

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO  
DOS ENFERMEIROS  
EM HOSPITAL DE ENSINO

DÉBORA FEIJÓ VILLAS BÔAS VIEIRA

Orientador: Profa. Dra. Eda Conte Fernandes

Co-Orientador: Prof. Dr. João Luiz Becker

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Administração da Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul para obtenção do título de Mestre em Administração.

Porto Alegre

1993

UFRGS  
Escola de Administração  
BIBLIOTECA  
R. Washington Luiz, 855  
Fone: (51) 316-3840 - Fax: (51) 316-3991  
CEP 90010-460 - Porto Alegre - RS - Brasil

## COMISSÃO EXAMINADORA

Professor Orientador:      Dr<sup>a</sup>. Eda Conte Fernandes  
PPGA-UFRGS

Professor Examinador:      Dr<sup>a</sup>. Carmen Catarina Handel  
PPGA-UFRGS

Professor Examinador:      Dr<sup>a</sup>. Paulina Kurcgant  
EENF - USP

Data de aprovação:   1   /  11  / 1993.

À **Elsa**, sem palavras para expressar...

Ao **Eduardo**, pelo carinho e pelo apoio afetivo demonstrados durante minha procura pelo saber.

Ao **Lucas** e **Lúcia**, pela paciência e compreensão decorrentes das horas roubadas de seu convívio.

Ao **João Luiz**, (*in memoriam*), pelo acreditar em sonhos de um mundo melhor.

## AGRADECIMENTOS

Um trabalho como este encerra uma longa caminhada, muitas vezes solitária, trilhada graças à participação de pessoas que, de forma direta ou indireta, souberam emprestar a colaboração desejada.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Eda Conte Fernandes**, orientadora deste trabalho, pela paciência com que soube aguardar meu crescimento e pela liberdade conferida permitindo que eu escolhesse meus próprios caminhos;

Ao Prof. Dr. **João Luiz Becker**, pelo atendimento lúcido e pela constante disponibilidade, emprestando à análise dos dados uma aguçada e competente atenção;

À **Clélia Burlamaque**, pelo exemplo de luta e de compromisso com a classe e pelo forte apoio durante a realização do projeto e do instrumento deste trabalho;

À **Maria Henriqueta Luce Kruse**, pelo modelo profissional, pelo espírito de luta e pelo engajamento com as questões da enfermagem;

À **Ana Luz**, pelo modelo de trabalho e pela competência com que soube transmitir o interesse pela pesquisa;

À **Sandra Mendes**, pela confiança demonstrada e pela amizade sempre manifestada nos momentos mais difíceis;

Aos colegas de disciplina, **Ana Maria Magalhães, Enaura Chaves, Érica Duarte, Maria Alice Lima, Mary Leda Cunha**, pelo auxílio nas várias etapas desta caminhada e pelo companheirismo sempre constante;

À **Darcy Hanashiro**, amiga e colega, pelas discussões frutíferas e pelo apoio amigo nos momentos de incertezas;

À **Marianita Linck**, pela perspicácia com que, nos momentos de crise, se dispõe a oferecer auxílio e a encontrar novos rumos;

À **Maria Lília Dias de Castro**, pelo interessado e persistente trabalho nos originais;

