabalho no contexto de um Hospital-Escola do Município do Rio de Janeiro, para uma maior familiarização do leitor com o que há na literatura sobre a temática.

2.1 A Saúde do trabalhador

Para entender a relação mútua existente no processo saúde-trabalho, é importante retornar à história, que passa a ter um papel relevante neste estudo, pois seu desconhecimento dificultaria a compreensão dos fenômenos existentes na saúde do trabalhador no contexto atual. Sendo assim, será abordada, de forma breve e superficial, a evolução do trabalho até a contemporaneidade. Nos tópicos seguintes, será enfatizada a discussão do binômio enfermagem – trabalho.

Desde o Renascimento, o homem tem seus valores adequados ao espírito do capitalismo, o que contribuía para a formação de um pensamento burguês. Este último engendrava um sistema econômico voltado para a produção e a troca, logo substituído por uma nova ordem, que anunciava outras mudanças, no alvorecer da Idade Moderna e da Revolução Industrial.

Para Marx e Engels, o trabalho promove importantes mudanças globais e, por meio dele, o homem coloca a natureza a seu serviço. Ao mesmo tempo, para melhor desincumbir-se de sua tarefa de produção da vida material, o homem desenvolveu instrumentos de trabalho que, cada vez mais, foram funcionando

como extensões e como aumento das capacidades do corpo humano (RODRIGUES, 2007).

Contudo, o homem substituiu o uso das próprias mãos para as atividades de sobrevivência e passou a construir ferramentas que favorecessem melhores resultados. Com isso, inventou a machadinha de pedra, depois de metal cortante, etc. Domesticou animais para fazer o trabalho mais pesado, desenvolveu técnicas de cultivo, como, por exemplo, irrigação ou escolha de terrenos para potencializar os resultados de seus esforços, mas, com o tempo, ampliou sua capacidade de raciocinar, obtendo melhores resultados pelo trabalho que realizava (RODRIGUES, 2007).

Ao longo da história, o ser humano foi produzindo aquilo que Marx e Engels conceituavam como forças produtivas. Seu desenvolvimento foi responsável pelo incremento da produtividade e pelo domínio do homem sobre a natureza, bem como pelo conforto e riqueza material que as sociedades acumularam nesse percurso. Logo, o trabalho, que era o intermediário da relação do homem com a natureza, passa a ser também o da relação dos homens uns com os outros. Esse advento estabeleceu o modo como as sociedades deveriam se estruturar (RODRIGUES, 2007).

Para aumentar a produtividade social e desenvolver as forças produtivas, o ser humano também organizou a produção e distribuiu tarefas e benefícios entre os membros da sociedade. Esse foi considerado o ponto de partida do processo de divisão do trabalho: a organização da produção ficou baseada na capacidade humana de racionalizar tarefas.

Conforme a lógica capitalista de Marx, o trabalho é subordinado aos ditames da acumulação, e o trabalhador configura-se como mercadoria ou força

de trabalho nesse processo. Entretanto, há de se considerar que, apesar das conotações que prevalecem sobre a relação do homem com o trabalho, emergem outras situações do próprio processo laboral. Nele, o trabalhador é submetido a uma gama de cargas e riscos derivados dos materiais, ambientes, máquinas, instrumentos e de sua organização, o que impõe a coerção e o ritmo de produção, mediante métodos, relações hierárquicas e meios de punição.

No início do século XIX, o trabalho passou a ser “moeda de troca” entre força de trabalho vendida e o consumo; contudo, a mão de obra escrava passa a ser assalariada. Com a difusão desse novo sistema econômico e social, cada vez mais crescente e fascinante, gerou, progressivamente – e, ao longo do tempo –, um aumento de trabalhadores na sociedade. O consumo desmesurado, muitas vezes, motiva o homem a trabalhar incessantemente com o objetivo de consumir, sem limites. O sujeito “vive para trabalhar” e “trabalha para consumir”.

Os primeiros registros das consequências do trabalho na saúde dos trabalhadores são encontrados nos papiros egípcios. Ao longo da história da humanidade são encontrados diversos relatos sobre o processo de adoecimento do trabalhador causado pelo seu trabalho.

Entretanto, Nogueira (2005) afirma que as preocupações com a saúde do trabalhador começaram a surgir na época da Revolução Industrial Inglesa, no século XIX. De lá até hoje, o capitalismo, atrelado ao neoliberalismo, tem provocado mudanças profundas nas organizações e nas condições do trabalho. Nessa época, Virchow, um dos mais famosos e influentes médicos da história da medicina, afirma que o proletariado, em grau crescente, tornou-se vítima de doenças e epidemias: seus filhos ou morriam prematuramente ou se tornavam incapacitados. Na mesma época, surgem esforços na tentativa de regulamentar a

higiene das condições de trabalho. Mas tais preocupações ainda enfatizam um modelo muito concreto: o indivíduo adoeceria quando ficasse exposto a agentes físicos, químicos ou biológicos, inexistindo a abordagem de fatores externos ao trabalho nessa perspectiva.

A Revolução Industrial também trouxe consigo uma preocupação excessiva com a produção em larga escala, associada à eficiência no setor produtivo. De acordo com De Masi (2000), os artesãos, que antes eram autônomos, tornaram-se subempregados e dependentes, submetidos a uma conduta até então por eles desconhecida. Esta disciplina incluía longas jornadas, com um ritmo estressante de trabalho, sob a supervisão de chefes hostis, além da realização de tarefas monótonas e repetitivas, que tiravam seus poderes de raciocínio e criatividade.

Ademais, a Revolução Industrial promoveu um êxodo da população rural para as cidades, criando enormes concentrações urbanas, onde os trabalhadores passaram a viver em condições sub-humanas, além de serem obrigados a realizar jornadas de trabalho enormes, com salário irrisório. Com isto, sua qualidade de vida tornava-se cada vez mais precária.

Com a progressão do tempo, o trabalho, antes visto como punição, passou a ocupar “destaque e centralidade na vida de todos os homens como forma de direito a ser conquistado” (ORNELLAS e MONTEIRO, 2006, p. 554). O *lócus* do trabalho foi entendido como o local em que o trabalho se desenvolve, constituindo-se em um espaço de possibilidades, desafios, lutas, conquistas, conflitos, relações, de (re)invenção de modos de ser, modos de se relacionar com os outros e com o meio ambiente. Assim, o mundo do trabalho conforma-se como um espaço dinâmico, construído histórica e socialmente, estando em constante criação e recriação (ORNELLAS e MONTEIRO, 2006).

Para que não houvesse fracasso nas demandas de produção, inclusive no futuro; indenizações por comprometimentos provocados pelas condições adversas e pelo trabalho extenuante na época, as indústrias introduziram os serviços médicos. Estes últimos seguiam o modelo assistencial da medicina do trabalho, que ora eram patrocinados pelos patrões, ora eram financiados pelas próprias companhias de seguro (HAAG, LOPES e SCHUCK, 2001).

Dessa forma, um descontentamento passou a existir, tanto por parte dos empregados quanto pelos empregadores, impulsionados pela globalização desenfreada. Nesse cenário, evidenciar a forma como a equipe de enfermagem se insere no quadro das novas relações sociais e de produção, em especial as que atuam nos hospitais, tornou-se imprescindível.

No Brasil, a saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores. Tais medidas compreendem procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, subsidiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Na concepção do Ministério da Saúde (MS), trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia. Ainda, segundo o MS, entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas

condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos – e aqueles determinantes da organização laboral, presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde – trabalho em toda sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do SUS, prescrita no artigo 200 – da Constituição Federal de 1988 – e regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (LOS). O artigo 6º da LOS confere à direção nacional do SUS a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador. Segundo o parágrafo 2º do artigo 6º da referida lei, a saúde do trabalhador é definida como:

conjunto de atividades que se destina, por meio de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos de agravos advindos das condições de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Esse conjunto de atividades está detalhado nos incisos de I a VIII do referido parágrafo, abrangendo:

- a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle das condições de produção, extração, armazenamento e transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde do trabalhador;

- a informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos de ética profissional;
- a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- a revisão periódica da listagem oficial das doenças originadas no processo de trabalho;
- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição e máquina, do setor, do serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do trabalhador.

Além da Constituição Federal e da LOS, outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento de ações nesse campo, no âmbito do setor de saúde. Entre eles, destacam-se a Portaria/MS nº 3.120/1998 e a Portaria/MS nº 3.908/1998, que tratam, respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do trabalhador e da prestação de serviços nessa área. A operacionalização das atividades deve ocorrer nos planos nacional, estadual e municipal, aos quais são atribuídos diferentes responsabilidades e papéis.

Nota-se, pelas datas apresentadas, que essas normatizações relacionadas ao papel das instituições governamentais na proteção e promoção da saúde do trabalhador são recentes. No entanto, a legislação trabalhista é bem anterior e assegura o direito à saúde do trabalhador na Consolidação das Leis do Trabalho

(CLT), de 1º de maio de 1943, e mediante a Portaria nº 3.214, do Ministério do Trabalho do Brasil, de 8 de junho de 1978 (MORAES, 2008).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, publicada em 29 de dezembro de 2004, atribui ao Ministério do Trabalho, Fundacentro e Ministério da Saúde – este último como gestor Nacional do SUS e Ministério da Previdência Social – responsabilidades institucionais relacionadas à promoção e manutenção da segurança e saúde do trabalhador. Esta tentativa de definir papéis e de estabelecer a necessidade de cooperação mútua entre os diversos setores responsáveis é um passo importante para a cooperação e integração necessária, conforme sustenta o Ministério do Trabalho (BRASIL, 2010).

Em 6 de julho de 2005, o MS publicou a Portaria nº 1.125, que define os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Em seu artigo 2º, estão apresentadas as diretrizes das ações para tal política, a serem desenvolvidas pelo SUS; entretanto, percebe-se falta de definição clara das ações e mecanismos para alcançar a promoção e a manutenção da saúde do trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Inversamente ao que se deveria esperar, não é observada a integração dos agentes responsáveis e sim, uma disputa por poder e financiamento, que as ações de promoção de segurança e saúde do trabalhador produzam. Neste ponto, fica evidente a importância da sociedade como reguladora das ações em saúde e segurança do trabalhador. Esse papel já foi, em parte, das instituições sindicais, que encontra-se enfraquecida pelas intensas modificações no mercado de trabalho brasileiro (POCHANN, 2002).

Segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2009), aproximadamente 45% da população mundial e 58% da população acima de 10

anos de idade fazem parte da força de trabalho. Esse grupo sustenta a base econômica e material das sociedades, que são dependentes da sua capacidade de trabalho. Dessa forma, a saúde do trabalhador e a saúde ocupacional são pré-requisitos cruciais para a produtividade e para o desenvolvimento socioeconômico.

De acordo com a World Health Organization (WHO, 1998), os maiores desafios para a saúde do trabalhador são os problemas ocupacionais ligados a novas tecnologias de informação e automação; novas substâncias químicas e energias físicas; riscos associados à biotecnologia; transferência de tecnologias perigosas; envelhecimento da população trabalhadora; grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos) – incluindo migrantes e desempregados –; a crescentes mobilidades dos trabalhadores; ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens.

A saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais, comunitários e dos países. A vigilância em saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir tais condições, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo.

A esse respeito, Alves (2003) descreve que a vigilância em saúde do trabalhador tem se firmado como uma área de atuação da saúde pública. Nesse sentido, é necessário atentar para todas as mudanças em curso nos processos de saúde/doença que constantemente se reconfiguram, a despeito das novas tendências de mercado. A atuação da saúde pública também deve ser observada, pois precisa dar respostas efetivas aos problemas ocorridos com os

trabalhadores, pois estes são de ordem bastante complexa e de difícil resolução, se enfrentados unicamente com ações curativas.

Por conseguinte, as intervenções – e, em particular, a vigilância – em saúde do trabalhador se pautam na concepção de que a saúde ocupacional não significa apenas a ausência de doenças e acidentes de trabalho. Elas abarcam, principalmente, a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, no sentido de buscar não apenas a eliminação e/ou redução de riscos potenciais, mas também a inserção do indivíduo no processo produtivo como sinônimo de saúde e de vida (ALVES, 2003).

Nessa perspectiva, inúmeros esforços vêm sendo feitos em torno da ideia do trabalho decente, como é caso da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Com o objetivo de enfrentar tal problema, que afeta sobremaneira a consolidação do Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento adequado de suas diversas propostas, foi criado, em 2003, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Nesse comitê, gestores e lideranças trabalhistas analisam e debatem alternativas para combater a precariedade do trabalho no SUS. Uma delas é o estabelecimento de vínculos que assegurem direitos e estabilidade aos trabalhadores, bem como a organização dos serviços de saúde oferecidos à população brasileira. Essas medidas consideram que o vínculo precário tem reflexos diretos na qualidade dos serviços de saúde oferecidos e na efetividade do trabalho dos profissionais de todas as áreas de conhecimento envolvidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), nos últimos anos, a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde e tem sido utilizada, sobretudo, para indicar a ausência dos direitos sociais

de trabalhadores do SUS. Contudo, em se tratando de uma área considerada essencial, como é o caso da saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade dos trabalhadores lotados nos serviços, o que prejudica a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população em geral.

Frente a essa realidade, o Ministério da Saúde (2006), em articulação com as políticas governamentais, adotou no país estratégias de implementação de uma política de valorização do trabalhador, o que representa um importante salto para promover a desprecarização do trabalho e a consolidação do SUS. Essas medidas são cruciais para o efetivo desenvolvimento das políticas de saúde. Os recursos humanos são o alicerce, o agente de transformação – e não meros sujeitos cumpridores de tarefas ou objetos de políticas desumanizadas.

Sendo a desprecarização do trabalho no SUS um importante tema – que tem sido tratado no bojo das políticas públicas de saúde –, é preciso analisar alternativas de ação e buscar saídas compatíveis e viáveis para a resolução desse significativo problema, pois, dessa forma, garantir-se-á o respeito e a dignidade dos trabalhadores que atuam na área da Saúde (NAVARRO e PADILHA, 2007).

2.2 O trabalho da enfermagem no contexto hospitalar

No Brasil, a profissionalização da enfermagem surgiu mediante a sistematização do ensino da prática do cuidar em enfermagem, antes exercida por pessoas sem o devido preparo técnico.

Desempenhado por uma equipe de trabalhadores majoritariamente do sexo feminino, com qualificações e formações diversas (enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem), o trabalho de enfermagem tem como objetivo assistir o ser humano, sadio ou doente, sua família ou comunidade, por meio de atividades que promovam ou recuperem sua saúde. Contudo, esse trabalho é desempenhado de forma hierarquizada, em função do capital científico e institucionalizado de cada categoria, ou seja, sua qualificação. Desse modo, seus profissionais estabelecem relações com a estrutura institucional, com os outros trabalhadores e com os usuários dos serviços (PIRES, CHELBCK e MATOS, 2004).

O trabalho da enfermagem tem-se constituído em objeto de questionamentos e reflexões por parte dos profissionais e estudiosos da área. Ainda que suas ações estejam relacionadas com a prática de saúde, os limites de atuação profissional nessa área nem sempre são claros e, muitas vezes, suscitam dúvidas em seus profissionais acerca tanto do que lhe compete como do que é atribuição de terceiros. Assim, surgem dilemas éticos no exercício da profissão sobre o que é competência privativa do enfermeiro, do auxiliar e técnico de enfermagem, bem como há conflitos inerentes às atribuições específicas ou privativas e compartilhadas dos enfermeiros e de outros profissionais da saúde (JESUS *et al.*, 2010)

Scorsin, Santos e Nakamura (2006) descrevem a enfermagem como uma profissão que exige bastante dedicação, pois envolve atividades estressantes em ambientes onde, frequentemente, as pessoas estão enfermas ou debilitadas.

Donangelo (1975) ressalta que a enfermagem foi concebida como parte integrante das práticas médica e social porque está articulada com o conjunto das

práticas que compõem a estrutura das sociedades e, portanto, determinada econômica, política e ideologicamente.

Desde então, o trabalhador de enfermagem tem sido considerado o ator principal no processo produtivo, sofrendo considerável desgaste, o que tem comprometido a forma como tem exercido suas atividades e, conseqüentemente, os resultados que englobam a rentabilidade e a qualidade para as empresas. Todavia, mesmo diante de tal condição, o enfermeiro tem se definido como ser e trabalhador, no fazer constante e diário, no exercício de suas atribuições, nas suas escolhas frente a si e ao outro.

A enfermagem também se destaca pelo trabalho desenvolvido em inúmeros contextos laborais, como: no âmbito da saúde hospitalar, onde realizam atividades tanto assistenciais quanto administrativo-burocráticas; na saúde pública, em atividades de nível primário e secundário de atenção à saúde; em empresas, indústrias, comércio (em atividades voltadas à assistência aos trabalhadores desses locais); e em instituições de ensino (em atividade de nível médio, graduação e pós-graduação), entre outros espaços do cuidado.

No entanto, ao se avaliar o impacto da função da enfermagem no cenário de trabalho, evidencia-se uma forma de trabalhar que poderia levá-los ao adoecimento – e isso interferiria na produção. Deve-se ressaltar que o hospital evidencia-se como o maior campo de atuação da enfermagem.

Haag, Lopes e Schuck (2001, p. 112) caracterizam o hospital como

um tipo de trabalho com forte carga emocional, em que vida e morte se misturam para compor um cenário desgastante e, não raro, frustrante. Os trabalhadores da saúde, especialmente os de enfermagem, por estarem mais próximos, acabam sendo alvo de condutas de desespero de pacientes e familiares.

Bulhões (1998, p. 11) corrobora que o contexto hospitalar é aquele onde se evidencia o maior contingente profissional da enfermagem e menciona, em seu estudo, que “98,3% do pessoal de enfermagem trabalha em estabelecimentos de saúde” e, destes, “70,4% trabalham em hospitais”.

É nesse ambiente que se identifica um elevado índice de estressores no trabalho da enfermagem. Cada profissional traz consigo influências culturais, familiares, convívios diferentes que precisam ser considerados e devem ser analisados para melhor compreender o comportamento humano no trabalho, mas o sistema laboral e suas exigências iminentes não respeitam tais especificidades humanas (SCORSIN, SANTOS e NAKAMURA, 2006).

Na enfermagem, as categorias profissionais podem definir condições de trabalho diferentes em relação às cargas físicas e psíquicas, entre outros aspectos. Além das condições objetivas do trabalho, as percepções sobre essas condições podem diferir entre os trabalhadores e influenciar os desfechos na saúde (BOURBONNAIS, COMEAU e VÉZINA, 1999).

No Brasil, Silva *et al.* (1998) descrevem alguns aspectos da organização e divisão do trabalho de enfermagem em hospital universitário que podem sugerir que enfermeiros tenham diferentes condições de trabalho, se comparados a outros profissionais da área. Esses aspectos são descritos de maneira semelhante por Giovanini (2002), que constata que o trabalho de enfermagem reflete a complementaridade da prática médica, e o enfermeiro controla as atividades de seus profissionais por meio das atividades de supervisão.

Considerando ainda a organização temporal do trabalho de enfermagem e o cenário hospitalar, percebe-se que seus profissionais são expostos a diversos estressores ocupacionais, caracteristicamente ligados ao processo organizacional

do trabalho. Por oportuno, vale mencionar que grande variedade de perturbações de natureza física e psicossocial está relacionada a esses estressores, que também interferem negativamente nas atividades dos trabalhadores de enfermagem (BULHÕES, 1998; SILVA *et al.*, 1998). Sobre as especificidades do trabalho de enfermagem, destaca-se que ocorre em turnos distintos de outras profissões usuais da sociedade. Ressalte-se que o trabalho organizado em turnos, de acordo com Fischer (2003), constitui-se em um importante fator de risco para a saúde do trabalhador de enfermagem porque desestabiliza seu padrão de sono e desencadeia problemas alimentares, além de prejudicar seu desempenho e sua vida social.

Quanto aos processos de trabalho, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) ressaltam que as pressões decorrentes das organizações são potencialmente desestabilizadoras para a saúde mental dos trabalhadores. Os autores explicam que a divisão do trabalho associa a ideia de repartição de responsabilidades, hierarquia e controle. Ainda ressaltam que o sofrimento no trabalho se desdobra além do espaço laboral, pois não se aplica apenas aos processos construídos no interior da fábrica, da empresa ou da organização. Tal sentimento é acrescido de processos que se desenrolam fora da empresa, no espaço doméstico e na economia familiar do trabalhador.

Segundo Levering (1986, p.86), “um bom lugar para se trabalhar possibilita, entre coisas, que as pessoas tenham, além do trabalho, outros compromissos em suas vidas, com a família, os amigos e os *hobbies* pessoais”. O autor ainda afirma que não é justo que o local de trabalho seja a única referência na vida das pessoas.

Tal ideia ainda é confirmada por Mattos *et al.* (1999), ao destacarem que, além dos novos desafios para a saúde, trazidos pela globalização, e a nova forma de capitalismo, observa-se a precariedade das condições de trabalho e a terceirização no contexto brasileiro. Essa constatação torna imprescindível a análise do ambiente laboral para melhor elucidar a relação trabalho/globalização. Pode, ainda nessa linha de reflexão, considerar a relação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem.

2.3 A qualidade de vida no trabalho da enfermagem

O trabalho existe desde os primórdios da humanidade, assumindo “diversas dimensões no transcorrer da história” (ORNELLAS e MONTEIRO, 2006, p. 552); caracteriza-se como um processo dinâmico social e historicamente construído. Nesse dinamismo, inserem-se as relações desenvolvidas no processo de trabalho, sua forma de organização e sua divisão, incluindo a dimensão biopsicossocial do trabalhador. Logo, sua concretização pauta-se na relação ambiente de trabalho – homem.

Percebe-se que, desde a Antiguidade Clássica, por volta do século V a.C., o trabalho esteve dividido em duas vertentes: o intelectual e o braçal, sendo o primeiro desempenhado exclusivamente pela elite dominante e o último, pelos escravos. Desde essa época, os trabalhos desenvolviam-se em condições ambientais e sanitárias degradantes, sendo, muitas vezes, impostos como castigo, o que, com o tempo, resultaria no que é denominado atualmente como *trabalho não humanizado*.

As transformações ocorridas nas últimas décadas, no mundo do trabalho, têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo dos trabalhadores de forma

intensiva, sempre estimulados pela articulação do capitalismo e sua relação trabalho – saúde. Pode-se, sobretudo, considerar a Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra, nos séculos XVIII e XIX (ORNELLAS e MONTEIRO, 2006), como responsável pelos reflexos na organização do trabalho. Com efeito, seus resquícios até hoje influenciam as atividades laborais e a economia.

O trabalho baseado no capitalismo ainda se restringe ao lucro e à produtividade, o que contribui para que a relação do homem com o trabalho, em prol de sua sobrevivência, deixe de ser uma ação prazerosa e se constitua em um processo penoso, acarretando desgaste físico e psíquico ao trabalhador.

Apesar das interferências de órgãos como a OIT, a favor do melhoramento das condições e dos ambientes de trabalho, ainda se observa que as condições laborais continuam sendo “extremamente precárias, determinam um quadro desalentador, em que o número de casos de doenças e de mortes aumenta dia-a-dia” (FIGUEIREDO *et al.*, 2003, p. 285). A enfermagem é um exemplo de categoria profissional que sofre com as representações do trabalho no seu dia a dia e, por mais que exista uma participação do trabalhador dentro das empresas de saúde, não se pode garantir que o trabalho seja mais humanizante.

Com o fortalecimento mundial do modo capitalista de produção, verificado ao longo da história, desenvolveu-se o fenômeno denominado globalização, considerado como “um processo em desenvolvimento” que, apesar do declínio da economia, vem atrelando ao contínuo processo de desenvolvimento características que modificam a relação do homem com o trabalho e a própria condição do trabalho (ORNELLAS e MONTEIRO, 2006, p. 554). Isto é possível devido ao enorme avanço tecnológico, especialmente nas áreas da automação e

informática, possibilitando a comunicação global (PIRES, CHELBCK e MATOS, 2004) e a rapidez das informações.

Acerca da globalização, Ruiz (2007, p. 7) faz inferências às suas consequências, mencionando as “crises que se dão em escala planetária como a do desemprego ou a de precarização das relações de trabalho”. Essa autora traz, em seu discurso, um ponto crucial: o desemprego, perceptível na sociedade atual pelo alastramento da crise econômica em grandes proporções, ocasiona uma redução do emprego formal e um aumento crescente da informalidade laboral. Nesse processo globalizado, desenha-se o quadro da modernização tecnológica, da privatização e terceirização dos postos de trabalho, da concorrência e competitividade entre os trabalhadores e a precarização das condições de trabalho, salários, enfim, condições desfavoráveis às reais necessidades, sustento, bem-estar e saúde do ser humano.

Percebe-se que a busca da QVT tem sido cada vez mais presente nas organizações de saúde, pois cresce a preocupação e a busca da realização pessoal do trabalhador de enfermagem no trabalho, em que se visa à saúde, ao equilíbrio entre tempo dedicado ao trabalho e à família e à valorização das relações sociais.

Nesse sentido, a QVT tem sido estudada para agilizar, facilitar a vida do trabalhador, tornar o trabalho mais prazeroso, trazer bem-estar e amenizar o sofrimento no trabalho. Está ligada diretamente à satisfação dos clientes internos e externos. Segundo estudos, o profissional satisfeito *veste a camisa* da empresa, ou seja, a satisfação no trabalho reflete um melhor produto ou maior qualidade nos serviços prestados (SCORSIN, SANTOS e NAKAMURA, 2006).

Assim sendo, inúmeros conceitos têm sido empregados para qualidade de vida. Limongi-França (2001, p. 78) define-a como

conjunto das ações de uma empresa que envolve a implementação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha à empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa.

No entanto, o termo *qualidade de vida* só foi citado pela primeira vez em 1964, por Lyncon Johnson, que afirmou: "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas". Porém, somente muito depois é que a OMS desenvolveu um instrumento para avaliação de qualidade de vida através de um projeto colaborativo multicêntrico (WHO, 1998).

Atualmente, o que se percebe é que o termo *qualidade de vida* tem sido constantemente utilizado para descrever situações em que, sob diversas óticas e/ou intervenções, procura-se criar condições que agreguem, objetivamente, valor e qualidade à vida.

Na concepção de Walton *apud* CHIAVENATO (1999), a QVT é uma expressão utilizada para descrever certos valores ambientais e humanos negligenciados pelas sociedades industriais, em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. Ele destaca ainda a existência de oito categorias relacionadas à QVT: a compensação justa e adequada; ambiente seguro e saudável; desenvolvimento das capacidades humanas; oportunidade de crescimento e segurança; integração social; constitucionalismo; espaço total de vida; e relevância social do trabalho.

Constata-se, então, que desde a Idade Média até os dias atuais, muitos pesquisadores contribuíram para estudos sobre os determinantes que inter-relacionam o indivíduo ao trabalho como se fossem dois lados de uma mesma moeda. Com base nesses estudos, foram formuladas concepções evolutivas, dimensões/categorias conceituais, programas, fatores determinantes e testes relativos à QVT.

A QVT faz parte das mudanças pelas quais passam as relações de trabalho na sociedade moderna, que segue em rápida transformação. Mas a compreensão desse processo só se torna possível através de um recorte nos marcos sócio-históricos da organização do trabalho, especificamente na revolução industrial, tecnológica e monetária. Estes contextos possibilitam a identificação do surgimento da QVT e sua expressiva expansão no mundo do trabalho, bem como sua aderência na atual realidade social.

Dessa forma, é oportuno destacar que o conceito de QVT teve início no mundo ocidental por volta dos anos 50 do século XX, na Inglaterra, com o surgimento da abordagem sociotécnica, motivada por movimentos que resultaram em lutas de trabalhadores e estudantes contra alguns modelos de organização do trabalho que aconteceram, principalmente nos EUA. Tais experiências foram exploradas, naquele momento, por Eric Trist e colaboradores. O modelo estudado agrupou o trinômio indivíduo / trabalho / organização e essa experiência resultou na construção de novos conceitos e percepções sobre o fenômeno qualidade de vida no trabalho (RODRIGUES, 1999 *apud* FARIAS, 2004).

As bases empíricas sobre QVT, adquiridas por meio das experiências anteriormente relatadas, motivaram as primeiras investigações sobre o assunto. Alguns pensadores consideraram variáveis que se inter-relacionavam com a

questão do trabalho, como, por exemplo, a incidência de doenças infecciosas que atingiam grandes faixas da população mundial, em proporções endêmicas, entre outros fatores. Assim, a média de vida no início do século XX não ultrapassava os 50 anos. Na época, uma série de iniciativas e de acontecimentos marcou, na segunda metade do referido século, expressiva melhoria global das condições de vida.

Mais tarde, na década de 60, importantes iniciativas de cientistas sociais, líderes sindicais, empresários e governantes deram impulso à busca de melhores formas de organizar o trabalho, a fim de minimizar efeitos negativos do emprego que já se destacavam na saúde e bem-estar dos trabalhadores em geral (FERNANDES, 1996).

Apesar das diversas explicações anteriores sobre QVT, a expressão só foi introduzida, publicamente, no início da década de 70, quando Cardoso (1999) a mencionou como sendo um marco no desenvolvimento das reflexões acerca dos problemas advindos da relação homem-trabalho. Com efeito, nesse período, o trabalho ganhou uma nova conotação e passou a ser visto como algo enobrecedor, significativo, um caminho para a autorrealização, para o crescimento profissional, possibilidade de obtenção de recompensas intrínsecas e extrínsecas e oportunidade para o desenvolvimento de habilidades até então desconhecidas. Tais mudanças possibilitaram, acima de tudo, o aumento do potencial do trabalhador, proporcionando a segurança e a satisfação com as realizações que demarcaram a trajetória desse fenômeno.

Nas décadas de 70 e 80, surgiu um movimento pela QVT, principalmente nos EUA, em virtude da preocupação com a competitividade internacional e o grande sucesso dos estilos e técnicas gerenciais dos programas de produtividade

japonesa, centrados nos colaboradores através de práticas gerenciais capazes de reduzir conflitos. Já se notava também uma tentativa de integrar os interesses dos empregados e empregadores gerados nos processos de trabalho (FERNANDES, 1996).

Carandina (2003) destaca que os anos 90 foram responsáveis pela difusão dos conhecimentos sobre QVT, sendo que países como França, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Holanda e Itália adotaram métodos e modelos de trabalho visando à satisfação dos clientes internos e externos. A autora ainda revela que, em outros países, como Inglaterra, Canadá, México e Índia, o tema QVT tem apresentado desenvolvimento significativo. No Brasil, na mesma época, alguns grupos de estudo sobre QVT começaram a surgir em diversos Estados, aumentando a possibilidade de difusão dessa temática – que, atualmente, é estruturada como linha de pesquisa da ciência comportamental.

Sendo assim, o que se evidencia é que os conceitos de QVT se relacionam a noções de motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve recentes discussões sobre novas formas de organização do trabalho e o uso de novas tecnologias, sendo, com frequência, aplicada nas organizações para justificar complexas mudanças que, nem sempre, visam ao bem-estar do trabalhador (SCHMIDT e DANTAS, 2006).

Em se tratando de conceitos de QVT, pode-se destacar que ela

é baseada no princípio de que o comprometimento com a qualidade ocorre de forma mais natural nos ambientes em que os colaboradores se encontram, intrinsecamente, envolvidos nas decisões que influenciam diretamente suas atuações (BANDEIRA, DIAS e SCHMIDT, 2008, p. 2).

Para Chiavenato (1999), o conceito de QVT envolve aspectos físicos, ambientais e psicológicos do local de trabalho, no qual se assimilam duas posições antagônicas: de um lado, a reivindicação dos empregados quanto ao

bem-estar e satisfação no trabalho; de outro, o interesse das organizações quanto aos seus efeitos potenciais sobre a produtividade e a qualidade. Na concepção de Farias (2004), a QVT é determinada por fatores subjetivos e objetivos. Dentre os fatores objetivos, destacam-se os relativos ao ambiente de trabalho; quanto aos subjetivos, evidenciam-se os sentimentos do indivíduo exteriorizados pela percepção de cada um acerca de sua qualidade de vida no ambiente laboral.

Sabe-se que o ser humano não busca no trabalho apenas recompensa financeira; ele está intrinsecamente ligado ao emocional, sua valorização, *status*, autossatisfação – tornando-se complexa sua dissociação. Ademais, o ser humano não pode ser percebido como uma máquina em seu cenário de trabalho, pois tem sentimentos e, se não vislumbra um padrão substancial de QVT, a qualidade do trabalho e a satisfação pessoal também não suprirão as necessidades do trabalhador (BACKES, LUNARDI FILHO e LUNARDI, 2006).

Autores como Scorsin, Santos e Nakamura (2006) e Parro (1999) afirmam ainda que atores constituintes da própria estrutura organizacional podem comprometer diretamente o desenvolvimento e a atuação, como: ausência de reconhecimento pelo trabalho; falta de plano de carreira; comunicação deficiente; falta de planejamento; e salário incompatível com a função ou muito abaixo do mercado.

Entretanto, essa associação pode colocar em risco a motivação e a satisfação, podendo contribuir, conseqüentemente, para uma baixa produtividade e queda na qualidade do serviço prestado. Pode-se analisar que os profissionais dessas instituições também clamam por melhores condições de trabalho, melhores salários, reconhecimento profissional perante a sociedade, o que só

vem a confirmar Haddad (2000, p. 2), ao dizer que “a qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida”.

2.4 A QVT e os fatores intervenientes no contexto laboral

A qualidade de vida no trabalho tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência, em diversos contextos, mas quase sempre voltada para a satisfação e o bem-estar do trabalhador na execução de suas tarefas.

Segundo Benevides-Pereira (2002), a questão da QVT tem sido alvo de discussões e reflexões em todo o mundo, principalmente por estar inserida no contexto da globalização da economia. Por esse motivo, torna-se, também, um desafio para a sociedade brasileira elucidar como é a qualidade de vida no trabalho, especificamente a da enfermagem, tendo em vista tantas desigualdades e injustiças sociais.

Evidencia-se que o conceito de QVT envolve tanto os aspectos físicos e ambientais, como os relativos ao local de trabalho e como influenciam psicologicamente os trabalhadores (CHIAVENATO, 1999). O conhecimento de tais fatores é fundamental quando se pretende compreender todo o processo de sua interferência nessa qualidade, até porque, de forma direta e indireta, interagem com esse processo. Farias (2004, p.36) destaca que “é necessário ter em mente alguns aspectos essenciais, que poderão interferir na QVT dos profissionais de enfermagem”.

Dessa forma, esta pesquisa se aprofundou na discussão e na apresentação de aspectos relevantes para a compreensão do advento da perda

de qualidade de vida no trabalho ou, como denominado por Farias (2004, p. 65), seus “fatores intervenientes”.

Chiavenato (1999) apresenta como fatores intervenientes: a satisfação com o trabalho executado; as possibilidades de futuro na organização; o reconhecimento pelos resultados alcançados; o salário percebido; os benefícios auferidos; o relacionamento humano dentro do grupo e da organização; o ambiente psicológico e físico de trabalho; a liberdade e responsabilidade de decidir e a possibilidade de participar.

Para Farias (2004), a QVT engloba aspectos denominados como intrínsecos e extrínsecos. A autora revela que os primeiros referem-se ao conteúdo e envolvem situações da esfera pessoal, que acabam por influenciar o produto do trabalho. Já os fatores extrínsecos estariam relacionados ao contexto do cargo exercido.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) observam que determinados fatores extrínsecos – tais como econômicos, ambiente doméstico e cotidiano – afetam o bom desempenho do trabalhador, desgastando-o em seu ambiente ocupacional.

Walton *apud* Chiavenato (1999, p. 394) estabelece diversos fatores que poderiam interferir na qualidade de vida no trabalho, como:

- Compensação justa e adequada: a justiça distributiva de compensação depende de adequação da remuneração ao trabalho que a pessoa realiza, da equidade interna, (equilíbrio entre as remunerações dentro da organização) e da equidade externa (equilíbrio com as remunerações do mercado de trabalho).
- Condições de segurança e saúde no trabalho: envolvendo as dimensões jornada de trabalho e ambiente físico adequados à saúde e bem-estar da pessoa;
- Utilização e desenvolvimento de capacidades: proporcionar oportunidades de satisfazer as necessidades de utilização de habilidades e conhecimentos do trabalho, desenvolver sua autonomia, auto-controle e obter informações sobre o processo total do trabalho, bem como retro-informação quanto ao seu desempenho;
- Oportunidade de crescimento contínuo e segurança: no sentido de proporcionar possibilidades de carreira na organização, crescimento e desenvolvimento pessoal e segurança no emprego de forma duradoura;

- Integração social na organização: eliminação de barreiras hierárquicas marcantes, apoio mútuo, franqueza interpessoal e ausência de preconceito;
- Constitucionalismo: refere-se ao estabelecimento de normas e regras da organização, direitos e deveres do trabalhador, recursos contra decisões arbitrárias e um clima democrático dentro da organização;
- Trabalho e espaço total de vida: o trabalho não deve absorver todo o tempo e energia do trabalhador em detrimento de sua vida familiar e particular, de seu lazer e atividades comunitárias;
- Relevância social da vida no trabalho: o trabalho deve ser uma atividade social que traga orgulho para a pessoa em participar de uma organização. A organização deve ter uma atuação e uma imagem perante a sociedade, responsabilidade social, responsabilidade pelos produtos e serviços oferecidos, práticas de emprego, regras bem definidas de funcionamento e de administração eficiente.

O autor ainda estabelece, respectivamente, para cada fator supracitado dimensões específicas, a saber:

- Quanto à compensação justa e adequada temos as seguintes dimensões: 1) Renda (salário) adequada ao trabalho; 2) Equidade interna (compatibilidade interna); 3) Equidade externa (compatibilidade externa).
- Quanto às condições de segurança e saúde no trabalho: 4) jornada de trabalho, 5) ambiente físico de trabalho (seguro e saudável).
- Quanto à utilização e desenvolvimento de capacidades: 6) autonomia, 7) significado da tarefa, 8) identidade da tarefa, 9) variedade de habilidades, 10) retroação e retro-informação.
- Quanto à oportunidade de crescimento e segurança: 11) possibilidade de carreira, 12) crescimento profissional, 13) segurança do emprego.
- Quanto à integração social na organização: 14) igualdade de oportunidades, 15) relacionamentos interpessoais e grupais, 16) senso comunitário.
- Quanto às garantias constitucionais: 17) respeito às leis e direitos trabalhistas, 18) privacidade pessoal, 19) liberdade de expressão, 20) normas e rotinas claras da organização.
- Quanto ao trabalho e espaço total de vida: 21) papel balanceado do trabalho na vida pessoal.
- Quanto à relevância social da vida no trabalho: 22) imagem da empresa, 23) responsabilidade social pelos produtos / serviços, 24) responsabilidade social pelos empregados. (WALTON *apud* CHIAVENATO, 1999, p. 394)

Como se pode depreender, existem várias conceituações sobre QVT, como também formas metodológicas de abordagem do tema. Independentemente do conceito que os diversos autores adotam, é preciso enfatizar que as categorias conceituais não podem ser vistas de forma excludente ou limitada, mas como sistêmicas e em constante interação.

Diversos aspectos têm sido considerados como dificuldades para se atingir qualidade de vida nas organizações. Uma delas reside na diversidade das preferências humanas e diferenças individuais e o grau de importância que cada trabalhador dá às suas necessidades, implicando provavelmente em denotado custo operacional (LIMONGI-FRANÇA, 2001).

Segundo Hackman e Oldhan *apud* Chiavenato (2000), as dimensões dos cargos podem refletir em aspectos psicológicos que afetam os resultados pessoais e de trabalho, que interferem na QVT, a saber:

- variedade de habilidades;
- identidade da tarefa;
- significado da tarefa;
- autonomia;
- retroação do próprio trabalho;
- retroação extrínseca;
- inter-relacionamento.

Os referidos autores

utilizam um modelo de pesquisa sobre o diagnóstico do trabalho baseado em um inventário de diagnóstico das características do cargo para medir o grau de satisfação geral e o grau de motivação interna como diagnóstico da QVT (HACKMAN e OLDHAN *apud* CHIAVENATO, 2000).

Na concepção de Gonçalves (1988), estudos sobre a QVT dos trabalhadores de enfermagem ainda são escassos. Nesse percurso, é necessário considerar a relação saúde-doença, adaptação, valorização, processo de trabalho e desgastes como expressões da qualidade de vida no trabalho de enfermagem.

Carvalho (1998) afirma que o trabalho de enfermagem pode ser considerado extremamente complexo, pois envolve habilidade técnica, um grande

volume de conhecimento emocional, além de outras competências. Entre elas, o que fica escondido do público, o intrincado processo de pensamento que leva do conhecimento à habilidade, da percepção à ação, da decisão ao toque, da observação ao diagnóstico.

Nessas circunstâncias, não existe aspecto preponderante no processo do trabalho do enfermeiro, uma vez que esses profissionais desempenham:

- ações centradas no cuidado dispensado ao doente que incluem as orientações sobre higiene pessoal, atividades que promovem segurança e conforto, assim como aquelas referentes ao trabalho educativo realizado com a clientela;
- ações complementares aos cuidados de enfermagem, que abrangem orientação aos outros membros da equipe sobre técnicas e condutas, conferência de medicações, troca de informações sobre o quadro clínico do paciente, discussão sobre medicações prescritas, anotações de enfermagem e passagem de plantão;
- ações administrativas, que compreendem todas aquelas referentes a planejamento, gestão, coordenação, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem e aquelas que podem ser delegadas e efetuadas por outros, que não necessariamente o enfermeiro.

Na abordagem do estresse, a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante, no setor público. Alguns componentes são conhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional e foram identificados por Muserof, Abranches e Napoleão (2005) como elementos estressores. Tais elementos foram identificados e relacionados com o cargo ocupacional dos enfermeiros. Para assistenciais, recursos

inadequados, atendimento ao cliente, relações interpessoais e carga emocional; para o desenvolvimento das ações administrativas, recursos inadequados, cobranças, sobrecarga de trabalho, reconhecimento profissional e poder de decisão; na área da docência, recursos inadequados, atividades com alunos, relações interpessoais, política universitária, sobrecarga de trabalho, questões salariais e carga horária.

2.5 A promoção da saúde no trabalho

Importantes movimentos nacionais e internacionais, como as conferências sobre promoção da saúde do trabalhador e, por conseguinte, a publicação de documentos relacionados ao tema, têm iluminado o debate sobre o assunto, tornando-a um tema bastante discutido na atualidade (BRAGA JUNIOR, 2003).

No Brasil, as premissas que embasaram a construção do moderno conceito de promoção da saúde permearam o movimento ocorrido na reforma sanitária que, no bojo mais amplo da luta pela democratização do estado brasileiro, deu origem ao SUS, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocasião em que se lançaram seus fundamentos (SILVA *et al.*, 1998).

A promoção da saúde é referida por Longnecker (2006) como aquela que tem por objetivos fundamentais a busca da autonomia de indivíduos e grupos pelo desenvolvimento da capacidade de viver a vida e da busca de equidade social.

Carvalho (1998), ao investigar os movimentos ideológicos atrelados à promoção da saúde em diversos países, identificou o um relatório de 1974, chamado Lalonde, que apresentava uma proposta relacionada à mudança de foco das ações sanitárias. Essa proposta se sustenta no modelo biomédico para as estratégias de promoção da saúde. Sua principal ação é a intervenção sobre os

estilos de vida, ou seja, sobre as escolhas que os indivíduos faziam no seu modo de viver. Tal interferência afeta o nível de saúde do profissional, o que levou os gestores a preconizarem ações visando à mudança de comportamento e caracterizando assim a corrente behaviorista.

No final do século XX surgem, com a criação da saúde coletiva, outras correntes no movimento de promoção da saúde, destacadas por Carvalho (1998, p. 55), como a corrente *nova promoção da saúde* e a *promoção da saúde da população*. A primeira questionava o movimento inicial da promoção da saúde a partir de sua crítica ao modelo centrado nas mudanças de hábitos de vida e tem como marcos a conferência de Alma-Ata (1978) e a carta de Ottawa (1986), que “afirmam como pré-requisitos essenciais para a saúde a necessidade de maior justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação e salários dignos”.

Ainda sobre a *nova promoção da saúde*, vale destacar que representa uma das estratégias promissoras para lutar pelos múltiplos problemas de saúde que afetam os trabalhadores, envolvendo um conjunto de ações que não se limitam ao âmbito da empresa, pois se voltam para o enfrentamento de questões sociais e a melhoria da qualidade de vida e saúde desses indivíduos (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

Já a *promoção da saúde* questiona o modelo biomédico hegemônico e propõe a implantação de políticas públicas que gerem desenvolvimento e riqueza como sua principal estratégia. Sob essa perspectiva, a prosperidade é importante determinante da saúde e interfere diretamente na sua condição, tanto em relação ao meio social e físico, quanto ao sentimento de bem-estar do indivíduo.

Logo, a necessidade de atuação sobre o ambiente físico e os estilos de vida ampliou o conceito de promoção para além do concebido no modelo da história atual da doença, ou seja, a promoção da saúde não é apenas um nível de atenção (BRAGA JUNIOR, 2003).

Nessa perspectiva, Carvalho (1998) afirma que a promoção da saúde tem como premissa o conceito positivo e ampliado de saúde, como produção social múltipla e complexa, e se sustenta pelos conceitos e valores que qualificam-na como: um conjunto paradigmático de conceitos e práticas orientadas à construção da autonomia e da equidade, adotados como parâmetros fundamentais de saúde e qualidade de vida. Nesse sentido, destacam-se os valores e conceitos apontados pelo autor como alicerces da política de promoção de saúde:

- Entende saúde como qualidade de vida, fruto da satisfação de necessidades vitais de indivíduos e coletividades;
- Considera que necessidades vitais não são normativamente definidas e sim socialmente estabelecidas, através de pactos intersujeitos em contextos econômicos, sociais e culturais, historicamente localizados e datados, envolvendo o acesso universal a um conjunto de serviços e bens;
- Lembra que necessidades sociais são registradas e legitimadas em contratos sociais definidores de direitos e deveres – direito à saúde, à educação, entre outros;
- Toma a saúde como direito humano fundamental e, portanto, como um imperativo ético e universal e não apenas um direito socialmente determinado;
- Define saúde como meio e capacidade para a vida, ultrapassando parâmetros normativos e abordagens reducionistas.

Nesse sentido, chega-se ao moderno conceito de promoção da saúde, que se traduz como compromisso político em relação à emancipação da

sociedade no enfrentamento dos problemas e no cuidado com a saúde (SILVA *et al.*, 1998).

Dando seguimento à tendência mundial, o MS editou a portaria 687, de 30/03/2006, que institui a Política Nacional de Promoção à Saúde, resgatando em seu contexto os aspectos centrais da promoção da saúde, conforme trecho a seguir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 68).

[...] No SUS, a estratégia de promoção à saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde.

Contudo, fica claro que o Brasil não tem poupado esforços para avançar em relação às reformulações da política nacional de promoção à saúde, o que tem levado a constantes discussões no que tange à sua proposta atual. Entretanto, Campos (1992) ressalta não ser esta uma missão fácil, haja vista que se faz necessário o enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor de saúde, mas a todos que constroem políticas públicas.

Tal complexidade é reforçada pelo referido autor ao considerar que:

[...] uma política nacional de promoção à saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida, e ao mesmo tempo opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade do indivíduo (CAMPOS, 1992, p. 747).

Assim, a concepção de saúde do trabalhador surge nesse bojo, conforme salienta Mendes (2002), calcada nas reflexões teóricas da determinação social da doença e de respectiva crítica ao seu paradigma como um processo exclusivamente biológico e individual, sendo a questão da causalidade e da

determinação colocada em debate, bem como as relações entre trabalho, ciência e ideologia.

Ademais, a política nacional de promoção da saúde estabelece relação direta entre tais práticas e as condições/relações de trabalho, pois este último é entendido como eixo temático no qual se deve intervir na busca por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania (CAMPOS, 1992).

Especificamente quanto à promoção da saúde do trabalhador, os modelos de atenção têm sido abordados pela vigente política de assistência à saúde do trabalhador de uma forma individualizante e fragmentária, colocando os sujeitos como corresponsáveis pelas várias mudanças/arranjos que ocorrem no processo saúde – adoecimento ao longo de sua vida em uma empresa. Desse modo, alguns autores propõem que as intervenções em saúde devam ampliar seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades do trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Observa-se que um número cada vez maior de empreendedores investe em seus funcionários através de Programas de Promoção da Saúde do Trabalhador (PPST), compreendendo que um empregado saudável pode produzir mais e custar menos — seja com a diminuição das despesas médicas, absenteísmo, rotatividade etc. (MARTINS, 2001).

Não obstante, percebe-se que as empresas têm identificado, através dos PPST, uma necessidade que faz parte da estratégia básica em melhorar a produtividade e a eficiência dos trabalhadores, conforme salienta a *WHO European Centre for Environment and Health* (WHOECEH, 2000).

A empresa *Hewitt Associates* organizou uma sondagem com 945 companhias americanas e identificou que elas têm oferecido um número cada vez

maior de programas de promoção da saúde do trabalhador de naturezas variadas. O percentual de empresas que adotou essa política passou de 89%, em 1996, para 93%, em 2002 (HAGEMAN, 2002). Dentre os resultados coletados, estava presente uma das intenções do PPST, que enfocava a minimização dos custos por meio da expansão e melhoria dos programas já existentes. Ainda que no Brasil essa realidade seja diferente, já há iniciativas que caminham nesse sentido (HAGEMAN, 2002).

É relevante destacar que, no cenário da saúde, há importantes programas de promoção da saúde que buscam elevar ao máximo as chances de melhoria na qualidade de vida do trabalhador de modo geral. Nesse sentido, a *Health at Work in the National Health Service* do Reino Unido (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002) propõe que sejam abordados 12 pontos essenciais:

1. comunicação dos itens que compõem o programa para todos os trabalhadores da empresa;
2. saúde, higiene e segurança;
3. tabagismo;
4. exames médicos;
5. práticas de gerenciamento e sistemas de monitoramento;
6. estratégias de treinamento;
7. alimentação saudável/nutrição;
8. alcoolismo;
9. exercício físico;
10. diminuição do estresse/suporte aos trabalhadores;
11. saúde sexual;
12. práticas ecológicas (atividades que envolvam a natureza).

Trazendo essa realidade para a prática de promoção da saúde no Brasil, é necessário compreender as limitações que ainda tornam indissociável a reflexão sobre a criação da luta contínua pela busca da melhoria e consolidação efetiva do SUS, além do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que impõem desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas.

2.6 A gestão do conhecimento como estratégia para alcançar a QVT de enfermagem: aprendizagem para a construção da inteligência coletiva

A crescente complexidade das organizações públicas e privadas de prestação de serviços de saúde, em um mercado cada vez mais competitivo, tem determinado a necessidade de estruturação de novas formas de organizar os processos de trabalho nessa área, que respondam a uma demanda social por serviços de eficiência e qualidade. Nesse contexto, a saúde passa a ser um processo essencial para o desenvolvimento humano, havendo uma maior consciência de sua importância no desenvolvimento social e econômico dos indivíduos (MAGALHÃES e DUARTE, 2004).

À medida que o sistema de saúde sofre importantes reconfigurações por forte influência de novos modelos de gerência em serviço e da utilização de tecnologias no processo de trabalho para atender às demandas do mercado competitivo, percebe-se um período de mudanças contínuas, de desafios cada vez maiores, em que o conhecimento representa a mola propulsora de riquezas em todos os segmentos empresariais. Por conseguinte, aprender assume papel fundamental – e o suporte básico para tal conhecimento são as tecnologias da informação e comunicação (ZABOT, 2002).

A gestão do conhecimento, segundo Bukowitz (2002, p. 18), é o processo pelo qual a organização gera riqueza, a partir do seu conhecimento ou capital intelectual – que pode ser definido como:

qualquer coisa valorizada pela organização que esteja contida nas pessoas, ou seja, deriva de processos, de sistemas e da cultura organizacional, conhecimento e habilidades individuais, normas e valores, bases de dados, metodologias, *software*, licenças, marcas e segredos comerciais.

A gestão do conhecimento, também denominada por autores como Zabet (2002) e Bukowitz (2002) por capital intelectual, além de ser um tema bastante discutido na atualidade, contribui para a reflexão de que a administração convencional, efetivada através de regras estabelecidas, ordens claras e maquinações bem intencionadas não consegue por si só fazer com que os trabalhadores alcancem os objetivos definidos e os resultados esperados para as organizações atuais (SHINYASHIKI *et al.*, 2003).

Apesar de os conceitos e teorias de gestão do conhecimento estarem bem documentados, evidencia-se uma ausência de proposições que orientem a implementação da gestão do conhecimento nas organizações, haja vista a dificuldade de articular teoria e prática.

Nesse sentido, de acordo com Shinyashiki *et al.* (2003), para criar e estabilizar posição de vantagem competitiva sustentável, as melhores organizações estão investindo na aplicação de conceitos como aprendizagem, conhecimento e competência.

A produção de conhecimento e as transformações decorrentes dos investimentos em tecnologia e programas educativos possibilitam uma constante mudança nos processos de trabalho das organizações (GOLEMAN, 2003).

Do mesmo modo, diante das complexidades e da incerteza, as organizações têm procurado superar suas deficiências de aprendizagem para fazer frente aos novos desafios e, assim, reconhecer suas oportunidades. Por conseguinte, atendem às demandas de mercado que a cada dia exige o desenvolvimento das pessoas e seu maior envolvimento com os resultados (BALSANELLI *et al.*, 2008).

Com as novas tendências gerenciais, sob o paradigma dominante da globalização e avanço tecnológico, as organizações de saúde têm assumido uma nova postura. Com efeito, mostram-se racionais e, ao mesmo tempo, inteligentes, enquanto buscam desempenhar suas funções dentro dos padrões de qualidade total, assim como proporcionam melhor qualidade de vida no trabalho de seus colaboradores, de tal forma que eles se sintam motivados a produzir com eficiência, obedecendo ao princípio de otimização do tempo. Assim sendo, essas mudanças acarretaram uma necessidade de aprendizagem de novos papéis e o desenvolvimento de novas habilidades pelos líderes-administradores (BALSANELLI *et al.*, 2008).

Contudo, no cenário organizacional dos serviços de saúde, a administração e a liderança focalizam funções mais delicadas e importantes, dado que os trabalhadores estão interessados em forças sistêmicas e aprendizagem coletiva. Desse modo, seus dirigentes assumem os papéis de projetista, guia e professor – com a responsabilidade de capacitar os outros, buscar e promover mudanças –, conciliando "o desejo de continuidade com o desejo de ser criativo" (SENGE, 1990, p. 12), assumir riscos, promover a aprendizagem, propiciando às pessoas o desenvolvimento de conhecimentos sistêmicos que concatenam com a percepção de suas necessidades, como, por exemplo, a QVT.

Diante das novas responsabilidades administrativas e sob a égide da aprendizagem coletiva, o êxito nos resultados de ações estratégicas gerenciais, através dos serviços prestados, só ocorrerá se for calcado, na formação de seus recursos humanos, um conjunto de competências. Tal aspecto será visto, neste estudo, sob a perspectiva do enfermeiro. O *saber fazer* agrega benefícios ao processo organizacional, superando as curvas de maturidade em níveis de formação técnica e acadêmica do trabalhador, o que resulta na formação de um enfermeiro com conhecimentos, habilidade e competências em todos os aspectos administrativos (MARQUIS, 2010).

Apesar das diferentes abordagens atuais sobre o tema *competências*, percebe-se que ainda perseveram os conceitos elaborados no final do século XX por pesquisadores de países americanos e europeus, classificadas em três grandes eixos: conhecimento (saber), habilidade (saber fazer) e atitudes (saber ser/agir) (MARQUIS, 2010).

Na enfermagem, diante das responsabilidades e demandas cada vez maiores, os enfermeiros líderes-administradores competentes buscam instrumentos e estratégias que favoreçam o atendimento das importantes dimensões de seus papéis. Para tal, estão envolvidos de forma ativa em reformas imprescindíveis no atendimento de saúde, inter-relacionando a QVT no processo de trabalho, indo além dos modelos transformacionais das realidades de trabalho na enfermagem (MARQUIS, 2010). Nesse caminho, aparecem diversos conceitos novos de liderança e administração na enfermagem, com foco na complexidade e na necessidade dos serviços de saúde (CUNHA, 2006).

Contudo, ao que se refere aos modelos organizacionais contemporâneos de atendimento de saúde, é importante destacar que a gestão por competências

neste âmbito vai muito além da definição de especificações de capacidade para ocupação de um cargo. Conforme cita Balsanelli *et al.*, 2008), isso envolve estratégias diferenciadas como processo de comunicação na enfermagem, flexibilidade, criatividade, trabalho em equipe, tomada de decisão, gestão integrada de processo, competências na enfermagem e na gestão em saúde. Entretanto, é relevante destacar que as competências individuais e organizacionais estão atreladas à complexidade e especificidade de cada organização de saúde, além dos objetivos e metas estabelecidos, cabendo a cada profissional sua implementação (MORIN, 2004).

Apesar dos esforços para superar as deficiências de aprendizagem, o que se percebe é que as organizações ainda não consideram o capital intelectual como sendo uma parte do processo de planejamento estratégico.

Na organização hospitalar, a posição da enfermagem no exercício da gerência intermediária dos interesses institucionais e das necessidades dos trabalhadores se situa na esfera central de processos de aprendizagem e de desenvolvimento do conhecimento. Essa estratégia é fundamental para a aquisição de competências, tendo em vista a qualidade do cuidado ao cliente. Essa situação confere à enfermagem uma atuação frente ao cruzamento dos fluxos vertical e horizontal de informações no âmbito das mais diversos contextos de atuação.

No serviço de enfermagem, assim como em outros campos profissionais, o conteúdo do conhecimento tem aumentado – e seus profissionais apresentam-se com motivação tanto para executar o trabalho quanto para enfrentá-lo como algo positivo.

Com os avanços técnico-científicos relacionados à saúde, o profissional de enfermagem agrega, atualmente, mais conhecimento ao serviço que desenvolve do que os de épocas passadas. Vale destacar que tal fato se deve à disponibilidade de meios de informação e formas de se buscar o conhecimento para subsidiar o trabalho na enfermagem. Dessa forma, a expectativa é de que realizem ações diferentes, mais qualificadas e pautadas na competência, modificando a índole do trabalho e sejam apreciados pelos resultados que obtêm; logo, sua satisfação no trabalho é identificada como um fator determinante para a QVT.

Apesar do investimento em aprendizagem e desenvolvimento de seu capital intelectual, as instituições hospitalares – que têm monitorado a gestão de pessoas, com levantamento diário das operações de trabalho – identificaram, paradoxalmente, altos índices de rotatividade de pessoal que recebeu investimentos em capacitação e desenvolvimento. Assim sendo, comprovam a importância de se criar e manter um ambiente de trabalho e um clima organizacional que conduzam à excelência do desempenho, à plena participação e ao crescimento pessoal e da organização (OLIVEIRA e LIMONGI-FRANÇA, 2005).

Além disso, o processo de qualidade de vida é alinhado ao de qualidade total e tem o objetivo de proporcionar aos funcionários o gerenciamento de sua saúde e estilo de vida, condições de bem-estar pessoal e profissional, melhoria dos relacionamentos interpessoais, visando ao equilíbrio entre mente e corpo e estimulando a satisfação com o trabalho, melhoria das práticas de saúde e redução de riscos (OLIVEIRA e LIMONGI-FRANÇA, 2005).

É importante destacar que o conhecimento dos recursos humanos necessita ser administrado (SHINYASHIKI *et al.*, 2003). Nesse sentido, é importante que a enfermagem compreenda que "a capacidade de gerenciar o intelecto humano e de convertê-lo em produtos e serviços úteis está rapidamente se tornando a habilidade executiva crítica do momento" e que, em consequência, "tem havido uma enxurrada de interesses no capital intelectual, na criatividade, na inovação e na organização que aprende, mas surpreendentemente pouca atenção tem sido dada ao gerenciamento do intelecto profissional" (QUINN *et al.*, 1998, p. 18). Para esses autores, tal descuido é surpreendente, porque os benefícios do gerenciamento do conhecimento são percebidos em grandes setores de serviços, inclusive nos de assistência à saúde do usuário interno e externo, ou seja, beneficia a saúde do próprio trabalhador de enfermagem.

Através de novas proposições teóricas, autores como Shinyashiki, Trevizan e Mendes (2003) têm contribuído para a compreensão da organização como um estoque de conhecimento que consiste basicamente em informação codificada e disponibilizada para aplicação. Nesta visão, o conhecimento também está relacionado à coordenação das ações na organização, voltadas para a Qualidade de Vida do Trabalhador.

Os referidos autores apontam algumas atividades, que estão no escopo da gerência de enfermagem, e que contribuem para o sucesso da organização no processo de transformação do conhecimento existente nos esquemas mentais dos trabalhadores para aquele aplicado no plano das ações. Essas ações convergem para os interesses do próprio trabalhador, elevando, assim, sua percepção positiva sobre a QVT: socialização dos novos empregados, em que ocorre o compartilhamento do conhecimento tácito, o desafio crítico de entender o

processo de transferência pelo qual o conhecimento e o aprendizado individual ou grupal são incorporados na memória e na estrutura da organização, além da busca pelo desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua (BUKOWITZ, 2002; ZABOT, 2002).

Por fim, a presença de contradições nesses processos de mudança, ocorridos no contexto de atuação da enfermagem, não deve representar um impasse no uso da gestão do conhecimento como estratégia para alcançar a QVT de enfermagem. Ao contrário, deve possibilitar a reflexão ativa acerca do processo de trabalho da enfermagem, em seus elementos constituintes – objetos, meios, instrumentos e finalidades –, mais especificamente dentro do contexto do SUS. Esse mundo de informações passa por constantes inovações tecnológicas, estimuladoras de mudanças que agregam valor às ações desenvolvidas pela enfermagem (ZABOT, 2002; BUKOWITZ, 2002).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, no qual o “pesquisador procura conhecer a realidade descrevendo, classificando e interpretando” (RODRIGUES, 1991, p. 4).

Nesse sentido, Triviños (1995, p. 110) também ressalta que “para que os estudos descritivos tenham o seu grau de validade científica, é exigido do pesquisador uma precisa delimitação de técnica, métodos e modelos que orientarão a coleta e interpretação de dados”.

Além disso, permite o aprofundamento necessário à análise do problema proposto no estudo das relações humanas e seu universo de significados (LEOPARDI, 2002), principalmente em casos particulares e específicos, como o deste estudo, que investiga os fenômenos advindos da relação entre o trabalhador de enfermagem e a natureza do trabalho por ele desenvolvido.

Na procura de uma abordagem metodológica, dentre a multiplicidade que se apresenta no campo das ciências sociais, na área da saúde, especificamente na enfermagem, encontram-se alguns pressupostos da pesquisa qualitativa nas quais as correntes de pensamento têm sua história vinculada a uma visão de mundo e se relacionam à realidade social onde foram geradas e onde elas tentam se expressar.

Segundo Gil (2008), os estudos dessa natureza se preocupam com um nível de realidade que não pode ser quantificável, embora aspectos da QVT possam ser analisados por métodos formais ou objetivos. Inevitavelmente,

apresentam aspectos qualitativamente distintos de compreensão e interpretação. Nesse caso, a análise qualitativa decorre da própria natureza do objeto de investigação, focalizando os horizontes da prática profissional dos enfermeiros e os da Qualidade Vida no Trabalho em um hospital-escola, intencionando descobrir realidades ainda não visualizadas na relação indivíduo/trabalho e qualidade de vida.

O estudo qualitativo tem a característica de permitir a reflexão sobre as ações desenvolvidas pelo ser humano, em situações que podem ser expressas e detectadas pelo subjetivo, buscando, no seu interior, ideias e sentimentos que, muitas vezes, o lado objetivo não permite perceber (MINAYO, 1998).

Minayo (2004) ainda assegura que essa abordagem trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

3.2 Cenário do estudo

O cenário de estudo caracteriza-se por diversas unidades assistenciais que compõem o Hospital São Francisco de Assis¹ (HESFA). Desde sua criação, o Hospital funciona em um prédio cuja data remonta ao ano de 1876 e caracteriza-se por prestação de atendimento à saúde em nível primário e secundário, dividido em unidades: Unidade de Reabilitação (UR); Unidade dos Cuidados Básicos de

¹ A história recente do HESFA, hospital criado em meados do século XIX, desde sua reabertura em 1988, aponta para natural vocação na ABS e PSF, promovendo e disponibilizando cuidados e atenção de saúde, nos níveis de baixa e média complexidade, com o objetivo de oferecer atendimento aos usuários do SUS. Nestas duas décadas, passando por mudanças relacionadas com as pressões das demandas naturais e espontâneas, tanto no cenário da assistência pública quanto no campo acadêmico, a efetiva parceria e integração com a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e com outras unidades da UFRJ foram de grande relevância para marcar o perfil docente-assistencial que caracteriza o HESFA. Apesar de ter passado os primeiros dez anos com programa de internação de pacientes crônicos, após 1998 as atividades hospitalares foram concentradas nas ações de atenção primária e secundária de saúde e nos projetos especiais vinculados aos docentes da Enfermagem e da Medicina, ali localizados.

Saúde (UCB); Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Unidade da Terceira Idade (PAIPI); Unidade de Assistência Especializada ao Portador de HIV/AIDS (SAE); Unidade de Atenção aos Problemas Relacionados ao Álcool e Outras Drogas (CEPRAL).

O HESFA pertence à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); nele, participam das atividades de assistência docentes, alunos de graduação e pós-graduação em diversas áreas como: médicos, médicos residentes, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outras categorias profissionais. A opção por esse cenário deveu-se ao fato de a referida instituição de saúde desenvolver atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão com enfoques multi/interdisciplinares.

Os funcionários que atuam no HESFA são: enfermeiros, médicos infectologistas, pediatra, nutricionista, assistente social, psicóloga, recepcionistas e profissionais administrativos. Cada unidade apresenta sua especificidade assistencial; no entanto, trabalham interligadas, referenciando e contrarreferenciando serviços e clientes, sendo que a demanda de atendimento em todas elas é espontânea ou por encaminhamento do próprio SUS.

A proposta da Unidade de Reabilitação é transdisciplinar, onde se oferece um atendimento ambulatorial à pessoa portadora de deficiência física e a portadores de sequelas provenientes de patologias traumáticas, neurológicas, respiratórias, traumato-ortopédicas, disfunções posturais e demais quadros associados à reabilitação física e funcional. A Unidade de Cuidados Básicos tem como alvo atender prioritariamente à comunidade da área programática 1 (AP1) do município do Rio de Janeiro. Entretanto, frente às dificuldades vividas pela

população quanto ao acesso aos serviços de saúde, aproximadamente 70% da demanda atendida é proveniente de outras áreas programáticas.

O Centro de Testagem e Aconselhamento oferece testes sorológicos para HIV e DSTs e outros, conforme a política pública em vigência, e assegura também o aconselhamento. Assim, promove a integração com as demais unidades, favorecendo as ações de notificação, referência e contrarreferência preconizada pelo SUS.

O atendimento geriátrico e gerontológico às pessoas idosas já é prioridade do Programa de Atenção a Pessoa Idosa (PAIPI). Trata-se de um projeto desenvolvido no âmbito da universidade, configurando-se como um modelo da atenção básica à saúde das pessoas idosas, diferenciado, integrando à assistência um programa acadêmico (ensino, pesquisa e extensão), colaborando para a formação profissional e para a produção de conhecimentos.

Além de existir um serviço de aconselhamento e testagem sorológica para HIV/AIDS e DSTs, conforme foi explicitado anteriormente, a instituição possui uma unidade especializada ao portador de HIV/AIDS, com atendimentos e assistência em regime de semi-internação no hospital-dia, atendendo aos princípios da integralidade preconizados pelo SUS. Há também uma unidade de atenção que presta atendimento ambulatorial a clientes com problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas.

Por fim, ainda há a unidade de práticas complementares de saúde e a de clientes internados. Elas possuem diversas competências que vão desde o atendimento ambulatorial, com práticas complementares de saúde, à referência e contrarreferência intra e interinstitucional. Encaminham, quando necessário,

propostas de assistência de saúde com práticas alternativas a serem apreciadas antes mesmo de sua implementação.

3.3 Sujeitos do estudo

A instituição, que serviu de campo para este estudo, possui atualmente uma equipe de enfermagem constituída por 24 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem e 22 auxiliares, totalizando 72 trabalhadores lotados nas unidades do hospital.

Contudo, apesar do contingente demonstrado, ressalta-se que somente foram considerados para amostra do estudo os enfermeiros, que correspondem a 33,3% do quadro funcional do cenário de estudo. No entanto, apenas 16(66,6%) concordaram em participar do estudo.

Os critérios para inclusão na amostra do estudo foram: fazer parte do quadro funcional da instituição; ter disponibilidade para participar das sessões; comparecer a todas as sessões; ser enfermeiro graduado; estar disposto a participar do estudo voluntariamente e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Como critério de exclusão, ficou estabelecido que não fariam parte do estudo sujeitos que não estivessem de acordo com todos os critérios de inclusão explicitados e desejassem, no decorrer do estudo, retirar sua participação.

Escolheu-se os enfermeiros por ser categoria hegemônica e um dos maiores contingentes nos serviços de saúde na atualidade, além de ser despendarem grande parte de seu tempo na assistência à clientela hospitalar, realizando grande quantidade de atividades e procedimentos (LEITE *et al.*, 2003).

A despeito da jornada de trabalho desses trabalhadores, é oportuno destacar que desempenham 40 horas de atividades semanais, sendo que, desse total, 10 horas são destinadas, de acordo com o regimento interno institucional, a atividades de extensão, pesquisa e ensino.

Identificou-se que os trabalhadores de enfermagem, em sua maioria, eram do sexo feminino, com idade mínima de 31 anos e máxima de 51 anos de idade, apresentando uma média de 10,2 anos de formação e 8,7 de atuação na instituição investigada.

Grande parte dos enfermeiros já se afastou do trabalho por motivos de doença – e desempenham, na instituição, funções que vão desde assistenciais até coordenação de programas de saúde.

3.4 Instrumentos e técnica de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados e para o trabalho de campo foram pautados na proposta de Cruz Neto e Moreira (1999). Esses autores acreditam que a aproximação com as pessoas selecionadas para o estudo exige uma fundamental relação de respeito por elas e pelas suas manifestações.

Em função dos objetivos traçados neste trabalho, utilizou-se como instrumento para coleta de dados um formulário para caracterização dos sujeitos e um guia de perguntas norteadoras para o desenvolvimento do grupo focal² como técnica de produção de dados.

Ademais, é relevante destacar que a opção pela utilização do grupo focal convergiu ricamente com a fundamentação teórico-metodológica da pesquisa, ao

² A técnica de grupo focal prevê a obtenção dos dados com base nas discussões planejadas, em que os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica em um ambiente acolhedor. A dinâmica da reunião consiste em uma questão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico (DEBUS; NOVELLI, 1994).

objeto de estudo e aos objetivos propostos. Todos os esforços foram envidados para que a organização e os procedimentos adotados cumprissem as exigências didático-pedagógicas requeridas pela técnica.

Dada sua objetividade e funcionalidade, o grupo focal tem sido utilizado, com frequência, como técnica de pesquisa na área da saúde, especialmente na vertente qualitativa, em que se aprofunda ou se conhece um determinado foco ou temas específicos. São utilizadas, ainda para coleta de dados, análise, avaliação, validação, com informações qualitativas (DEBUS e NOVELLI, 1994).

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais, em que, ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador, obtém-se uma imensurável variedade de informações a respeito de distintas variáveis. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Pode ser caracterizado também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (VASCONCELOS, 2001).

Para Debus e Novelli (1994), a técnica de grupo focal é amplamente utilizada na pesquisa qualitativa e consiste em estruturar discussões através de dinâmica de grupo. Desse modo, um pequeno número de participantes é guiado por um moderador qualificado para alcançar níveis frequentes de compreensão e profundidade das questões fundamentais do tema estudado. Caracteriza-se por indagações e perguntas abertas, que se realizam individualmente entre as pessoas entrevistadas e um entrevistador altamente qualificado.

As discussões em um grupo permitem que os sujeitos, a partir das diferentes opiniões sobre o assunto, formulem ou reformulem suas ideias a

respeito do discutido; dessa forma, neste estudo, o grupo focal permitiu a valorização da percepção pessoal de cada enfermeiro, sujeito da pesquisa, e a percepção coletiva sobre QVT.

A coleta dos dados foi realizada de agosto a novembro de 2009 e seguiu um roteiro para o desenvolvimento das etapas. Para a realização do grupo focal, o trabalho foi dividido em três fases: primeiramente, houve um convite aos profissionais; logo em seguida, a preparação para a atividade e, posteriormente, o encontro com os participantes; por fim foi feita a transcrição e compilação dos dados produzidos.

Para a delimitação do universo amostral e, respectivamente, a construção e divisão dos grupos, foram consideradas as variáveis estabelecidas por Debus e Novelli (1994), que orientam formá-los por sujeitos com o máximo de características comuns, tais como: condição social, profissão, função laboral, nível de experiência, estado civil, cultura e gênero.

Sendo assim, para obter sucesso na dinâmica de grupo focal e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos propostos, foi considerada, desde o princípio, a ideia de formar grupos com número de participantes moderadamente limitado, em torno de 5 a 12, e que respeitassem as características comuns supracitadas, homogeneizando assim a amostra, conforme sustenta a metodologia proposta por González (1992).

Tão logo o projeto de dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), sob o protocolo nº 045/2009, o trabalho de campo foi iniciado. Vale destacar que também foi necessária autorização formal da direção do HESFA para utilização do cenário,

bem como para divulgação do nome da Instituição de Saúde (APÊNDICE C) no estudo.

Procedendo às etapas propostas, realizou-se:

A – Convite aos participantes e preparação do encontro

Por intermédio da direção do HESFA, foram enviados convites (APÊNDICE D) para todos os enfermeiros, componentes do quadro funcional dos ambulatórios, conforme descrito anteriormente, com uma semana de antecedência do encontro. Nessa correspondência, foi esclarecida a natureza do encontro e a marcação da data, hora, local e tempo previsto de duração das sessões, sendo que no mesmo contato a própria pesquisadora ficou responsável pelo agendamento das datas e horários dos encontros.

Também foi organizado o material necessário para a realização de toda a atividade proposta: três gravadores MP3, um aparelho de som portátil, caneta e tabuleta.

B – O encontro

O grupo focal foi realizado nos mês de outubro de 2009. Os encontros aconteceram em uma sala reservada no centro de estudos da própria instituição, que atendeu amplamente às necessidades – bem iluminada e arejada, além de isolada, o que eliminou sobremaneira os ruídos externos. A sala, com seu amplo espaço, permitiu acomodar os participantes em cadeiras e mesas confortáveis, ficando os participantes com mais espaço entre si, o que permitiu ao moderador e aos relatores melhor visualização dos participantes a cada atividade proposta.

As atividades foram desenvolvidas com 16 sujeitos, divididos em três grupos – dois deles com cinco participantes e outro com seis –, o que permitiu

haver apenas um encontro para cada grupo constituído, em dias diferentes e horário vespertino.

Para o desenvolvimento da atividade, a pesquisadora preparou o local meia hora antes do horário combinado. O grupo focal foi formado pela pesquisadora, que atuou como moderadora³, por um enfermeiro da Universidade Federal de Juiz de Fora, como relator⁴ e pelos participantes convidados. Os encontros foram precedidos das mesmas etapas para ambos os grupos.

Em um primeiro momento, ocorreu a autoapresentação do grupo; em seguida, pediu-se que os componentes se acomodassem e se sentassem em forma de círculo. Foram feitos os agradecimentos e dadas as boas-vindas a todos; fez-se uma breve explanação sobre a proposta, de forma superficial para que os participantes não desenvolvessem ideias preconcebidas sobre as temáticas de discussão.

Posteriormente, ocorreu a entrega do cartão de identificação com o pseudônimo de flores, para manter o anonimato dos participantes e facilitar no momento da transcrição da entrevista, atendendo assim aos critérios explicitados na Resolução nº 196/96, Protocolo nº 045/2009. Em seguida, realizaram-se os esclarecimentos acerca do que constitui o grupo focal, sobre o tempo de duração da atividade – que foi de 1 hora 30 minutos –, sobre o papel de cada integrante

³ Sobre as competências do moderador, Bogus (1996) destaca como sendo uma das mais importantes a habilidade de conduzir a discussão, reportando-se a todo instante deste trabalho às especificidades do objeto e às necessidades dos objetivos. Dessa forma, este deve abarcar características como ser sensível, capaz de ouvir, flexível, expressar-se com clareza e ter senso de humor. No entanto, deve apenas procurar manter um clima favorável à discussão, controlando o tempo e a participação de todos, formulando perguntas sem, entretanto, induzir o grupo a dar as respostas que deseja ouvir. Contudo, também deve evitar que um participante monopolize a discussão, atentando ainda para as expressões não verbais de forma a questioná-las para o enriquecimento da discussão.

⁴ O papel do relator consiste em captar e registrar as informações expressas pelos participantes e, ao final, ajudar o moderador a identificar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão.

da equipe e ainda sobre a importância da utilização dos gravadores que, naquele momento, já estavam preparados para, posteriormente, serem ligados.

No início da atividade, a pesquisadora informou novamente os objetivos do trabalho, entregou os termos de consentimento livre e esclarecido e procedeu à sua leitura. Todos os participantes do grupo aceitaram, assinando, assim, o referido termo que, em seguida, foi recolhido.

Seguiram-se as seguintes técnicas, necessárias à condução dos grupos, conforme os princípios propostos por Castilho, Lopez e Torezan (2004):

- 1- clarificar, repetir ou redobrar a pergunta para aprofundar;
- 2- substituir, ou seja, mudar a apresentação da pergunta sem mudar o conteúdo;
- 3- reorientar, aproveitando uma proposta dada por um dos participantes, refazendo a pergunta para outros;
- 4- neutralizar e controlar os participantes dominantes, refazendo a pergunta para outros.

A pesquisadora também tinha à mão um roteiro elaborado anteriormente que continha ideias sobre os temas que seriam importantes para a pesquisa. Estes serviram como guia de temas e foram apresentados em uma ordem predefinida.

Os temas foram:

- a) o significado da qualidade de vida no trabalho;
- b) os fatores que interferem ou favorecem o alcance da qualidade de vida no trabalho;
- c) estratégias utilizadas que favorecem a promoção da saúde do trabalhador no contexto estudado.

Com a finalidade de impedir os vieses que poderiam comprometer a qualidade do estudo e, em seguida, aprimorar a técnica de produção de dados, os participantes foram orientados a, no momento em que se propusessem os diálogos, apresentar, em primeiro lugar, seu pseudônimo, o que contribuiu sobremaneira na ocasião da transcrição dos dados, pois favoreceu a identificação dos sujeitos.

No início de cada sessão, com o objetivo de facilitar a relação com o objeto de trabalho, realizou-se, após as explicações necessárias aos participantes e sua devida preparação, a Dinâmica do Sonho Acordado, que teve em média 20 minutos de duração.

Com o auxílio de um aparelho de DVD, ao som de música bem calma, o facilitador solicitou aos membros do grupo que fechassem os olhos e seguissem suas instruções conforme o texto do Anexo B.

Após as apresentações, o facilitador, com breves palavras, trazia para reflexão do grupo algum ponto que considerava importante na vivência do sujeito participante.

C – Transcrição e compilação dos dados

Com a análise dos materiais obtidos no grupo focal, foi possível levantar um grande volume de informações. Foi necessário sistematizá-los, mediante o tratamento desses dados da seguinte forma: primeiramente, foram transcritas as gravações, após serem sucessivas leituras e classificações; em seguida, utilizou-se o editor de texto *Word for Windows*, a partir do seu registro áudio-gravado e, por fim, digitaram-se todas as transcrições das entrevistas e suas respectivas observações, o que resultou em um único texto.

Durante a transcrição, foi mantido o tom coloquial da linguagem oral e foram escritos em negrito os pseudônimos de cada participante no início de seus depoimentos, como forma de identificá-los e, posteriormente, facilitar a visualização da interação grupal. Aspectos não verbais foram descritos entre parênteses e algumas expressões de linguagem foram marcadas com aspas.

Depois de transcritas, na íntegra, as sessões de grupo focal foram editadas pela própria pesquisadora, inspirada na metodologia aplicada por Guanaes (2006). Foram utilizados os seguintes recursos de edição:

- Numeração das linhas e das páginas: foi realizada a numeração sequencial das linhas e das páginas no decorrer de toda transcrição. Esse recurso foi utilizado para auxiliar a localização e a identificação de cada sujeito no curso da integração grupal e facilitar a referência a trechos específicos da entrevista durante a síntese temática do material;
- Uso de cores: para cada participante foi escolhida uma cor e fonte específica disponível no editor de texto *Word for Windows*. Dessa forma, os discursos de cada participante apareceriam sempre com a mesma cor ao longo de toda a transcrição, possibilitando a visibilidade das interações entre os participantes.

3.5 Procedimentos de análise dos dados

Para sistematizar o processo de análise, foram definidas categorias gerais, de natureza temática, de acordo com os objetivos da pesquisa. Essas categorias foram elaboradas a partir dos conteúdos das entrevistas associadas às categorias teóricas, ou seja, aquelas decorrentes da familiarização prévia com o nosso

campo de estudo, a partir da revisão bibliográfica. Por meio dessas categorias procura-se apreender o objeto desse estudo, que é a QVT no contexto hospitalar.

Para agrupar as informações, foi organizada uma matriz com as categorias definidas, o que permitiu evidenciar com mais clareza a posição dos atores em relação às questões discutidas nos grupos.

A partir da análise das respostas, foram levantadas as respectivas categorias: a percepção dos enfermeiros acerca da QVT; os recursos humanos e materiais adequados no local de trabalho; o respeito aos aspectos emocionais e direitos do trabalhador; o bem-estar físico e mental no local de trabalho; a satisfação no trabalho, que interfere na atividade do trabalhador; os fatores intervenientes na QVT; políticas de recursos humanos e gestão no contexto de trabalho; condições precárias de trabalho; o respeito ao ser humano e medo; estratégias propostas pelos enfermeiros para a promoção da saúde do trabalhador no contexto estudado e a QVT no contexto estudado; a assistência à saúde do trabalhador e a segurança no trabalho; a comunicação adequada; capacitação e humanização no trabalho e comprometimento no trabalho.

A última fase, denominada tratamento de dados, foi subdividida em três itens para melhor sistematizar o processo: ordenação, classificação e análise propriamente dita que, segundo os pressupostos de Bardin (2004), consiste em um método que favorece a obtenção das mensagens subliminares, ou seja, identifica os significados intrínsecos nas entrelinhas – “o dito pelo não dito” –, porque em estudos dessa natureza é fundamental se apropriar de conceitos que estão além dos discursos, para o alcance da dimensão subjetiva do problema.

Em se tratando da análise de conteúdo, Bardin (2004, p. 31) afirma que

[...] análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, não se trata de um instrumento, mas um leque de

apetrechos: ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

A análise de conteúdo de Bardin (2004) foi utilizada também por ser considerada uma das formas adequadas à investigação qualitativa em saúde. Ademais, considera que, na produção da palavra, elabora-se ao mesmo tempo um sentido e operam-se transformações (MINAYO, 2004).

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Com relação aos aspectos éticos, foi indispensável a autorização expressa da instituição de saúde, campo deste estudo, para a coleta dos dados e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery⁵. Além disso, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), atendendo ao disposto na Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos. Assim, os sujeitos envolvidos na pesquisa foram informados sobre os objetivos e rumos do estudo, bem como de seus direitos como participantes, a saber: que a pesquisa não prevê riscos, inclusive financeiros.

Também foi assegurado o direito ao anonimato, além das orientações sobre a possibilidade de interromper a participação em qualquer momento. Garantiu-se ainda que apenas as informações por eles fornecidas seriam utilizadas e divulgadas para fins de pesquisas e outros estudos. Solicitou-se também autorização para gravar as discussões grupais, registradas em MP3 e transcritas. O material permanecerá sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, ao término dos quais será destruído.

⁵ Protocolo nº 045/2009.

3.7 Fatores limitantes do estudo

Quanto às limitações do estudo, houve a dificuldade para formar os grupos para a produção dos dados por motivos diversos. Cada sujeito do estudo deu suas justificativas como, por exemplo, inadequações de horários dado os múltiplos empregos, o que levou a diversas reformulações das estratégias de coleta de dados de modo a contornar esse problema.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo responde aos objetivos e consolida a análise final dos resultados. Dessa forma, foi analisada a percepção dos enfermeiros sobre qualidade de vida no trabalho no contexto hospitalar, identificando-se os fatores nela intervenientes e apresentando-se as estratégias propostas pelos sujeitos do estudo para a promoção da QVT no contexto estudado.

Os 16 enfermeiros que compuseram a amostra da pesquisa foram caracterizados de acordo com as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de serviço, cargo, turno de trabalho e local de trabalho.

Para caracterização dos sujeitos, buscou-se os aspectos pessoais e profissionais, conforme demonstra o Quadro 1 a seguir.

Pseudônimo⁶	Idade	Sexo	Tempo de formação (anos)	Tempo de atuação na instituição (anos)	Setor em que trabalha (tempo em anos)	Afastamento por motivos de saúde	Cargo que ocupa na instituição
Rosa	51	F	29	29	PAIPI 2	sim	Enfermeira
Orquídea	38	F	9	7	PAIPI 4	sim	Enfermeira
Hortênci	44	F	21	19	CTA 9	não	Enfermeira
Girassol	38	M	15	2	CTA 2	não	Enfermeiro
Lírio	31	M	8	6	UCB 6	sim	Enfermeiro
Dália	43	F	9	6	Ambulatório 3	sim	Enfermeira
Magnólia	50	F	24	18	CTA 10	não	Enfermeira
Margarida	45	F	21	18	Ambulatório 6	sim	Enfermeira
Tulipas	38	F	25	15	PAIPI 4	sim	Enfermeira
Gérbera	42	F	16	13	UCB 5	não	Enfermeira
Azaléia	47	F	25	20	CTA 3	não	Enfermeira
Bromélia	39	F	11	9	PAIPI 3	sim	Enfermeira
Narciso	42	M	11	15	Ambulatório 6	sim	Enfermeira
Peônia	38	F	22	12	PAIPI 4	sim	Enfermeira
Petúnia	44	F	14	14	UCB 5	não	Enfermeira
Forsítia	39	F	11	9	PAIPI 3	sim	Enfermeira

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais de enfermagem que atuam no HESFA

Quanto ao sexo, a população constituiu-se de 14 pessoas do sexo feminino e duas do sexo masculino, todos funcionários públicos concursados, em regime de 40 horas semanais, diuturnamente. Mas a instituição, de maneira ainda

⁶ Antes de iniciar a atividade de grupo focal, foi concedido aos enfermeiros participantes o direito de escolher um pseudônimo, sendo-lhes dados como opção, nomes de flores.

informal, concede-lhes 30 horas semanais, aguardando projeto de Lei nº 2.295, a ser assinado para que lhes seja garantida a formalização dessa nova carga horária. Na análise desses dados, nota-se que os cargos de enfermeiros são preenchidos, em sua maioria, por mulheres, em decorrência de a profissão de enfermagem ser tradicional e hegemonicamente uma profissão feminina (JESUS *et al.*, 2010).

Quanto à idade, os enfermeiros pesquisados apresentaram idade mínima de 31 anos e máxima de 51.

Na distribuição por faixa etária, observa-se que 75% dos trabalhadores possuem idade que compreende de 30 a 40 anos. Considera-se relevante ressaltar que essa variável representa uma população adulta e altamente produtiva; portanto, como assinala Antunes (2006), essa organização social da produção, além de incorporar a mão de obra feminina, excluiu os trabalhadores mais jovens. Quanto ao estado civil, os participantes são, na sua maior parte, casados - apenas dois são solteiros e um desquitado.

Com relação à análise ao tempo de serviço na instituição, a média estabeleceu-se em 12 anos e seis meses, sendo o menor tempo de serviço de dois anos e um mês e o maior, de 21 anos e cinco meses. Nesse Hospital, não há uma grande rotatividade de profissionais, em virtude de serem funcionários públicos.

Com respeito aos cargos, todos os participantes são lotados na função de enfermeiros, desenvolvendo atividades assistenciais em níveis primário e secundário.

Durante o desenvolvimento da técnica de grupo focal, os dados obtidos foram estruturados, *a priori*, em categorias gerais que, ao longo do processo de análise, originaram subcategorias.

O Quadro 1 também mostra um considerável índice de casos de afastamento entre os sujeitos da pesquisa. A esse respeito, sabe-se, por meio de um estudo realizado por Magalhães *et al.* (2009) que, no período de 2003 a 2008 ocorreram 511 episódios de afastamentos do trabalho, envolvendo 65 trabalhadores de enfermagem, principalmente mulheres, com idade de 31 a 50 anos. As licenças-saúde dos trabalhadores de enfermagem ocorreram, principalmente, por problemas no sistema osteomuscular em todas as categorias da profissão, vindo, em seguida, as doenças mentais e comportamentais.

As categorias e subcategorias elaboradas a partir dos dados coletados entre os sujeitos foram sintetizadas, conforme a percepção existente sobre qualidade de vida no trabalho, bem como dos fatores intervenientes apontados. Estabeleceu-se, desse modo, uma relação dialética entre a categoria analítica e as categorias empíricas encontradas no estudo apresentado por Minayo (2004).

4.1 A percepção dos enfermeiros acerca da Qualidade de Vida no Trabalho

A Qualidade de Vida no Trabalho é, em geral, aceita como um tema central no estudo das organizações. Todavia, o conhecimento disponível acerca da influência dos programas de QVT sobre a produtividade e a eficácia organizacional é muito escasso (CHIAVENATO, 1999; WONG, 2002). Ao aplicar a metodologia proposta junto aos sujeitos desta pesquisa, foi possível identificar a percepção do trabalhador de enfermagem acerca da qualidade de vida no trabalho.

Na visão de Ponty (1971, p. 8),

Para a saúde do trabalhador, os saberes sobre percepção são importantes porque as atividades de trabalho, de uma forma ou de outra, requerem dos agentes suas capacidades perceptivas (inspeção de qualidade, avaliação de um evento antes, durante e após a sua ocorrência, atividades informativas e com tecnologias da informação; atividades em sistemas automatizados; atividades que aparentemente predominam; componentes de carga física ou psíquica do trabalho etc.).

Logo, evidenciou-se, nos discursos dos sujeitos, a presença marcante do elemento motivacional em suas experiências no trabalho e sua contribuição positiva para a percepção da qualidade de vida laboral.

Herzberg (2009) defendeu que *motivadores*, ou *elementos de satisfação* estão presentes no trabalho e encorajam as pessoas a querer trabalhar e a fazê-lo bem, influenciando sobremaneira seu comportamento. Nesse sentido, o autor relaciona três quesitos básicos para a motivação: conhecimento, habilidade e atitude.

Desse modo, os depoentes expuseram suas vivências, possibilitando tanto a reflexão entre os pares como o fato de que o conhecimento e experiências individuais fossem coletivizados. Ao analisar os achados emergentes do grupo focal, em que foi possível verificar que a percepção dos enfermeiros acerca da qualidade de vida no trabalho, traduziu-se em: a) motivação para a satisfação no trabalho; b) materiais adequados no local de trabalho; c) autonomia e respeito no ambiente de trabalho e d) saúde psíquica no ambiente de trabalho da enfermagem. Em outras palavras, esses aspectos estão diretamente relacionados ao sujeito, à sua intimidade, individualidade, experiência, enfim, a fatores particulares e subjetivos que, de forma direta ou indireta, interferiram na percepção da qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros participantes do estudo.

Assim, os depoimentos agrupados nessa categoria foram subdivididos, originando as subcategorias que serão apresentadas a seguir.

4.1.1 A motivação para a satisfação no trabalho

Quanto à percepção dos enfermeiros acerca da QVT, pode-se identificar, em consonância com os dados apresentados na literatura (CHIAVENATO, 1999; HERZBEG, 2009; WONG, 2002), a importância da criação de uma atmosfera motivadora como fator que predispõe à percepção positiva da QVT:

QVT é ter motivação e satisfação para fazer o que se faz todos os dias no trabalho de forma que essa atividade não seja percebida como um fardo. (Petúnia)

Se tem QVT quando a instituição é capaz de vislumbrar os seus recursos humanos como seres únicos, ímpares, dotados de diferenças e com necessidades diversas, elevando assim sua motivação para o trabalho. (Forsítia)

Ter QVT é quando um espaço organizacional consegue valorizar a subjetividade e passa a considerar os trabalhadores sujeitos do seu trabalho e não objetos de produção; isso promove motivação. (Lírio)

Nessa primeira abordagem, percebeu-se que houve uma intensa interação e participação do grupo de enfermeiros de modo geral, sendo possível identificar, em muitos momentos do desenvolvimento da atividade, a colaboração entre os eles para o estabelecimento das conclusões sobre os elementos-síntese originados da entrevista e estruturados à luz da análise de conteúdo.

Os depoimentos dos sujeitos revelam que, para o grupo, o elemento motivacional se constitui em fator determinante para o alcance da qualidade de vida no trabalho. Esses discursos reforçam o quanto esse fator contribui para o planejamento e organização do serviço, como elemento propulsor para a realização do trabalho.

Motivação, nesse contexto, é entendida como uma força interna no indivíduo, que influencia ou direciona seu comportamento, fenômeno que favorece a maximização do desenvolvimento do potencial humano.

Pode-se destacar ainda que, de acordo com os depoimentos citados, os conceitos de QVT estabelecidos pelo grupo remeteram à importância do desenvolvimento de aspectos que favorecem a identificação do ser humano como ser multidisciplinar, reconhecendo suas mais variadas e amplas necessidades – como satisfação e motivação – para a realização do trabalho. No entanto, houve momentos, durante a discussão do grupo, em que ficou evidente a preocupação quanto à efetividade de ações que conduzam à promoção da saúde do trabalhador. Tais iniciativas são vistas como prioridade a ser considerada nas propostas de intervenção, podendo ser alcançadas por enfermeiros líderes-administradores, desde que sejam entendidas as necessidades organizacionais e individuais.

Dentre os fatores motivacionais para o melhor desempenho no trabalho, a remuneração tem sido destacada em diversos estudos, como os de Batista *et al.* (2005), como importante fator. Entretanto, o mesmo não ocorreu neste estudo; o grupo demonstrou, em sua maioria, que a dignificação do trabalho não está restrita exclusivamente às questões salariais, sendo-lhe mais essencial as situações que promovam a autorrealização, como condições de trabalho e clima organizacional como elementos motivadores. Em outras palavras, houve uma maior valorização dos aspectos subjetivos, como saúde emocional, em detrimento de aspectos mais objetivos, ou materiais, mais especificamente os que envolvam valor pecuniário.

Deduz-se que as questões salariais não foram motivo de preocupação por serem os sujeitos servidores públicos remunerados com salários compatíveis com às suas necessidades. Ressalte-se também que alguns trabalhadores apresentam outros vínculos, o que também lhes confere uma renda mensal mais elevada.

Em estudos em que se buscou identificar os fatores que contribuem para a satisfação no trabalho, a motivação também foi considerada pelos entrevistados como fonte capaz de modificar a forma como o trabalhador percebe sua realidade de trabalho.

Para Tanguy (2000), a motivação do trabalhador consiste em um valioso ingrediente diferencial no mercado, resultando em maior produtividade pela percepção positiva do trabalho. Tal característica, como ressalta o autor, revela-se elevada quando a organização valoriza e implanta a QVT em sua gestão.

Na discussão do grupo, o que se percebe é que os consensos estabelecidos convergem para o que tem sido registrado na literatura, conforme explicitado nas referências aos autores aqui citados. Também reforçam que o aspecto motivacional relaciona-se com a influência dos colegas de trabalho e a interação de personalidades no grupo de trabalhadores, o que, por sua vez, pode gerar sinergias na motivação que possuem.

Assim, compreende-se, de acordo com os resultados, que a QVT pode ser vista como um indicador da melhoria da qualidade no ambiente de trabalho, sendo um conceito estreitamente relacionado à satisfação/motivação dos trabalhadores. Considera-se ser a motivação um componente significativo dentro da organização de trabalho. Segundo Antunes e Sant'anna (1996), é necessário

investigar e analisar os fatores responsáveis pela motivação do enfermeiro no contexto laboral, para promover, assim, sua qualidade de vida no referido espaço.

Na percepção do grupo, ficou evidente que a discussão levantou informações que contribuirão para a efetivação das futuras estratégias, com a finalidade de elevar a qualidade de vida no trabalho no contexto estudado. Essa afirmação é sustentada no depoimento da participante Gérbera: “acho que vivemos aqui um momento histórico para essa instituição, essa discussão é muito rica para a administração, amanhã quem sabe tudo isso não se torne realidade”.

Tendo em vista essa valorização, entende-se que tanto formas de otimização dos resultados advindos do processo de trabalho como a implementação de incentivos positivos traduzidos em condições dignas de trabalho, incluindo salário, condições laborais, estímulo ao aperfeiçoamento e o desenvolvimento de inovações, certamente poderiam impactar de forma positiva e simultaneamente desde usuários a prestadores de serviços.

4.1.2 As condições materiais e a segurança no trabalho

Observou-se, nas falas dos enfermeiros participantes do grupo, elementos que contribuem para a compreensão da percepção que eles possuem acerca da qualidade de vida no trabalho:

Existência de materiais adequados para o desenvolvimento do trabalho promove a QVT, pois diminui os estressores existentes no dia a dia da assistência. (Dália)

Para mim, QVT é ter condições materiais para realizar seu trabalho de forma eficaz e segura, de modo que a qualidade do serviço executado seja mantida. (Tulipas)

Quando possuo recursos materiais para desenvolver o trabalho com segurança e qualidade, isso se resume em qualidade de vida no trabalho. (Azaleia)

Esses discursos indicam a disponibilidade de recursos materiais para a realização de suas atividades assistenciais cotidianas como fator determinante. Tal quesito não somente contribui para a satisfação do enfermeiro em seu campo de atuação, como diz respeito à segurança no trabalho, diante da possibilidade do uso de materiais inadequados ou insuficientes para o desenvolvimento do trabalho. Isso, por conseguinte, poderia interferir na percepção que possuem sobre qualidade de vida laboral e reforça que a organização e as condições do trabalho estão diretamente ligadas à qualidade de vida do trabalhador de enfermagem.

A exemplo do exposto, registra-se o que diz o participante Narciso: “o recurso material é fundamental para o desenvolvimento das atividades, além de representar segurança e dar melhor resolutividade”, que reforça importância da gestão de recursos materiais, a qual deve ser utilizada, portanto, como um plano que prevê as atividades de uma organização de saúde a todo instante em que se dá esse processo de trabalho. Assim, proporcionará a otimização dos recursos, de forma a atender às necessidades organizacionais de curto, médio e longo prazos que se convertem em inúmeros benefícios para o trabalhador de enfermagem.

Para o enfermeiro, um bom desempenho laboral se associa à existência de material básico de trabalho em quantidade adequada. Quando há falta, é um fator de risco físico e psíquico para o trabalhador (BULHÕES, 1998). Associando-se esse fato à sobrecarga de trabalho e ao elevado nível de estresse inerente ao profissional de enfermagem, podem produzir efeitos negativos em todo contexto social do trabalhador, interferindo sobremaneira na percepção do trabalhador acerca da qualidade de vida no trabalho (MATSUDA, 2002).

Além disso, a saúde do trabalhador é essencial para o desenvolvimento de qualquer instituição, seja do setor de saúde público ou privado. O que se observa, porém, é que cada vez mais, as organizações cobram maior produtividade dos funcionários, sem oferecer condições favoráveis para que possam desenvolver suas funções sem prejuízos à saúde.

Igualmente, Farias (2004) aponta que, para o bom desempenho laboral, faz-se necessário observar como importante fator, o quantitativo adequado de material para o trabalho, inclusive aqueles voltados para a proteção individual dos trabalhadores.

Para Junqueira (2008), a satisfação do trabalhador decorre da disponibilidade e da qualidade do material e equipamentos que utilizam constantemente em seus processos de trabalho. Nesse sentido, os resultados são corroborados pelo autor e ratificados pelos depoentes, conforme se identificou anteriormente.

É relevante destacar que estudos como os de Austin e Ruan (2006) também ressaltam a falta de recursos materiais como responsáveis pela ineficiência e o reduzido comprometimento dos trabalhadores com relação à produção e à qualidade do serviço desenvolvido, além de interferir significativamente na valorização e no aproveitamento do tempo durante o desenvolvimento da organização do trabalho.

No entanto, em alguns momentos da atividade de grupo focal, alguns enfermeiros divergiram em suas opiniões quanto à categoria abordada. Assim, um grupo de participantes não identificou qualquer risco no trabalho enquanto outros o citaram. Por essa razão, é importante a implementação de mapa de risco para instituição em tela, cujo objetivo é proporcionar melhores condições de trabalho

para seus funcionários. Sobre esse aspecto, o que disse a participante Peônia torna-se relevantemente simbólica quando comparada às demais opiniões do grupo: “No meu trabalho não estou suscetível a riscos, bom, pelo menos, eu não os vislumbro no dia a dia, só se um paciente me agredir”.

Desse modo, diante da limitação de recursos materiais, os enfermeiros-administradores devem priorizar o planejamento de suas ações, antecedendo todas as etapas para obtenção de uma boa qualidade dos serviços prestados.

4.1.3 Autonomia e relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho

Foram enunciados, na discussão do grupo focal, a autonomia no trabalho e o relacionamento interpessoal como elementos que traduzem a QVT:

Não poderia conceituar qualidade de vida no trabalho sem mencionar a importância da autonomia do profissional para o desenvolvimento de seus papéis e o respeito diante para com suas atitudes [...]. (Margarida)

Qualidade de vida no trabalho é ter autonomia e respeito para desenvolver as atividades pertinentes que nos cabe para que, ao final do dia, se possa ter a sensação de dever cumprido. (Lírio)

Para mim, qualidade de vida é ser respeitado, ser ouvido como ser pensante, poder participar dos processos de construção das propostas de trabalho que, muitas vezes, só conhecemos quando nos são impostas, e sobretudo, ser respeitado. (Tulipa)

Percebeu-se que, para o grupo, de modo geral, a autonomia para participação na tomada de decisões e o respeito a elas são relevantes para o alcance da QVT. Nesse sentido, tem-se a ideia de autonomia associada à tomada de decisões no processo de trabalho da enfermagem, que Ribeiro e Scharaiber (1994) apontam como destaque na organização do trabalho.

Por outro lado, também no grupo enfermeiros, destacaram-se sujeitos que se mostraram resignados à existência ou não de um bom relacionamento, como se pode comprovar no trecho a seguir.

A gente faz o possível para viver em paz com todos, é lógico que qualquer pessoa normal irá priorizar um bom clima de trabalho, mas ninguém vai morrer quando um ou outro fazem questão de deixar claro que não gostam de você. Aí a gente levanta a cabeça e não se abala, mas o serviço tem que ser realizado independente dessa situação. (Peônia)

Quanto à abordagem sobre a importância do relacionamento interpessoal nos processos de trabalho, pode-se perceber que esse foi o momento da discussão que se tornou mais tenso de toda a experiência vivida pelo grupo. Efetivamente, diante da revelação mencionada e reforçada no depoimento anterior, alguns componentes do grupo demonstraram empatia diante da postura dos colegas que se desvelaram. Tal realidade levou a moderadora a realizar diversas intervenções, a fim de resgatar o objetivo da discussão e reconduzir o clima para a sua adequada continuidade.

Esse fato levou a pesquisadora deste estudo à reflexão de que muitas vezes, os relacionamentos interpessoais na enfermagem estão comprometidos pelas relações de poder e de submissão, existentes até mesmo entre os profissionais que atuam em conjunto, mas em distintos níveis hierárquicos, como auxiliares, técnicos, enfermeiros. Isso determina, no espaço social onde esses agentes trabalham, intensas relações estabelecidas num jogo invisível entre dominadores e dominados (BOURDIEU, 2005).

Nesse sentido, Foucault (1992) ressalta que o poder atinge a realidade mais concreta dos indivíduos e que se situa dentro do próprio corpo social, penetrando na vida cotidiana de cada um. A este tipo de poder, o autor chama de micropoder, ou seja, aquele que se exerce em níveis variados e pontos diferentes da rede social. Porém, para a emergência desses micropoderes, é necessário associá-los ao saber que transportam, pois cada poder está embasado em um tipo de saber. Assim, os saberes femininos, muito presentes no dia a dia das

enfermeiras, também incorporam um determinado tipo de poder que, muitas vezes, fica implícito ou pouco visível nas relações das quais participam essas profissionais que atuam nos processos de trabalho.

A importância do relacionamento interpessoal nos processos de trabalho da enfermagem é ratificada por Farias (2004, p. 135), que afirma:

[...] o relacionamento no ambiente laboral apresenta relevância, pois o ser humano é um ser social por natureza e o desenvolvimento de boas relações no trabalho favorece sua relação de forma integrada. A sensação de harmonia é vital para o crescimento do grupo como um todo, facilitando o incremento de sentimentos positivos que resultam em melhor QVT [...].

Ademais, o relacionamento interpessoal é um fator interveniente na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem (FARIAS e ZEITOUNE, 2007), uma vez que revela o grau de satisfação dos colaboradores em relação ao seu bem-estar psicológico, emocional e social em situação de trabalho.

Para Robazzi *et al.* (1999), no trabalho, a equipe de enfermagem vivencia múltiplas situações, entre as quais se incluem as dificuldades de relacionamento interpessoal, geradoras de sofrimento no referido contexto.

Sobre essa relação causal, Bianchessi e Tittoni (2008) sugerem identificar e examinar os fatores que culminam com a satisfação ou insatisfação no trabalho.

Assim, Bianchessi e Tittoni (2008) relacionam dimensões da produtividade: a dimensão racional – voltada para meios e recursos materiais de trabalho – e a dimensão emocional, na qual se estabelece o relacionamento dos homens entre si e com as condições de trabalho nas quais está inserido.

Desse modo, o clima organizacional aparece no estudo como um fator determinante para elevar a percepção da qualidade de vida no trabalho, pois, se afetada qualitativamente, conduzirá à alienação do empregado e à insatisfação, à má vontade, ao declínio da produtividade, a comportamentos contraproducentes.

Por clima organizacional entende-se um conjunto de propriedades mensuráveis do ambiente de trabalho percebido, direta ou indiretamente, pelos indivíduos que dele participam, e que influencia a motivação e o comportamento dessas pessoas (DANIEL, 1993).

Autores como Noronha (2000) e Geovatan (2004) definem clima organizacional como indicador de satisfação dos membros de uma empresa, em relação a diferentes aspectos da cultura ou realidade aparente da organização, tais como: políticas de RH, modelo de gestão, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa.

Nesse sentido, a apuração do nível de satisfação dos colaboradores no contexto de trabalho da enfermagem se faz necessária para indicar e apoiar as decisões dos enfermeiros líderes-administradores e para mensurar como está a qualidade de vida no trabalho desses colaboradores. Esse último item será visto segundo os seguintes pontos de vista: a) na enfermagem, estabelecendo referências confiáveis sobre um ambiente específico para implementar ações no contexto da enfermagem, para que cresça a motivação; b) gerando um espírito participativo, efetivo e c) levando as instituições de saúde a atingirem excelentes níveis de produtividade e comprometimento.

O clima organizacional é uma variável que influi diretamente na produtividade, pois o grau de salubridade de uma organização depende de sua atmosfera psicológica. Essa atmosfera é fruto do conjunto de percepções das pessoas que compartilham seu dia a dia na instituição em que trabalham.

Assim, se a qualidade do trabalho for positiva, conduzirá a um clima de confiança e respeito mútuo, e os trabalhadores de enfermagem tenderão a

aumentar suas contribuições e elevar suas oportunidades de êxito psicológico; a administração tenderá a reduzir mecanismos rígidos de controle social.

4.1.4 A saúde psíquica no ambiente de trabalho da enfermagem

Quanto a este item, há novos elementos expressos pelos integrantes do grupo focal, como os transcritos a seguir.

Entendo qualidade de vida no trabalho como um equilíbrio psíquico favorável, digno e que contribua para sentir-se bem e identificar o trabalho como algo que seja prazeroso. (Narciso)

Investir no ambiente de trabalho em relacionamentos sadios torna-se um ganho para o bem-estar pessoal e de toda equipe. (Azaleia)

É ter estrutura psíquica para lidar com situações diversificadas no ambiente de trabalho como o ritmo intenso em que trabalhamos, muitas vezes com supervisão excessiva, tornando-o mais prazeroso e digno. (Margarida)

Observa-se que o grupo faz menção a sentimentos variados, como equilíbrio emocional, bem-estar, prazer, sentimentos que devem ser vivenciados no cotidiano das atividades em prol da qualidade de vida no trabalho, evidenciando ainda a preocupação com a riqueza das interações. Assim sendo, para o grupo, a satisfação e o bem-estar podem estar relacionados diretamente com a representação que esse trabalho possui.

Uma importante discussão proposta pelo grupo, também oriunda dos relatos supracitados, revelou a capacidade de identificação dos agentes estressores no cenário de prática. De acordo com os componentes do grupo, essa competência contribuiria sobremaneira para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do mal-estar psíquico, o que, conseqüentemente, levaria à minimização do impacto do estresse sobre eles. Além disso, favoreceria

o planejamento de programas preventivos, o que aguçaria a percepção dos trabalhadores quanto à qualidade de vida no trabalho.

Silva *et al.* (1998) destacam, em estudo semelhante, que, na enfermagem, os fatores atribuídos aos riscos psíquicos são: atenção constante, supervisão acirrada, ritmo intenso de trabalho, trabalho repetitivo, ausência de comunicação e criatividade.

Ao analisar a inter-relação entre saúde mental e trabalho, Dejours (1999) acentua o papel da organização do trabalho no que tange aos efeitos negativos ou positivos que aquela possa exercer sobre o funcionamento psíquico e à vida mental do trabalhador.

O sofrimento psíquico é entendido em uma perspectiva dinâmica, como nexos causal, que pode propiciar prejuízos à saúde do trabalhador, predispondo-o ao adoecimento (DEJOURS, ABDOUCHELI e JAYET, 1994). É necessário que esse sofrimento seja relacionado às situações concretas de trabalho, considerando as interações entre condições físicas, químicas e biológicas e a organização do trabalho.

Diversos fatores intrínsecos nos discursos dos sujeitos do grupo indicam a importância de repensar e aprofundar os valores da práxis profissional, acumulados, até o momento, na tentativa de enfrentar o problema do enfermeiro – calcado na necessidade de protegê-lo dos impactos advindos da sua relação com o trabalho. Nessa perspectiva, a QVT representa uma importante estratégia para a reformulação das condições de trabalho e, por conseguinte, contribui para a melhoria da produtividade organizacional.

Fernandes (1996) sustenta que a discussão do problema pode parecer inadequada e impertinente frente à crise generalizada em que se vive. Impõe-se a

reflexão sobre o significado que as pessoas assumem, no âmbito da estrutura organizacional, especialmente quando se considera que elas representam recursos, cujo potencial é geralmente subutilizado.

Em contrapartida, por mais que se preocupem com o trabalhador, não se pode negar que a atenção que as empresas dão à QVT se baseia na necessidade da produtividade, associada ao bom desempenho de seus empregados, tornando, desse modo, o ambiente de trabalho mais satisfatório e motivador (WONG, 2002).

Entretanto, em se tratando de uma instituição pública de saúde, como é o caso do cenário deste estudo, o lucro não é esperado como forma de saldo líquido em espécie, mas sim na sua economia para a aplicação e desenvolvimento de novos serviços. Nesse sentido, tornou-se comum, na atualidade, a contratação de recursos humanos como estratégia para economia dos recursos financeiros, em grande parte das gestões hospitalares; ou seja, mão de obra terceirizada.

Contudo, a partir das várias definições dos participantes do grupo focal sobre QVT, é possível fazer algumas considerações. A primeira delas é que, para eles, trata-se de um conceito abrangente, que extrapola os limites da saúde física e que está ligado à sua forma de interagir com o constante movimento existente ao seu redor, em que se valoriza como ser humano. Na verdade, estendem esse conceito às suas expectativas de vida que, muitas vezes, confundem com o conceito de bem-estar no trabalho.

Portanto, a subcategoria *saúde psíquica no ambiente de trabalho da enfermagem* possibilitou a análise e discussão acerca do que pensam os sujeitos sobre Qualidade de Vida no Trabalho, como conceituam e o que valorizam nesse contexto. Além disso, foi possível verificar o interesse que muitos possuem pelo

tema, o que talvez esteja relacionado às suas necessidades cotidianas, o que poderá ser um ponto de aprofundamento de novas pesquisas envolvendo esta temática.

Diante do exposto, destacou-se a importância de o trabalhador estar bem para melhor exercer sua atribuição profissional e elevar sua percepção sobre a qualidade de vida no trabalho. Isso vai ao encontro das recomendações e convenções sobre a saúde do trabalhador, preconizando que o profissional de enfermagem precisa estar apto para o desempenho do seu trabalho e que essa aptidão exige dele, além da saúde física, saúde mental e qualidade emocional (FARIAS, 2004).

4.2 Os fatores intervenientes na QVT

No contexto laboral, para os trabalhadores de enfermagem, essa categoria contempla o segundo objetivo e tomou como base os depoimentos dos sujeitos no grupo focal – o que possibilitou identificar os fatores intervenientes na qualidade de vida dos enfermeiros.

Por ser considerado o principal espaço laboral para os trabalhadores de enfermagem, o hospital configura-se também como espaço insalubre, que pode trazer, além de consequências graves à saúde, interferências no padrão e na percepção da qualidade de vida dos trabalhadores, dada a existência de diversos fatores intervenientes intrínsecos no processo e organização do trabalho nesse ambiente.

No caso brasileiro, são diversos os trabalhadores de enfermagem que se inserem em um contexto laboral complexo e inadequado à saúde e à qualidade de vida, expondo-se à ocorrência de prejuízos físicos e psíquicos à sua saúde,

como ocorrência de acidentes de trabalho e/ou a desgastes de variadas naturezas, com os de cunho pessoal, social e econômico (SILVA e MARZIALE, 2000).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) registram que as pressões derivadas da organização do trabalho estão relacionadas à própria forma com que este último é concebido. Por um lado, a divisão de trabalho, que reparte as tarefas entre os trabalhadores, ou seja, o modo operatório prescrito; por outro, a divisão de homens: hierarquia, controle, perda de autonomia, relações de poder, dentre outros. Se as condições de trabalho têm por alvo principal o corpo, sua organização atua em nível de funcionamento psíquico do trabalhador.

A obra de Mendes e Abrahão (1996) reforça que a visibilidade dos aspectos que envolvem a organização do trabalho tem resultado em uma série de consequências para a saúde mental dos trabalhadores.

Ademais, o estudo da organização do trabalho antecede toda a análise sobre a qualidade de vida dos trabalhadores, principalmente pelo contexto histórico do capitalismo e as suas peculiaridades quanto à produção, submetendo-os às diversas formas de pressão, tanto psíquicas quanto físicas, pela ação das cargas de trabalho, condições laborais e salários desproporcionais e insuficientes nas atividades empreendidas (LEOPARDI, 2002).

4.2.1 A organização e o processo de trabalho de enfermagem como fatores intervenientes na QVT

Em relação a essa categoria, extraíram-se da discussão do grupo focal os seguintes depoimentos:

[...] o principal fator que interfere na nossa QVT é uma melhor organização do processo de trabalho, que minimize ou erradique os problemas do dia a dia. (Mágnólia)

Muita coisa interfere no alcance da QVT, como, por exemplo, desenvolver um processo de trabalho que não tenha sido organizado previamente. (Rosa)

[...] as dificuldades no sistema institucional que envolvem políticas em geral, verbas, burocracia, normas e rotinas, resultantes da falta de organização do trabalho. (Lírio)

O grupo de participantes indica a organização e o processo de trabalho como fatores intervenientes na qualidade de vida laboral. As insatisfações recaem sobre as normas e rotinas de atividades burocratizadas, dificultando o desenvolvimento das atividades, como, por exemplo, a utilização do prontuário do cliente e a dificuldade de acesso a ele, para os atendimentos subsequentes.

Na instituição em estudo, o enfermeiro, no uso de suas atribuições, desenvolve a consulta em diversas áreas – DST, ginecológica, geriátrica, pediatria, entre outras. Isso é representado positivamente e contribui para a valorização de seu trabalho. Essas atribuições são ainda pouco desenvolvidas nas instituições de saúde do país, mas o cenário deste estudo permite uma autonomia ao trabalhador de enfermagem, ainda que ele não esteja tão ligado ao modelo biomédico.

Outra situação apontada pelo grupo se concentra no relato da participante Dália: “uma gerência das necessidades expressas no desenvolvimento das atividades otimizaria e daria maior resolutividade a nossas condutas”. Ou seja: quando o gerenciamento do serviço de enfermagem não privilegia uma assistência qualificada, pode se configurar como fator interveniente da QVT.

Considerando os diversos processos de trabalho existentes em uma instituição de saúde – e sua ampla disseminação de forma intersetorial –, as maiores implicações de sua efetividade consistem no modo como têm sido implementados. Assim, tais processos consideram as contribuições dos gestores da enfermagem, entretanto ainda se observa a falta de sintonia entre as áreas envolvidas para que ocorra o perfeito funcionamento dos serviços. De fato, a ausência dos responsáveis pela instituição faz com que muitos processos apenas existam; porém, dificilmente são avaliados e modificados, não havendo o envolvimento e a responsabilidade de todos. Isso é fruto de uma administração piramidal, em que as decisões vêm do topo, com chefes centralizados, que determinam o que deve ser feito. Com efeito, devem-se questionar, nesse processo, sujeitos que não possuem autonomia para decidir.

Ressalte-se que a enfermagem de uma instituição caminha de acordo com a organização. Desse modo, trabalhá-la como competência se constitui, para os gestores, em uma complexa tarefa, pois para o seu almejado sucesso são necessárias profundas transformações na cultura institucional e de seus trabalhadores (BALSANELLI *et al.*, 2008).

Silva e Marziale (2000) assinalam que os reflexos da qualidade do trabalho realizado e a qualidade de vida desses trabalhadores influenciam diretamente a forma de organização dos serviços, principalmente no que se relaciona aos altos índices de faltas, rotatividade e evasão profissional.

No que tange ainda à discussão das categorias empíricas que se atrelaram à construção dessa subcategoria, apesar de ter sido bastante representativo nos depoimentos os elementos derivados das condições de trabalho, há, em relação a esse aspecto, sujeitos que não compartilham da visão majoritária do grupo.

Acredita-se que essa divergência se sustenta pela natureza de seus postos de trabalho, pois os que foram minoria desenvolvem na instituição estudada trabalhos de educação em saúde para grupos de usuários vulneráveis. Não vivenciam em seu cotidiano, portanto, condições de risco tão representativas quanto aqueles que, por exemplo, trabalham na testagem sorológica.

Nessa linha de pensamento, Fischer e Paraguay (1989) apontam o ambiente de trabalho como um conjunto de fatores interdependentes, que atua direta e indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. Do mesmo modo, os autores justificam que a compreensão da visão global das influências desses fatores no trabalho facilita o reconhecimento das dificuldades e desconfortos, da insatisfação, dos baixos desempenhos, das doenças camufladas e/ou da ocorrência de acidentes e incidentes de trabalho.

Discutindo essa complexidade, Figueiredo *et al.* (2003) fazem uma reflexão que evidencia a inter-relação das questões objetivas e subjetivas que moldam sentimentos e concepções acerca do trabalho e nem sempre são de fácil entendimento, dada a profundidade de determinantes aí envolvidos.

Vale destacar que os trabalhadores reconhecem seu papel e sua função para que a engrenagem do hospital-escola funcione, o que fica claro em um dos depoimentos sobre o hospital: "a gente também faz parte dessa história". Tal questão remete ao que Castel (1998) discute sobre a construção da dignidade social em contrapartida à sua utilidade social.

Para Joville (2008), um dos grandes objetivos da adequação do trabalho está em aproximar ao máximo – ou até mesmo igualar – o trabalho prescrito com o trabalho real, para que possa ser alcançado o equilíbrio emocional e psíquico do indivíduo. Essa ideologia também é sustentada pelo Ministério da Saúde, através

do *Humaniza SUS* como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão na qual o Hospital São Francisco de Assis se insere.

Diante do exposto, a organização do trabalho, tanto de forma individual como social, deve ser considerada a partir da adequação do ambiente, quer seja físico ou social. Pode-se considerar que as organizações são estruturas compostas por unidades internas, com suas peculiaridades, as quais interagem com o meio externo, em processo contínuo de inter-relação com interferência mútua, o que resulta na precarização do trabalho.

Do mesmo modo, Lacaz (2000) revela que, para elucidação da qualidade de vida no ambiente laboral, também é necessária a análise dos aspectos ligados ao processo de trabalho, o que permite compreender as articulações do processo saúde – doença dos trabalhadores com as representações do mundo subjetivo, referentes às suas vivências, desejos e sentimentos.

Ainda sobre esse aspecto, Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) mostram que o profissional da saúde, ao refletir sobre o seu modo de agir, pode inserir-se na realidade, de uma maneira mais crítica e consciente. Dessa forma, poderá resgatar a percepção sobre si mesmo dentro do contexto de trabalho, o que implica uma reflexão crítica e dialógica acerca dos princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais de enfermagem, de modo a assumirem sua condição de sujeitos, agentes de transformações.

Portanto, é fundamental que os dirigentes, em consonância com o grupo de enfermagem, pensem na QVT dentro do contexto laboral. Nesse sentido, Whostock (2007) ressalta a necessidade da unificação dos órgãos administrativos e das categorias de trabalhadores envolvidos na discussão da QVT para se

esboçar uma política de recursos humanos voltada tal fim, de forma a resolver ou, pelo menos, amenizar as dificuldades que se refletem no desempenho do profissional e na qualidade do seu trabalho diário, harmonizando, desse modo, os interesses individuais e organizacionais.

4.2.2 As condições precárias de trabalho de enfermagem como fatores intervenientes de QVT

Nesta subcategoria, os enfermeiros participantes do grupo focal enunciaram, em suas discussões, as condições precárias de trabalho, especificamente no que concerne ao ambiente laboral da enfermagem, como importantes fatores intervenientes na QVT, conforme se pode identificar nos discursos a seguir.

Não tem ar condicionado, falta informatização nos setores e, sobretudo, uma estrutura física que proporcione o desenvolvimento seguro e adequado das atividades. (Orquídea)

Precisamos de melhores condições de trabalho, por exemplo, isso é fundamental para o desenvolvimento de uma assistência com segurança, eu me sinto insatisfeita em trabalhar em um ambiente não seguro e que me expõe a riscos. (Tulipa)

Problemas de conservação do espaço físico em geral são fatores que interferem muito no modo como percebemos no dia a dia o trabalho que realizamos. (Hortência)

Nota-se que os participantes identificaram que a precariedade das condições e ambientes de trabalho são fatores que dificultam o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de redução e/ou eliminação e controle dos riscos laborais, incluindo uma definição estratégica da forma de intervenção no ambiente de trabalho para atenção à saúde desses trabalhadores.

A esse respeito, cabe ressaltar que, por se tratar de uma instituição fundada em 1876, o cenário do estudo necessita de uma reestruturação da planta física. De fato, o ambiente físico ainda apresenta a mesma estrutura de construção e de funcionamento de sua fundação, salvo pequenos ajustes e adaptações, que pouco contribuiu para sanar o atual problema da falta de adequação para o bom desempenho laboral. Esse trabalho, na atualidade, ainda sofre com pressões oriundas de novos fatores, como o crescimento da demanda populacional e intensa atividade provocada pelo aumento do funcionalismo.

Vale destacar que a instituição apresenta limitações físicas que justificam a impossibilidade do seu crescimento. No entanto, quanto às reformas necessárias, não existe conhecida restrição, tanto que, em abril de 2010, após longo período de espera, foi aprovado o projeto de restauração da instituição pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), cujo financiamento se dará entre uma parceria da reitoria da UFRJ com o BNDS.

Contudo, tais reformas não contemplarão os ambientes internos da instituição. Em virtude das condições que interferem na qualidade de vida no trabalho dos profissionais, que de um modo geral, trafegam durante o dia por diversas vezes entre os ressaltos e desníveis, essas pessoas se sentem desassistidas. Tal aspecto muito preocupa os trabalhadores, conforme se pôde constatar na declaração da participante Rosa: “Seria extremamente importante que, internamente, a instituição também fosse restaurada, pois convivemos em condições ainda precárias”.

Nesse sentido, a organização da planta física, no local de trabalho, deve ser adequada para o bom desempenho laboral atendendo às necessidades ergonômicas dos trabalhadores, conforme NR-17 (MINISTÉRIO DO TRABALHO

E EMPREGO e MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2004). O estabelecido na norma regulamentadora mencionada é reforçado pelo depoente Lírio, que diz: “muito seria facilitado em nosso trabalho se não tivéssemos que driblar os escombros e ressaltos que encontramos em alguns percursos que passamos diversas vezes ao dia”.

Sobre essa realidade, Campos (1992) distingue, como regra básica de ergonomia para organização dos locais de trabalho, a previsão de espaços físicos compatíveis com as necessidades das pessoas, proporcionando conforto no ambiente de trabalho.

Farias (2004) também salienta que, no planejamento da planta física onde as pessoas vão trabalhar, devem ser observadas as dimensões e a adequação do mobiliário àquele espaço, garantindo que o trabalho intelectual seja efetuado longe de ruas movimentadas e de máquinas produtoras de ruído e, ainda, afastado de fonte de calor ou de odor. É dessa forma que se proporcionam condições favoráveis ao desempenho laboral. Nessa esteira de raciocínio, cumpre destacar os objetivos e o campo de aplicação da norma regulamentadora NR 32 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que estabelece diretrizes para segurança dos trabalhadores no serviço de saúde:

32.1 Do objetivo e campo de aplicação:

32.1.1 esta Norma Regulamentadora – NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Com base nas situações dos trabalhadores e nos seus ambientes de trabalho, é concebível que uma legislação positive aspectos do estabelecimento de normas que regulamentem a proteção à saúde dos trabalhadores, uma vez que a globalização tem exigido constantes mudanças na forma de organização do trabalho imposta aos trabalhadores, impossibilitando que eles vivam, criem e se realizem plenamente.

Refletindo sobre os argumentos apresentados na discussão dos participantes do grupo para caracterizar os fatores intervenientes da qualidade de vida no trabalho, pode-se citar a análise de Chiavenato (1999, p. 332), quando trata da influência das condições de trabalho e da organização laboral sobre a dimensão subjetiva dos recursos humanos:

[...] Se a qualidade do trabalho for pobre, conduzirá à alienação do empregado, à satisfação, à má vontade, ao declínio da produtividade e a comportamentos contraproducentes. Se a qualidade do trabalho for boa, conduzirá a um clima de confiança e respeito mútuo, no qual o indivíduo tenderá a aumentar suas contribuições e elevar suas oportunidades de êxito psicológico e a administração tenderá a reduzir mecanismos rígidos de controle social [...].

De maneira geral, as condições inadequadas de trabalho no ambiente hospitalar provoca agravos à saúde que, segundo Oliveira, Alves e Miranda (2009), podem ser de natureza física e psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, de eliminação, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, fatos que, muitas vezes, levam a acidentes de trabalho e licença para tratamento de saúde.

Para minimizar esse desgaste, as empresas têm efetuado várias ações. Entre elas, as análises ergonômicas através da Norma Regulamentadora 17 (NR17), do Ministério do Trabalho.

Sabe-se que as bases legais da política de proteção à saúde do trabalhador estão: a) na Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde; b) nas atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei nº. 6.229/75); c)

nas Leis nº 8.212/91 e nº 8.213/91, que dispõem sobre a organização da seguridade social e instituem planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e d) na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90. Assim sendo, orientando-se por essas bases, percebe-se que as ações podem e devem ser pautadas em características que favoreçam maior resolutividade dos problemas.

Ainda sobre a categoria empírica apresentada, os resultados mostraram a preocupação dos participantes do estudo com as condições atuais disponíveis no contexto de trabalho para o adequado desenvolvimento das atividades, além de desejarem estar em um ambiente favorável à sua saúde, situação esta que lhes possibilitaria agir de modo seguro, contribuindo para o reconhecimento da QVT.

Nessa linha de raciocínio, Farias (2004) reforça que o trabalhador de enfermagem, sujeito à multiplicidade de fatores condicionantes da saúde, no contexto de trabalho, necessita de um ambiente laboral saudável que lhe ofereça condições favoráveis ao seu bem-estar, corroborando, assim, com as necessidades apontadas em relação ao cenário estudado.

Por oportuno, ressaltem-se os objetivos e o campo de aplicação da Norma Reguladora 5 (NR5), que estabelece diretrizes para a segurança dos trabalhadores:

NR5.1 DO OBJETIVO E CAMPO DE APLICAÇÃO

NR5.1.1 Esta Norma Regulamentadora – NR tem como finalidade a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a se tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Nesse sentido, as condições ambientais devem ser avaliadas constantemente para o desenvolvimento da QVT, pois esta, lembrando Chiavenato (1999), não é apenas determinada pelas condições individuais ou situacionais, mas, sobretudo, pela atuação sistêmica dessas duas características.

De igual modo, o trabalho precário em saúde também tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do processo laboral e do alcance da QVT, pois essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados (ALVES, 2000).

Assim sendo, destaca-se a necessidade de se analisar alternativas de ação e buscar saídas compatíveis e viáveis para a resolução desse considerável problema, pois só assim estarão garantidos o respeito e a dignidade dos trabalhadores que atuam na área da saúde.

Considerando-se que a QVT está associada às boas condições que se criam em um ambiente laboral, conforme o grupo focal apresentou, pode-se compreender que isso afeta diretamente as relações entre as pessoas e, sem dúvida, afeta também o resultado final do trabalho, independente deste ocorrer em uma instituição de saúde pública ou privada, já que o diferencial está na condição que afeta a percepção do sujeito que vivencia o seu cotidiano de trabalho.

Tal realidade também foi identificada por Silva *et al.* (1998) que, ao analisar 1.506 acidentes do trabalho no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – outra importante instituição pública de saúde voltada ao desenvolvimento das práticas de ensino e pesquisa no país –, encontrou lacerações e ferimentos, contusões e torções como as mais frequentes causas de afastamento, o que reforça a importância da adequação do ambiente para o desenvolvimento laboral.

A esse respeito, Monteiro *et al.* (2004) também relatam, a partir de estudos feitos com o pessoal da enfermagem atuante em uma unidade de internação de um hospital que trata de pacientes com alto grau de dependência física, a

existência de queixas nas regiões lombar e cervical, nos ombros, joelhos, mãos e punhos, além de problemas relacionados a fatores psicológicos.

Do mesmo modo, Ribeiro e Diniz (2005) identificaram diversos fatores ergonômicos encontrados de ordem físico-ambiental, organizacional, biomecânica e de posto de trabalho, corroborando a visão da literatura (CARRILLO e MAURO, 2004; MONTEIRO *et al.*, 2004; PARADA *et al.*, 2002; PASCHOARELLI *et al.*, 2004), o que reforça esse aspecto como fator interveniente na qualidade de vida do trabalho.

Sobre a ergonomia, destaque-se que, de acordo com Ribeiro e Diniz (2005), a enfermagem tem sido citada como exposta a um elevado número de fatores de risco que resultam em constrangimentos ergonômicos.

Essa realidade é ratificada por Parada *et al.* (2002) que, ao estudarem um hospital universitário, descobriram acidentes de trabalho e lesões ocupacionais afetando o pessoal da enfermagem. Da mesma forma, Carrillo e Mauro (2004), ao realizarem pesquisas com o corpo de enfermagem em um hospital universitário, comprovaram desconfortos de ordem físico-ambiental, psicossocial e biomecânico.

Os achados também apontam para a importância da reflexão acerca das ordens teórica e metodológica relacionadas com a questão da avaliação dos riscos ocupacionais, assim como do desenho e da implementação de processos de intervenção efetivos à sua promoção, o que pode refletir conflitos nas relações de trabalho e interferir na satisfação do trabalhador. Conseqüentemente, esses riscos interferem na qualidade de vida no trabalho, elevando os custos e contribuindo para o declínio da excelência da assistência, afetando a organização, trabalhadores e clientes.

4.2.3 As cargas psíquicas do trabalho de enfermagem como fatores intervenientes de QVT

Os relatos seguintes apresentam novos elementos que se configuram como fatores intervenientes da qualidade de vida no trabalho:

Hoje, o principal fator que compromete minha qualidade de vida no trabalho é o desrespeito com meus limites. Sou um ser humano, logo, subentende-se que tenho meus limites psíquicos para suportar as demandas que vivencio. (Margarida)

A jornada de trabalho e a exigência por uma produção constante deixam qualquer trabalhador desestruturado; também é difícil trabalhar em certas condições, é complicado ouvir o que o paciente diz em uma sala onde se escuta todo o barulho da rua. (Dália)

Acredito que os trabalhadores que são obrigados a lidar com situações que os expõem a riscos de acidentes de trabalho não têm qualidade de vida, porque vivem sempre com medo de que algo de ruim lhes aconteça. (Azaleia)

Os trabalhadores de enfermagem percebem QVT como a saúde psíquica no trabalho e reforçam que tal quesito é um fator interveniente na QVT. Assim, enfatizaram as causas emocionais oriundas da clientela e sua vulnerabilidade aos riscos ocupacionais existentes no trabalho desempenhado por eles. Como a maioria apresenta multiplicidade de emprego, existe uma sobrecarga laboral que afeta a subjetividade do trabalhador.

As cargas psíquicas se subdividem em: a) as que provocam tensão prolongada ou sobrecarga psíquica, como atenção constante, ritmo de trabalho acelerado, trabalho perigoso, supervisão constante, dentre outras e b) subcarga psíquica, que limita o uso da capacidade mental decorrente de atividades desprovidas de conteúdo, da separação entre concepção e execução do trabalho, hierarquia, ocasionando a desqualificação do trabalhador, interferindo significativamente na atividade laboral dos trabalhadores de enfermagem (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Assim, ao entender as cargas como elementos que provocam processos de adaptação – e se traduzem em desgaste no corpo do trabalhador – é fundamental discutir essa categoria no estudo da saúde e sua relação com o trabalho de enfermagem. O desgaste é resultado de processos adaptativos que acometem o trabalhador, sendo apontado por Laurell e Noriega (1989, p. 115) "como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica [...]", não se referindo a um processo isolado, mas ao conjunto dos processos biopsíquicos.

Entende-se que, embora o desgaste se manifeste nos indivíduos, é somente em nível coletivo que este ganha dimensão. Corresponde a um conjunto de alterações negativas, como consequência da ação das cargas sobre o corpo humano. O desgaste pode não apenas acarretar a perda de órgãos como também comprometer o desenvolvimento das potencialidades psíquicas ou biológicas do trabalhador.

Portanto, para compreender os impactos sobre a saúde – doença dos trabalhadores –, é necessário entender como as cargas interagem no corpo do indivíduo no processo de trabalho e a potencialização de efeitos sobre os trabalhadores de enfermagem, ocasionando adoecimentos diversos. Por esse motivo, torna-se imperioso entender o processo de trabalho da enfermagem de forma global, lacuna de conhecimento a ser preenchida através de futuros estudos em relação ao tema.

Silva e Marziale (2000) também acrescentam que esse processo interativo imputa procedimentos cognitivos, em relação à organização das tarefas e ao ritmo do trabalho intelectual e psíquico, que têm a ver com os níveis de conflito nas representações conscientes ou inconscientes das relações entre a situação do trabalho e a pessoa. Assim, os múltiplos riscos embutidos nessa situação talvez

não sejam conhecidos pela maioria dos trabalhadores, o que certamente interfere na QVT.

Quanto ao sistema de saúde em geral, Neves *et al.* (1997) afirmam que a cobrança por uma produção que não valoriza a qualidade do trabalho, mas a quantidade, é outro fator que gera angústia e estresse. Isto leva os trabalhadores a se sentirem ameaçados e inseguros com a possibilidade de não atenderem às expectativas do mercado, que exige cada vez mais qualificação e aumenta a competição.

São consenso no meio científico as questões humanas como problemas importantes encontrados pelas empresas (COSTA e TAMBELLINI, 2009). Na busca de solucioná-los, torna-se imprescindível a implementação de ações que visam à qualidade de vida no trabalho.

Sob tal enfoque, os trabalhadores representam recursos essenciais, que devem ser otimizados, e não usados de forma indiscriminada, como seres meramente executantes e acríticos – ou aliados das decisões que lhes dizem respeito.

Dando seguimento a essa linha de discussão, é relevante destacar que a enfermagem brasileira ainda não dispõe de uma legislação que abarque toda a complexidade de trabalho, mesmo sendo considerada uma profissão com características especiais. A enfermagem luta por seus direitos de melhores condições de trabalho, como, por exemplo, o movimento a favor da aprovação da jornada de 30 horas de trabalho. Embora esse debate esteja em voga, a reivindicação não é nova e vem sendo travada desde o veto da lei em 1983, pelo Presidente da República. A justificativa desse veto, à época, foi que não havia razões sociais para a sua aprovação (LORENZETI, 2007).

Ao se tratar desse assunto, percebeu-se que, para os enfermeiros participantes do estudo, a vulnerabilidade aos riscos laborais, principalmente em relação à estrutura física da unidade, interfere na sua percepção sobre a QVT. Os depoentes convivem constantemente com medo das possíveis eventualidades nesse sentido. O sofrimento, portanto, surge pela dificuldade de reconhecimento institucional da situação de seu trabalho. Essa é uma das formas típicas de sofrimento reconhecidas por Dejours (1999).

Lorenzetti (2007) afirma que os riscos permanentes a que estão submetidos os profissionais de enfermagem e as exigências emocionais para o trabalho representam uma das crises atuais vividas pela profissão. Ademais, a instabilidade, a insegurança, a falta de confiança no futuro e a desvalorização do trabalho da enfermagem, além da deterioração da assistência prestada à população, têm levado a uma grande insatisfação e forte tendência à evasão profissional.

Esse assunto foi estudado por Neves *et al.* (1997, p. 4), que destaca:

[...] a cobrança por uma produção que não valoriza a qualidade do trabalho, mas a quantidade, é outro fator que gera angústia e estresse, o que os faz sentir ameaçados e inseguros com a possibilidade de não estar atendendo às expectativas do mercado, que exige cada vez mais qualificação e aumenta a competição, deixando o trabalho precarizado [...].

Ao final desta segunda categoria, embasando-se nas discussões apresentadas pelos participantes, infere-se que, para eles, obter uma melhor qualidade de vida no trabalho pressupõe modificar hábitos e rotinas, ou seja, modificar a própria cultura organizacional e avançar nas políticas de desenvolvimento dos seres humanos.

Nesse sentido, ações como melhorar as condições ocupacionais, implantar formas inovadoras de gestão e identificar as expectativas dos trabalhadores

podem representar um importante caminho para mantê-los mais motivados e com sua percepção elevada sobre a QVT. O trabalhador precisa ser visto como ser humano, com características individuais, necessidades próprias e que deve estar satisfeito com sua ocupação.

4.3 Estratégias propostas pelos enfermeiros para a promoção da saúde do trabalhador e a QVT no contexto estudado

As subcategorias a seguir destacam as estratégias apontadas pelos participantes da atividade de grupo focal para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros, no contexto laboral.

Adotou-se para o estudo o conceito de estratégia desenvolvido por Vilela (2007), que define estratégias como ações que visam a facilitar a obtenção da eficiência no trabalho e multiplicar o rendimento e a qualidade dos resultados do processo contínuo de trabalho.

Assim, para o grupo de participantes, faz-se necessário implementar ações estratégicas que visem à promoção da QVT, tais como a contratação de recursos humanos e medidas administrativas nesse sentido.

Percebe-se, desse modo, que os enfermeiros não só almejam novas formas de organização e gerenciamento dos recursos humanos envolvidos em todo o processo de trabalho, como têm consciência da importância da reorganização das tarefas desenvolvidas. Assim, acredita-se que dois aspectos preliminares devem ser considerados, um de natureza operacional e outro de natureza ética, ou seja, de um lado tem-se como realidade a urgente necessidade das adequações físico-estruturais para o desempenho seguro e adequado do

serviço realizado e de outro, o reconhecimento de um direito do trabalhador pautado na Política Nacional do Trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

4.3.1 A promoção da saúde do trabalhador e segurança no trabalho de enfermagem como estratégias diretivas para QVT do trabalhador

Os próximos registros do grupo de enfermeiros participantes respondem ao terceiro e último objetivo do estudo, que foi conhecer as estratégias propostas para a promoção da saúde do trabalhador e a qualidade de vida no trabalho no contexto estudado.

[...] a instituição deve oferecer acompanhamento na saúde dos trabalhadores, com consultas marcadas e feitas na própria unidade. (Orquídea)

[...] penso que o desenvolvimento de um programa de QVT com ações estratégicas que visem diminuir as cargas físicas e psíquicas do trabalho poderia ser fundamental para a promoção da saúde. (Magnólia)

[...] uma reestruturação no processo organizacional de trabalho da enfermagem que visasse diminuir os riscos ocupacionais também contribuiria sobremaneira para a promoção da QVT aqui. (Azaleia)

Ações voltadas para a promoção e a manutenção da saúde do trabalhador foram referidas de forma muito significativa durante as discussões dos participantes na atividade de grupo focal. Tais ações são relevantes para o acompanhante de saúde do trabalhador de enfermagem e preconizam a implementação de programa de qualidade de vida no trabalho, além de modificações físico-estruturais. Mostra-se importante o pontuado pela discussão dos grupos, já que o sistema de saúde, de modo geral, carece de mecanismos que incentivem medidas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador, principalmente os servidores públicos, para quem as NRs e a CLT não são obrigatórias.

Os trabalhadores não realizam exames periódicos de saúde, dentre outras iniciativas, que pudessem responsabilizar, sobretudo, os empregadores, o que levaria ao efetivo reconhecimento dos direitos do segurado. Se os empregadores promovessem tais ações, certamente diminuiria a existência de conflitos institucionais e redundaria em um gerenciamento mais eficiente dos fatores que comprometem a qualidade de vida do trabalhador.

Mediante o exposto, pode-se compreender que o trabalho ocupa um espaço muito importante na vida dos indivíduos. Para Fialho e Cruz (1999, p. 8),

[...] o trabalho é uma atividade essencialmente humana. Sua característica principal é sua ação transformadora, sua capacidade de modificação de um dado aspecto da realidade. Trabalhar é sempre desafiar a realidade, procurando superá-la.

Segundo esses autores, é por meio do trabalho que o homem busca se afirmar como indivíduo. O significado social do trabalho está relacionado às atividades desenvolvidas pelo indivíduo, na sociedade a qual pertence (FIALHO e CRUZ, 1999).

Desse modo, expectativas em relação à assistência à saúde do trabalhador e à segurança no trabalho foram levantadas pelos enfermeiros participantes, devendo-se reforçar a atenção à saúde do enfermeiro no contexto estudado.

A escassez e a inconsistência das informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores nos diversos contextos públicos de trabalho dificultam a definição de prioridades por parte da gestão. Esse fato obstrui o planejamento e a implementação adequada das ações de promoção da saúde para os enfermeiros, além de privá-los de instrumentos importantes para a melhoria das condições de vida e trabalho.

Green e Kreuter (1992) acreditam que as ações de promoção da saúde são capazes de motivar as pessoas a adquirir maior domínio sobre os fatores

determinantes da sua própria saúde. Com efeito, segundo a OMS (1988), este processo exige o envolvimento direto de indivíduos e comunidades na realização de mudanças, associado a medidas políticas que visem à criação de um ambiente que conduza à saúde.

Em estudo realizado por Magalhães *et al.* (2009), identificou-se que a adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho contribuiria significativamente para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos enfermeiros. Entre as doenças mais freqüentes, relacionadas ao trabalho, estavam lesões por esforços repetitivos / distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT), sofrimento mental e formas de adoecimento mal caracterizadas.

Em 2003, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), os gastos da Previdência Social com pagamento de benefícios acidentários e aposentadoria especial (concedida em face de exposição a agentes prejudiciais à saúde ou integridade física, com redução no tempo de contribuição) totalizaram cerca de 8,2 bilhões de reais. Entretanto, os valores são estimados e se referem apenas ao setor formal de trabalho.

Segundo Murray *et al.* (1998), para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga quatro reais, incluindo despesas com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos, entre outros. Esse cálculo eleva o custo total para o país de aproximadamente 33 bilhões de reais por ano, o que reforça a importância da implementação de um programa de Qualidade de Vida no Trabalho.

4.3.2 A comunicação adequada no contexto laboral como estratégia para a QVT

Quanto a essa subcategoria, transcreve-se os seguintes trechos:

A comunicação é a principal estratégia para o gerenciamento de recursos humanos em saúde. (Tulipa)

Se realizassem reuniões frequentes onde se pudessem expor opiniões como este espaço que criamos aqui, já seria suficiente. (Lírio)

[...] a comunicação adequada permitiria melhores resultados em relação à produção [...]. (Bromélia)

Percebe-se que o grupo identificou como uma importante estratégia para a promoção da saúde e da QVT o investimento na comunicação com o trabalhador de enfermagem. Sugeriram então a técnica de grupo focal como valiosa ferramenta para inserir a produção de dados que consubstancie o gerenciamento dos fatores que interferem na qualidade de vida do trabalhador de enfermagem.

A partir do processo de comunicação, estabelece-se a interação entre as pessoas (FARIAS, 2004). A mensagem e os seus efeitos dependem de múltiplas variáveis, sendo sempre necessário o *feedback* do receptor para verificar se realmente houve a compreensão daquilo que foi dito.

A comunicação na enfermagem é conceituada por Balsanelli *et al.* (2008) como uma competência que possibilita, mediante um processo compreensivo, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, estabelecendo um fluxo contínuo e circular de energia, no qual seus elementos interagem, ao passo que ininterruptamente influenciam uns aos outros.

No discurso da participante Azaleia, “uma comunicação eficiente é elemento vital de uma organização de sucesso, interliga os funcionários, fazendo com que eles interajam entre si”, entende-se que a comunicação nas

organizações de saúde é de fundamental importância para que haja integração eficaz.

De igual modo, também se percebe o quanto é necessária a comunicação nos processos de trabalho da enfermagem. Nota-se que o papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos; mais do que isso, propõe-se a uma ação abrangente que implica, entre outros aspectos, desenvolver habilidade de comunicar-se em seus contextos de atuação, de maneira assertiva, o que evidencia-se no que disse a participante Petrônia: “a comunicação que estabelecemos com nossos semelhantes surge do meio ambiente em que nos relacionamos”.

Ancorados no relato anterior, observa-se que o papel do enfermeiro deve estar centrado em um foco diferente do tradicional, transmissor de informações, passando a ser integrador e gestor nos serviços.

Embora algumas funções, como planejar, organizar e controlar, possam ser razoavelmente isoladas, a comunicação causa impacto em todas as atividades administrativas, perpassando por todas as fases do seu processo, sendo também o elemento central da relação enfermeiro/enfermeiro e enfermeiro/médico (MANNING, 2006).

As discussões do grupo revelam, ainda, que no momento em que há identificação dos valores pessoais do trabalhador com os valores da organização, há também o sentimento de sucesso e realização pessoal e, conseqüentemente, maior comprometimento, maior prazer no exercício do trabalho, com menos pressão e estresse, fatores esses diretamente relacionados à qualidade de vida dos colaboradores. Desse modo, os programas de QVT não podem ser

desenvolvidos sem a avaliação das questões relacionadas à cultura e ao clima organizacional (ARELLANO, 2008).

Ademais, uma vez que a maior parte do tempo de comunicação é utilizada para falar e ouvir, fica claro que, em uma função de liderança, deve-se possuir excelentes habilidades de comunicação interpessoal. Talvez essas sejam as habilidades de liderança mais importantes: o enfermeiro-líder se comunica com os clientes, com os colegas, superiores e subordinados. Além disso, considerando-se que a prática da enfermagem tende a ser voltada ao grupo, a comunicação interpessoal entre seus membros é necessária para a continuidade e produtividade (GROSSMAN, 2003; MANNING, 2006).

Dessa forma, mediante as alternativas apontadas pelos participantes do grupo focal, pode-se inferir que as ações estratégicas para o resgate da satisfação do profissional nesse ambiente de trabalho deveriam estar pautadas na implantação de uma nova filosofia administrativa que valorizasse o processo de comunicação. Entretanto, conforme salienta Godinho (2007), quaisquer que sejam os instrumentos e agentes de intervenção para operar as mudanças necessárias na cultura organizacional, estas sempre dependerão do apoio, da legitimação que lhes é estendida, e do envolvimento dos detentores do poder, bem como a forma como a comunicação ocorrerá em todo o processo.

4.3.3 A capacitação e a humanização no trabalho de enfermagem como estratégias para QVT

Nesta subcategoria, que também contempla o terceiro objetivo do estudo, os depoimentos do grupo de participantes foram os seguintes:

Investir na capacitação do trabalhador para que este se sinta capaz de realizar suas atividades com mais segurança. (Azaleia)

Tratar os recursos humanos, capacitando-os como cooperadores, agentes capazes de instituir mudanças e não simplesmente como máquinas voltadas para o processo de produção. (Peônia)

Aderir à política de humanização hospitalar, tornando o ambiente mais favorável ao desenvolvimento das relações humanas. (Forsítia)

Alguns dos trechos transcritos enfatizam a importância da capacitação dos recursos humanos e acrescentam os benefícios dessa estratégia, destacando uma ou outra dimensão que é a sócio-organizacional. Percebeu-se, também, que o trabalhador de enfermagem, na concepção do grupo, é visto como mola propulsora do sistema organizacional, o que reforça a relevância de se prezar por sua formação continuada e permanente.

Mailhiot (1976, p. 66) afirma que “a produtividade de um grupo e sua eficiência está estreitamente relacionada com a competência de seus membros e com a solidariedade de suas relações interpessoais”.

Quanto a esses achados, Bulhões (1998) acredita que o treinamento é fundamental para o exercício da atividade de enfermagem, sendo de extrema relevância para que se alcance a segurança nas atividades exercidas, diminuindo, portanto, a carga negativa que o temor da realização inadequada tome conta da vida do trabalhador. Assim, é um dos requisitos essenciais para o exercício laboral em qualquer área, de grande relevância para o trabalho na área de saúde.

Farias (2004) destaca a necessidade de treinamento na equipe de enfermagem, proporcionando maior eficácia das ações implementadas, com redução da carga de estresse e outros, considerados fatores que interferem na percepção positiva acerca da qualidade de vida no trabalho.

O relato da participante Forsítia vai ao encontro do de outros participantes, no sentido de que é preciso uma melhor capacitação técnica para o resgate da qualidade humana do trabalhador precarizado. A adesão ao Programa Nacional

de Humanização Hospitalar, do Ministério da Saúde (2008), também se apresenta como excelente estratégia para tornar o ambiente de trabalho mais favorável ao desenvolvimento das relações humanas, o que favoreceria à satisfação do trabalhador, além do surgimento de melhores resultados.

Da análise dos resultados das discussões do grupo de enfermeiros, constatou-se que eles apresentam como sugestão uma sensibilização da administração da instituição hospitalar para implantação de um Programa Permanente de Humanização⁷ para atendimento aos profissionais de saúde.

A respeito dessa concepção, a Política Nacional de Humanização (PNH), conforme documentos e artigos produzidos nos últimos cinco anos (BARROS e MENDES, 2003; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; PASSOS, 2005a, 2005b; SANTOS *et al.*, 1999), vem ratificando uma política pública de saúde – e, portanto, processual – que não se reduz ao seu caráter governamental. Ela é construída a partir das experiências do SUS, dos processos de trabalho em curso nos serviços de saúde, afirmando-se nas práticas concretas dos trabalhadores, usuários e gestores que compõem o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Nesse sentido, vale citar Deslandes (2004) para compreender de que forma essas propostas de humanização são incorporadas às regras, hierarquias, negociações das instituições de saúde. O autor ressalta que a construção de organizações que estimulem os trabalhadores a valorizar todos os usuários, durante todo o seu processo de trabalho — tanto os usuários externos como eles próprios, usuários internos, têm interesses e desejos comuns — é um caminho

⁷ Diz respeito à organização do processo de trabalho, portanto, tem caráter complementar.

forte para se construir um novo modo de convivência, perpetuando assim, as ações humanizantes.

Nessa análise, é importante considerar que tais mudanças se constituem em um grande desafio hoje encontrado pelas instituições de saúde que pretendem estimular e incentivar, de modo realmente produtivo e claro, o trabalhador da saúde, dentro da esfera hospitalar, no sentido de capacitá-lo para o uso de suas potencialidades, como também para que utilizem na prática as ações preconizadas pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

Assim, acredita-se que os administradores precisam se fortalecer e buscar pôr em prática a política de humanização, a fim de que a gestão participativa se dissemine ainda mais entre os profissionais, proporcionando, prioritariamente, boas condições de trabalho, relações interpessoais harmoniosas, dentre outras.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização volta-se para o estabelecimento de novos arranjos entre trabalhadores e gestores do sistema, fomentando a participação efetiva da população e provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados que caracterizam os enfermeiros que participaram do presente estudo, observou-se que 78% deles pertenciam ao sexo feminino, o que deixa ressaltada a questão do gênero, teoricamente construído cultural e politicamente na profissão. Notou-se ainda que 75% da amostra encontra-se com idades de 30 a 40 anos, considerada uma faixa etária jovem-adulta.

Segundo mostrado na categoria **a percepção dos trabalhadores**, observa-se as subcategorias em que os enfermeiros percebem a QVT como aspectos que evidenciam: motivação para a satisfação no trabalho; condições e segurança no trabalho; autonomia e relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho e saúde psíquica no ambiente de trabalho da enfermagem.

Assim, os consensos estabelecidos na discussão do grupo permitiram inferir que, além de identificarem a existência de QVT no seu contexto, definem-na como uma forma de pensamento que envolve pessoas, trabalho e organizações. Destaca-se dois aspectos importantes: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional; e a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho, ratificando, nesse sentido, a necessidade de difusão de práticas para a sua avaliação e, por conseguinte, apontando alguns aspectos das subcategorias referidas para a sua melhoria.

Além disso, foi possível verificar certo interesse que muitos possuem pelo tema, revelando que tal fato deva estar relacionado às suas necessidades cotidianas, o que poderá ser um ponto de aprofundamento de novas pesquisas

envolvendo esta temática. Diante do exposto, destacou-se para eles a importância de o trabalhador estar bem para melhor exercer sua atribuição profissional e elevar sua percepção sobre a qualidade de vida no trabalho.

Como fatores intervenientes na QVT, este estudo apresentou as subcategorias: a organização no processo de trabalho; condições e as cargas psíquicas do trabalho. Assim, pode-se concluir que, quando esses elementos não são considerados como estratégias pelas instituições de saúde, esses fatores podem interferir negativamente na produção desses trabalhadores, além de reduzir sua percepção sobre a QVT.

Ficou claro, também, nos depoimentos dos participantes, que tanto na atividade individual como na social a organização do trabalho deve ser considerada a partir da adequação do ambiente, quer seja físico ou social ao processo. Este é um tema amplo e complexo, constituído de muitas variáveis. Pode-se considerar que as organizações são compostas por unidades internas, com suas peculiaridades, as quais interagem com o meio externo, em processo contínuo de inter-relação, com interferência mútua, o que resulta na precarização do trabalho.

Por fim, buscou-se avaliar e discutir as estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam a promoção da saúde do trabalhador no contexto hospitalar – estudado com ênfase na QVT. Identificou-se, nas discussões dos profissionais, a necessidade de se criar alternativas de prevenção e promoção da saúde no ambiente laboral, fazendo com que o trabalho seja agente ativo desse processo.

Assim, considera-se que a promoção da saúde consiste na combinação da educação e intervenções legais, fiscais, econômicas, ambientais e

organizacionais relacionadas e desenvolvidas para facilitar a aquisição da saúde e prevenção da doença, e que a educação é pré-requisito essencial em todos os programas de promoção à saúde.

De acordo com o exposto, considera-se que a articulação entre promoção da saúde e trabalho, além de viável, torna-se extremamente importante no processo de implementação de uma política de saúde do trabalhador que o considere como sujeito ativo e participativo. Nesse sentido, compreende-se que essa articulação só se tornará uma realidade quando questões relativas à saúde e ao trabalho forem incorporadas nas discussões e implementadas nas políticas públicas, incluindo-se os servidores públicos em seu escopo. Para essa concretização, deve-se reconhecer que saúde, doença e trabalho são permeados por questões mais amplas; buscar subsídios em saberes transdisciplinares e considerar a dimensão da subjetividade nesse processo.

Com esclarecimentos e análises aprofundadas, considera-se que esta dissertação trará contribuições, uma vez que se discutiu o entendimento e a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a qualidade de vida no trabalho.

Dessa maneira, entende-se que é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada nas instituições de saúde, e uma delas diz respeito ao gerenciamento dos recursos humanos envolvidos. Assim, é preciso criar um novo espaço para a gerência, comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade para o alcance da resolutividade e qualidade dos serviços prestados.

Contudo, ressalte-se que, para que se alcancem os resultados, é essencial o comprometimento intelectual, social, emocional e profissional dos integrantes da

instituição, a fim de garantir a consistência e a constância das ações, tendo sempre a meta de promover a saúde. Assim, acredita-se que as principais contribuições desta pesquisa para a saúde do trabalhador consistem em estabelecer parâmetros para o desenvolvimento de estratégias que visem à promoção da saúde do trabalhador e o alcance da qualidade de vida no trabalho.

Nesse sentido, procurou-se traçar um breve esboço de seis ações estratégicas institucionais, vinculadas especialmente às subcategorias que respondem ao terceiro objetivo do estudo, a saber: a promoção à saúde do trabalhador e segurança no trabalho; a comunicação adequada; capacitação e humanização no trabalho; e motivação para o comprometimento no trabalho, tendo como propósito precípua o de contribuir para com a promoção da saúde.

Considerando as conclusões do estudo, recomenda-se:

- analisar os processos de gestão da instituição, especialmente na área de planejamento e adequação de recursos humanos;
- reforçar reuniões periódicas com os funcionários, tanto em nível institucional quanto do próprio trabalhador;
- realizar outras pesquisas sobre o assunto, visto que a temática é ampla e ainda há algumas lacunas de conhecimento não preenchidas que tendem a contribuir para um melhor entendimento do tema;
- traçar linhas de prevenção e intervenção ao desenvolvimento de doenças ocupacionais, com enfoque na qualidade de vida desses trabalhadores, a partir da elaboração de mapas de riscos consubstanciados nos indicadores do cenário e constantes diagnósticos situacionais;

- estimular estratégias adaptativas em face das situações de maior impacto biopsicossocial, como: enfrentamento orientado ao problema a partir de técnicas baseadas no manuseio da emoção (relaxamento, incentivo a prática de hábitos saudáveis de vida, técnicas cognitivas com orientações de novas interpretações da realidade);
- implementar programa de qualidade de vida no trabalho, utilizando recursos do hospital, em uma ação conjunta;
- promover a realização de análise ergonômica e mapa de riscos, de acordo com as normas regulamentadoras;
- estimular a implantação da NR 32 no ambiente laboral.

É relevante destacar que novas investigações devem ser realizadas para que os fatores externos à instituição de saúde analisada, como as condições políticas, econômicas e sociais, sejam pesquisadas, já que, de alguma forma, podem interferir na percepção que esses trabalhadores possuem sobre qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, A. R. A. **Avaliação diagnóstica dos índices de absenteísmo da equipe de enfermagem de um Hospital de ensino**. Fortaleza, 1995.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2000.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, jan./fev. 2003.

ANTUNES, A.V.; SANT'ANNA, L.R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 49, n. 3, p. 425-434, 1996.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2006.

ARELLANO, E. B. **Avaliação dos programas de qualidade de vida no trabalho**: análise crítica das práticas das organizações premiadas no Brasil. 2008. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

AUSTIN, J. P.; RUAN, P. R. **Práticas interventivas no contexto laboral de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 2006.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, jun. 2006.

BALSANELLI, A. P. et al. **Competências gerenciais**: desafio para o enfermeiro. São Paulo: Martinari, 2008.

BANDEIRA, N.; DIAS, W. C. A.; SCHMIDT, M. L.G. Subjetividade e acidente de trabalho no contexto contemporâneo. **Psicol. Am. Lat.** [online]. n. 15, dez. 2008 Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Livraria Látria, 2004.

BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **PsicoUSF**, v. 8, n. 1, 2003.

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2010.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BIANCHESSI, D. L. C.; TITTONI, J. Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2009.

BOURBONNAIS, R.; COMEAU, M.; VÉZINA, M. Job strain and evolution of mental health among nurses. **J. Ocuup. Health Psychol.**, v. 4, n. 2, p. 95-107, Abr. 1999.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BRAGA JUNIOR, D. Elementos para implementação de uma Política Nacional de Saúde para os Trabalhadores. Brasília. 2003. (mimeo)

BUKOWITZ, T. N. **Pensamento crítico nos processos de trabalho**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CAMPOS, V.F. **TQC**: controle da qualidade total. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1992.

CARANDINA, D. M. **Qualidade de vida no trabalho**: construção de um instrumento de medida para enfermeiras. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CARDOSO, R. T. **Percalços e característica do movimento ideológico da assunção do trabalho no mundo**, 1999. Disponível em:<http://www.unifor.br/for.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2009.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998.

CARRILLO, P. L. L.; MAURO, M. Y. C. O trabalho como fator de risco ou fator de proteção para o consumo de álcool e outras drogas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 2, abr./jun. 2004.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTILHO, F. L.; LOPEZ, H. P.; TOREZAN. **Transformações no trabalho**: o novo paradigma de mercado, 2004. <http://www.basescop.br/ulif.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2009.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. **Introdução à teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COSTA, D. O.; TAMBELLINI, A. T. A visibilidade dos escondidos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2009.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 53-69, 1999.

CUNHA, I. C. K. O.; XIMENES, N. F. R. G. Competências gerenciais de enfermeiros: um novo velho desafio? **Rev. Texto Contexto**, Santa Catarina, v. 15 n. 3, 2006.

DANIEL, H. Effective labor relations. The "New age" of union organizing. **J. Nurs. Admin.**, v. 23, n. 16, p. 87-95, 2004.

DE MASI, D. **O futuro do trabalhador**: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olímpio; Brasília: UNB, 2000.

DEBUS, M.; NOVELLI, P. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. **Communication for Child Survivat Healthcom**, v. 14, n. 12, p. 67-78, 1994.

DEJOURS, C. O trabalho entre sofrimento e prazer. In: _____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 27-36.

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

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

DONANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 489-492, set. 2007.

FARIAS, S. N. P. **Qualidade de vida no trabalho**: um enfoque para a enfermagem em Centro Municipal de Saúde. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FERNANDES, E. **Qualidade de vida no trabalho** – como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, M. S. et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 161-167, 2003.

FIALHO, F.; CRUZ, R. **O objetivo da psicopatologia do trabalho**. 1999. 17 p. Apostilas 2 apresentada na Disciplina Ergonomia e Psicologia do Trabalho – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. Programas de atenção à saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Práticas de enfermagem**. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003. p. 255-340.

FISCHER, F. M. Fatores individuais e condições de trabalho e de vida na tolerância ao trabalho em turnos. In: FISCHER, F. M.; MORENO, R. C.; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturnos na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

FISCHER, F. M.; PARAGUAY, A. I. B. B. A ergonomia como instrumento de pesquisa e melhoria das condições de vida e trabalho. In: FISCHER, F. M. et al. **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

FOGAÇA, M.C. et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 20, n. 3, p. 261-266, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1992.

GEOVATAN, D. H. Managin during an employee walkout work. **J. Nurs. Admin.**, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANINI, T. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GIOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**. Versões e interpretações. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GODINHO, T. J. R. Certified sick leave as a non-specific morbidity indicator: a case-referent study among nurses. **Br. J. Ind. Med.**, v. 11, n. 8, p. 34-43, 2007.

GOLEMAN, D. **Working with emotional intelligence**. New York: Batam Books, 2003.

GONZÁLEZ, J. A. **La construcción del nuevo campo de conocimiento em la enfermería**. Andaluza: Cervantes, 1992.

GREEN, L.W.; KREUTER, M. W. CDC's Planned Approach to Community Health as an application of PRECEDE and an inspiration for PROCEED. **J. Health Educat.**, n. 23, 1992.

GROSSMAN, T. U. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações sociais em saúde. São Paulo: Gente, 2003.

GUANAES, L. M. Comportamento humano no trabalho – Uma abordagem filosófica. São Paulo: Pioneira, 2006.

HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. O processo trabalho-saúde a docimento: aspectos históricos e organizacionais. In: _____. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2.ed. Goiânia: AB, 2001. p. 1-14, 112.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem**. 2000. Disponível em: <<http://www.rbp@abpbrsil.org.br>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

HAGEMAN, F. N. **O líder do futuro**. São Paulo: Futura, 2002.

HEIDEMANN, R. M. et al. Diffusion Imaging in Humans at 7T using Readout-Segmented EPI and GRAPPA. **Magn. Reson Med.**, v. 56, p.1135-1139, 2006.

HERZBERG, V. N. Management by motivation. **America Management Association**. 2009.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

JESUS, E. S. et al. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, 2010.

JOVILLE. A empresa voltada para processos de trabalho na contemporaneidade. **HSM Management.**, v. 25, n. 9, 2008.

JUNQUEIRA, F. L. Prevalence of back pain and characteristics of the physical workload of community nurses. **Ergonomics**, 2008.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde / doença. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, p.151-162, 2000.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção em saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEITE, J. L. et al. A atuação da enfermagem na epidemia de HIV/Aids. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Práticas de enfermagem**. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003. p. 143-196.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

LEVERING, R. **Um excelente lugar para se trabalhar: o que torna alguns empregadores tão bons (e outros tão ruins)**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1986.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Interfaces da qualidade de vida no trabalho na administração de empresas: fatores críticos da gestão empresarial para uma nova competência**. 2001. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Economia e Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. **Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. São Paulo: Atlas, 2004.

LONGNECKER, P. D. Evaluating transformational leadership skills of hospice executives. **Am. J. Hosp. Palliat. Care**, v. 23, n. 3, p. 205-211, May/June. 2006.

LORENZETI, V. C. **A enfermagem de hoje e de amanhã**. 3.ed. São Paulo: Duas Cidades, 2007.

MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, ago. 2004.

MAGALHÃES, N. A. C. et al. O absenteísmo em trabalhadores de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., Fortaleza, 2009. **Anais...** 2009.

MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. 3.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

MANNING, V. T. **Gestão de recursos humanos em saúde**. São Paulo: Atica, 2006.

MARQUIS, B. L. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINS, T. P. Equipe multiprofissional no campo da saúde: conceitos e tipologia. **Rev. Saúde do Trabalhador**, São Paulo, 2001.

MATSUDA, B. T. Leadership preparation: na examination for master's degree programs in nursing. **Holist Nurs. Pract.**, v. 14, n. 18, p. 45-56, 2002.

MATTOS, U. A. O. et al. **Novas tecnologias, organização do trabalho e seus impactos na saúde e no meio ambiente**. Saúde, meio ambiente e condições de trabalho. Conteúdos básicos para uma ação sindical. São Paulo: FUNDACENTRO, 1999.

MENDES, A. M. B. Algumas contribuições teóricas do referencial psicanalítico para as pesquisas sobre organizações. **Estud. psicol.**, Natal [online] v. 7, n.esp. 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2002000000010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2010.

MENDES, A. M. B.; ABRAHÃO, J. I. Organização do trabalho e vivências de prazer e sofrimento do trabalhador: abordagem psicodinâmica. **Rev. Psicol. Teoria e Pesq.**, v. 9, n. 43, p. 12, 1996.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Pesquisa social-teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: **Bioética**, v. 4, n. 2, Supl., 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo Estadual em São Paulo. **Saúde do Trabalhador: programa de qualidade de vida e promoção à saúde** / Ministério da Saúde, Núcleo Estadual em São Paulo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde: caderno de legislação**

em saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: **DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde do Trabalhador**. NR-32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.sobes.gov.br.html>>. Acesso em: 22 set. 2010.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO e MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Portaria Interministerial nº 774, de 28 de Abril de 2004. Convoca a 3a. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 29 abr. 2004. Seção 1.

MONTEIRO, F. L. et al. Enfermagem e Ergonomia: influências para o futuro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 13, Fortaleza, 2004. **Anais...** Fortaleza: ABERGO, 2004.

MORAES, G. A. Legislação de segurança e saúde ocupacional. 2.ed. Rio de Janeiro: GVC, 2008.

MORESCO, T.; STAMOU, F. **Aspectos da qualidade de vida no trabalho**: perspectivas e dilemas. São Paulo: Iatria, 2004.

MORETTI, S. **Qualidade de vida no trabalho x auto-realização humana**. Instituto Catarinense de Pós-Graduação. 2008. Disponível em: <www.icpg.com.br>. Acesso em: 21 nov. 2009.

MORIN, E. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MORRISON, W.E. et al. Noise, stress, and annoyance in pediatric intensive care unit. **Crit. Care Med.**, v. 31, n. 1, p. 113-119, 2003.

MOTTA, M. G. C.; LUZ, A. M. H. Família como unidade de desenvolvimento humano e saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 2, p. 24-27, 2003. Suplemento.

MURRAY, B. P. et al. Nurse executives' leadership roles. Perceptions of incumbents and influential colleagues. **J. Nurs. Adm.**, v. 28, n. 6, p. 17-24, Jun. 1998.

MUSEROF, A. A.; ABRANCHES, C. O.; NAPOLEÃO, S. M. Motivação e resultado - como obter o melhor de sua equipe. São Paulo: Nobel, 2005.

NASCIMENTO, G. M. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. espec., 2007.

NEVES, M. Y. et al. Trabalho e saúde mental: vivência subjetiva dos trabalhadores do setor da manutenção do hospital universitário/ UFPB. In: SILVA FILHO, J.F.; JARDIM, S.R. (Orgs.). **A Danação do Trabalho**: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997. p. 89-138.

NOGUEIRA, D. C. A. **Definindo saúde, meio ambiente, saúde do trabalhador e o papel das organizações governamentais**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

NORONHA, E. G. O modelo legislado de relações de trabalho no Brasil. **Dados**. [online]. v. 43, n. 2, 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00115258200000020002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 de set 2010.

OLIVEIRA, J. D. S.; ALVES, M. S. C. F.; MIRANDA, F. A. N. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, dez. 2009.

OLIVEIRA, P. M.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. **ERA eletrôn.**, São Paulo, v. 4, n. 1, jan./jun. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O trabalho e sua natureza escravizante**: do direito à negação, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização do Trabalho da Representação da OPAS/OMS no Brasil 2009-2012**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

ORNELLAS, T. C.; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 552-555, jul./ago. 2006.

PARADA, E. A.; ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2002.

PARRO, H. C. Qualidade de vida e o novo quadro global. **Revista da FUNDACENTRO**, São Paulo, Ano III, n. 13, p. 3, 1999.

PASCHOARELLI, L. C.; CORRÊA, J.A.; SILVA, J. C. P. Análise das atividades ocupacionais de enfermagem: aspecto da interface com equipamentos médico-hospitalares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 13, Fortaleza, 2004. **Anais...** Fortaleza: ABERGO, 2004.

PIRES, D.; CHELBCK, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e no viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

POCHANN, M. **O trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Contexto, 2002.

POCHMANN, M. **O trabalho na crise econômica no Brasil**: primeiros sinais. **Estud. av.**, São Paulo, v. 23, n. 66, 2009.

PONTY, M. M. **Fenomenologia da percepção**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1971.

QUINN, J. B.; ANDERSON, P.; FINKELSTEIN, S. Gerenciando o intelecto profissional: Obtendo o máximo dos melhores. In: KLEIN, D.A. (Org.). **A gestão estratégica do capital intelectual**: recursos para a economia baseada em conhecimento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

RAMOS, E. L. **Qualidade de vida no trabalho**: dimensões e repercussões na saúde do trabalhador. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

RIBEIRO, G. S.; DINIZ, R. L. Apreciação Ergonômica na Enfermaria da Clínica Cirúrgica em um Hospital. In: CONGRESSO DE INTERNACIONAL DE ERGONOMIA E USABILIDADES DE INTERFACES HUMANO-TECNOLOGIAS: PRODUTOS, INFORMAÇÃO, AMBIENTE CONSTRUÍDO E TRANSPORTE, 5., Rio de Janeiro, 2005. **Anais...** Rio de Janeiro, 2005.

RIBEIRO, J. M.; SCHARAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, jun. 1994.

ROBAZZI, M. L. C. et al. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, n. 69, v. 18, jan./mar. 1999.

RODRIGUES, A. T. **Sociedade, educação e desencantamento**. Belo Horizonte: Tomo Editorial, 2007.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Fortaleza: UNIFOR, 1991.

ROSSI, T. V.; ANTUNES, U. V.; CARRARO, R. F. **O perfil da competência gerencial**. São Paulo: Erica, 2009

RUIZ, C. A psicodinâmica do trabalho. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia**, Ano 4, n. 15, set. 2007.

SANTOS, W. D. F. et al. Acidentes Típicos de Trabalho em Pessoal de Enfermagem: fatores associados. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n. 68, out./dez. 1999.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, jan./fev. 2006.

SCORSIN, L. M.; SANTOS, M. S.; NAKAMURA, E. K. **A qualidade de vida no trabalho da enfermagem e seus reflexos na satisfação pessoal**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. 13. ed. São Paulo: Best Seller, 1990.

SHINYASHIKI, G. T.; TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, ago. 2003 .

SILVA, A. et al. Estudo sobre os acidentes de trabalho ocorridos com a equipe de enfermagem em unidade de centro cirúrgico de um hospital geral. São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 2., São Paulo, 1995. **Anais...** São Paulo: Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, 1998.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.

TANGUY, L. Rationalization pédagogique et légitimité politique. In: TANGUY, L.; ROPÉ, F. (Org.). **Savoirs et compétence**: de l'usage de ces notions dans l'école et l'entreprise. Paris: L'Harmattan, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Cad. Pesquisa Administ.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23-25, 2001.

VILELA, V. V. **Estratégias para enriquecer o aprendizado**. [texto na internet]. Disponível em: <<http://www.possibilidades.com.br/aprendizagem/estrategias/>>. Acesso em: 07 jun. 2010.

WHOECEH, T. T. Sete inovações na gestão da qualidade. Porto Alegre (RS): Artes Médicas. 2000.

WHOSTOCK, P. O. The work of nursing in the news. **Journal of health**, New York, v. 15, n. 23, p. 65-72, 2007.

WONG, V. M. Uma empresa voltada para processos de qualidade. **HSM Management**, v. 9, n. 6, p. 12-21, 2002.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary**. Word Health Organization, Geneva, 1998.

ZABOT, I. T. **Instrumentos básicos para se avaliar qualidade profissional**. São Paulo: Atheneu, 2002.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Mestranda: Nilmar Alves Cavalcante Magalhães
Orientadora: Sheila Nascimento Pereira de Farias

Prezado (a) Sr. (a)

Sou enfermeira, mestranda, além disso, participo do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde do Trabalhador - NUPENST - No momento estou desenvolvendo minha dissertação para o curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery.

A presente pesquisa que tem o título “QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: ASPECTOS DETERMINANTES PARA OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR”. Os objetivos desta pesquisa são: • Descrever a percepção dos enfermeiros acerca da QVT no contexto de um hospital-escola situado no Município do Rio de Janeiro; Analisar os fatores intervenientes na QVT na percepção dos enfermeiros; Discutir possibilidades de estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam a promoção da saúde do trabalhador no contexto estudado.

Você foi selecionado (a) por trabalhar nesta instituição. A qualquer momento, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua relação o trabalho e nem com o pesquisador.

Sua participação neste estudo consistirá em preencher um formulário, e em participar de uma dinâmica que pode lhe tomar até duas horas de tempo. Não identificamos riscos em sua participação, e os benefícios são muitos além dos supracitados, bem como apoiar estudos que contribuirão para melhorar a qualidade de vida no trabalho da enfermagem.

As informações obtidas através deste estudo serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação uma vez que os roteiros de entrevistas não são identificados. Na oportunidade, solicitamos também sua autorização para gravar os discursos.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo esclarecer suas dúvidas sobre a pesquisa e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome da pesquisadora: Nilmar Alves Cavalcante Magalhães,
nilmar.nathalia@gmail.com

Endereço: Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 748/802- Copacabana- Rio de Janeiro – RJ. Tel: (21)2227-3260. Cel: (21) 82883315.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

Rio de Janeiro, 10 de agosto de 2009.

APÊNDICE B - Formulário para Levantamento do Perfil dos Sujeitos

Codiname:	_____
Idade:	_____
Sexo:	_____
Tempo de formação profissional:	_____
Tempo de atuação na instituição:	_____
Setor em que trabalha:	_____
Quanto tempo?	_____
Formação Acadêmica:	_____
Unidade onde trabalha:	_____
Afastamento por motivo de saúde:	() sim () não
Cargo que ocupa na instituição:	_____

APÊNDICE C - Solicitação de Autorização do Cenário para Pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO****Escola de Enfermagem Anna Nery****OFÍCIO Nº****Data 10/08/2009**

De: Nilmar Alves Cavalcante Magalhães e Sheila Nascimento Pereira de Farias

Para: Ilmº. Sr. Dr. José Mauro Braz de Lima

Assunto: Solicitação Cenário de Pesquisa

TEXTO

Considerando a importância de ampliar a pesquisa na área da saúde do trabalhador, e a necessidade de dados acerca da qualidade de vida no trabalho da enfermagem, solicitamos a vossa senhoria liberação do campo “Hospital-Escola São Francisco de Assis” a fim de desenvolvermos atividade de pesquisa acadêmica utilizando como referência essa instituição. Vale ressaltar que o objetivo proposto é descrever a percepção dos enfermeiros acerca da QVT no contexto de um hospital-escola situado no Município do Rio de Janeiro; Analisar os fatores intervenientes na QVT na percepção dos enfermeiros; Discutir possibilidades de estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam a promoção da saúde do trabalhador e a QVT no contexto estudado.

Colocamo-nos à disposição de V. Sa para quaisquer esclarecimentos e disponibilizamos o projeto em andamento para a ciência.

Na certeza de contar com aquiescência de V. Sa, aguardo um pronunciamento.

Atenciosamente,

Nilmar Alves Cavalcanti Magalhães.

Contatos:

Mestranda: Enfª Nilmar Alves Cavalcante Magalhães.

E-mail: nilmar.nathalia@gmail.com.

Endereço: Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 748/802- Copacabana- Rio de Janeiro – RJ.

Tel.: (21)-2227-3260-. Cel: (21) 82883315.

Orientadora> Profª. Drª. Sheila Nascimento Pereira de Farias. Rua Afonso Cavalcante nº2 75 – 2º andar Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Cidade Nova Rio de Janeiro – RJ.

APÊNDICE D - Convite para Participação na Pesquisa

Prezados profissionais da equipe de enfermagem,

Sou enfermeira, mestranda da Enfermagem da Escola Anna Nery/UFRJ e participo do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde do Trabalhador - NUPENST - No momento estou desenvolvendo minha dissertação para o curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, intitulada “QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: ASPECTOS DETERMINANTES PARA OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR” sob orientação da Prof^a Dr^a. Sheila Nascimento Pereira de Farias, cujos objetivos são: Descrever a percepção dos enfermeiros acerca da QVT no contexto de um hospital-escola situado no Município do Rio de Janeiro; Analisar os fatores intervenientes na QVT na percepção dos enfermeiros; Discutir possibilidades de estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam a promoção da saúde do trabalhador e a QVT no contexto estudado.

Você esta sendo convidado (a) a participar deste importante estudo que além dos objetivos supracitados, contribuirão para direcionar e subsidiar práticas que visem à qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem, portanto, gostaria de informar, que sua participação se dará através de reuniões onde na oportunidade estabeleceremos um grupo para discussão de questões acerca da qualidade de vida no trabalho da enfermagem. Ressalto, que a atividade informada não é uma imposição e sim um convite.

Contudo, saiba que estas atividades lhes serão informadas por mim mesma, e respectivamente as datas, horários e local da dinâmica.

Desde já agradeço sua disponibilidade em colaborar com este importante estudo.

Nilmar Alves Cavalcanti Magalhães

Contatos:

Mestranda: Enf^a Nilmar Alves Cavalcante Magalhães.

E-mail: nilmar.nathalia@gmail.com.

Endereço: Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 748/802- Copacabana- Rio de Janeiro – RJ.

Tel.: (21)2227-3260. Cel: (21) 82883315.

Orientadora> Prof^a. Dr^a. Sheila Nascimento Pereira de Farias. Rua Afonso Cavalcante nº2 75 – 2º andar Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Cidade Nova Rio de Janeiro – RJ.

APÊNDICE E - Grupo Focal/ Guia de Perguntas Norteadoras

1ª SESSÃO - Temática: O significado e qualidade de vida no trabalho

A. Introdução

1. Agradecimento e boas-vindas aos participantes;
2. Acomodação dos participantes (em mesas redondas de modo a facilitar o contato visual entre todos, ou em círculos);
3. Preparação e explicação de como ocorrerá a sessão;
4. Esclarecimento acerca do que constitui o grupo focal;
5. Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto com os participantes em voz alta com esclarecimentos sempre que necessário. Assinatura e Recolhimento do TCLE;
6. Assinatura da Lista de frequência;

B. Perguntas (45 minutos)

1. Como vocês entendem a qualidade de vida no trabalho?
 - 1.1. Recapitulação / Síntese do que foi dito pelos participantes / Validação do que foi dito com os participantes;
- 2 Na opinião de vocês ha QVT na unidade onde trabalha?
 - 2.1. Recapitulação / Síntese do que foi dito pelos participantes / Validação do que foi dito com os participantes;

C. Encerramento / Conclusão

1. Abertura para os sujeitos se manifestarem acerca da temática abordada;
- 1.2. Agradecimento pela participação;
- 1.3. Agendar / confirmar próxima reunião (data e horário).
- 1.4 Há algo mais que vocês gostariam de acrescentar? (10 minutos)

Data: ____/____/2009.

Início: ____ horas Término: ____ horas

Total de participantes: _____

Observações da pesquisadora:

2ª SESSÃO - Temática: os fatores que interferem ou favorecem o alcance da qualidade de vida no seu trabalho e Promoção e manutenção da QVT

A. Introdução

1. Agradecimento e boas vindas aos participantes;
2. Acomodação dos participantes (em mesas redondas ou em círculos);
3. Assinatura da Lista de frequência;

B. Perguntas (45 minutos)

1. O que pode estar interferindo no alcance da QVT?
 - 1.1. Recapitulação / Síntese do que foi dito pelos participantes / Validação do que foi dito com os participantes;
2. Quais os fatores que interferem na QVT?
 - 2.1. Recapitulação / Síntese do que foi dito pelos participantes / Validação do que foi dito com os participantes;
3. O que propõem para a promoção e manutenção da QVT nas unidades onde trabalham?
 - 3.1. Recapitulação / Síntese do que foi dito pelos participantes / Validação do que foi dito com os participantes;

C. Encerramento / Conclusão

1. Abertura para os sujeitos se manifestarem acerca da temática abordada;
- 1.2. Agradecimento pela participação;
- 1.3. Agendar / confirmar próxima reunião (data e horário).

Data: ____ / ____ / 2009.

Início: ____ horas Término: ____ horas

Total de participantes: _____

Observações da pesquisadora:

APÊNDICE F - Guia de Perguntas Norteadoras

1- Como vocês entendem a qualidade de vida no trabalho?

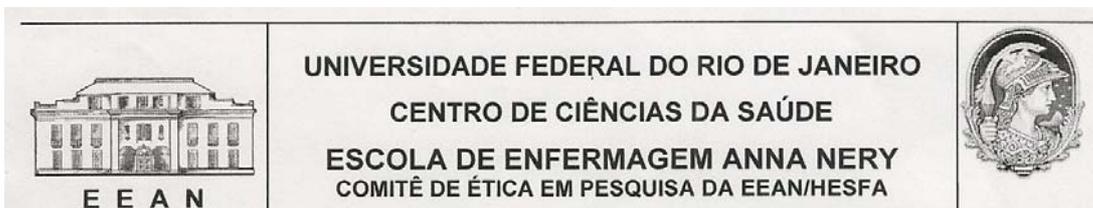
2-Na opinião de vocês ha QVT na unidade onde trabalha?

3-O que pode estar interferindo no alcance da QVT?

4-Quais os fatores que interferem na QVT?

5-O que propõem para a promoção e manutenção da QVT nas unidades onde trabalham?

ANEXO A - Carta do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery



Protocolo nº 045/2009

Título do Projeto: QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: ASPECTOS DETERMINANTES PARA OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR

Responsável: **Nilmar Alves Cavalcante Magalhães**

Instituição onde a pesquisa será realizada: EEAN

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 13/08/09

SITUAÇÃO: APROVADO

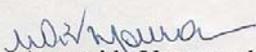
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 29 de setembro de 2009.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a **01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2009.


 Maria Aparecida Vasconcelos Moura

Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

ANEXO B - Dinâmica de trabalho (O sonho acordado)

Ao som de música bem calma, o facilitador solicitará aos membros do grupo que fechem os olhos e sigam as suas instruções: deverão imaginar que estão em um campo com grama bem verde e que uma brisa leve está soprando. Sentir o cheiro da grama e o frescor da brisa. O céu está muito azul e uma grande nuvem vem chegando empurrada pela brisa. Ela fica cor de rosa com clarões do sol. Todos subirão em suas nuvens e farão um lindo passeio. Devagar a sua nuvem vai voando e passando por cima de cidades, campos de cultura, matas, campos ressequidos pelas queimadas, campos cheios de flores silvestres. Ao longe você vê uma pequena cidade, branquinha, encostada em serra muito bonita. Você fica com vontade de conhecer a cidade, pede à nuvem que desça. Você sai andando pela cidade e vê uma lojinha com um velhinho simpático sentado na porta. Você se dirige para lá, cumprimenta o velhinho e entra na loja. É uma loja com objetos antigos, com muitos objetos. Você olha todos porque está à procura de um objeto que o ajude a desenvolver muito bem o seu trabalho de promotor de saúde no seu ambiente de trabalho. Você vê algo brilhando lá na prateleira do fundo. Dirige-se para lá e encontre o que você estava procurando. Contente sai da loja e despede-se do velhinho que lhe diz algumas palavras que só você ouve. Você sobe na nuvem e pede para que ela volte para o campo verde. Ela vem devagar e você está feliz, aconchegado na maciez dela, envolvido pelos raios de sol, sentindo-se protegido e capaz de realizar um bom trabalho. Ao chegar no campo, você despede-se de sua nuvem. Ela ficará a sua disposição para quando você precisar dela. você vai abrindo os olhos devagar, vê que voltou para sala, mas trouxe o instrumento do seu trabalho, uma estratégia para melhorar a qualidade de vida no trabalho. Agora todos de vagar vão construir, com o material disponível o instrumento que trouxe para apresentá-lo ao grupo, se alguém preferir falar como vivenciou o passeio antes da construção, podemos ouvi-lo.

Aprofundamento: Após as apresentações o facilitador, em breve palavras trará para reflexão do grupo algum ponto que considera importante na vivência.