Às **bibliotecárias** da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo cuidado na revisão das referências bibliográficas.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE GRÁFICOS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE QUADROS	
RESUMO	
ABSTRACT	
INTRODUÇÃO .....	18
<b>CAPÍTULO 1 PROFISSÃO DE ENFERMAGEM: A QUESTÃO DA QVT ..</b>	<b>20</b>
1.1 PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES .....	21
1.2 ESCOLAS DE PENSAMENTO .....	24
1.3 RUMOS DA PROFISSÃO .....	27
<b>CAPÍTULO 2 REFERENCIAL TEÓRICO: QVT .....</b>	<b>35</b>
2.1 REVISÃO HISTÓRICA ATÉ A ATUALIDADE .....	36
2.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA COMPREENSÃO DA QVT .....	42
2.3 MODELOS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO .....	51
2.4 MODELO DE WALTON.....	55
2.4.1 Justificativa .....	55
2.4.2 Categorias Conceituais e Critérios de QVT .....	58
2.4.2.1 Compensação Justa e Adequada .....	59
2.4.2.2 Condições de Trabalho .....	61
2.4.2.3 Uso e Desenvolvimento de Capacidades .....	65
2.4.2.4 Oportunidade de Crescimento e Segurança .....	66
2.4.2.5 Integração Social na Organização .....	68
2.4.2.6 Constitucionalismo .....	70
2.4.2.7 Trabalho e Espaço Total de Vida .....	72
2.4.2.8 Relevância Social da Vida no Trabalho .....	73

<b>CAPÍTULO 3 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	76
<b>3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO</b> .....	77
<b>3.2 ESCOPO DA PESQUISA</b> .....	77
<b>3.3 OBJETIVOS</b> .....	79
<b>3.3.1 Objetivo Geral</b> .....	79
<b>3.3.2 Objetivos Específicos</b> .....	79
<b>3.4 HIPÓTESES</b> .....	80
<b>3.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS</b> .....	81
<b>3.6 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESTUDADA</b> .....	87
<b>3.7 POPULAÇÃO ESTUDADA</b> .....	88
<b>3.8 COLETA DE DADOS</b> .....	92
<b>3.8.1 Sondagem Preliminar</b> .....	92
<b>3.8.2 Estudo Piloto</b> .....	94
<b>3.8.2.1 Objetivo</b> .....	94
<b>3.8.2.2 Descrição do Instrumento</b> .....	95
<b>3.8.2.3 Procedimento</b> .....	100
<b>3.8.3 Formulação Final</b> .....	102
<b>3.8.3.1 População Alvo</b> .....	102
<b>3.8.3.2 Procedimento</b> .....	103
<b>3.9 MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA</b> .....	107
<b>CAPÍTULO 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	109
<b>4.1 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS</b> .....	110
<b>4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DAS CATEGORIAS DE QVT</b> .....	125
<b>4.2.1 Grau de Satisfação</b> .....	126
<b>4.2.2 Grau de Importância</b> .....	140
<b>4.3 TESTAGEM DAS HIPÓTESES</b> .....	150
<b>CAPÍTULO 5 CONCLUSÃO</b> .....	176
<b>5.1 SITUAÇÃO DA QVT DOS ENFERMEIROS</b> .....	177
<b>5.1.1 Perfil do Profissional</b> .....	177
<b>5.1.2 Diagnóstico de QVT por Categoria</b> .....	178
<b>5.1.2.1 Compensação Justa e Adequada</b> .....	178
<b>5.1.2.2 Condições de Trabalho</b> .....	179
<b>5.1.2.3 Uso de Desenvolvimento de Capacidades</b> .....	180
<b>5.1.2.4 Oportunidade de Crescimento e Segurança</b> .....	180
<b>5.1.2.5 Integração Social na Instituição</b> .....	181
<b>5.1.2.6 Constitucionalismo</b> .....	182

<b>5.1.2.7 Trabalho e Espaço Total de Vida.....</b>	<b>182</b>
<b>5.1.2.8 Relevância Social da Vida no Trabalho.....</b>	<b>183</b>
<b>5.1.3 Resultado de QVT do Profissional.....</b>	<b>184</b>
<b>5.2 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>185</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>188</b>

## **ANEXOS**

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b>	<b>MODELO ANALÍTICO DO PROJETO - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT) ADAPTADO DE WHERTHER E DAVIS .....</b>	<b>54</b>
<b>FIGURA 2</b>	<b>MODELO ANALÍTICO DE REFERÊNCIA DE HACKMAN E OLDHAN .....</b>	<b>56</b>
<b>FIGURA 3</b>	<b>MODELO ANALÍTICO DE PESQUISA .....</b>	<b>108</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 GRAU DE SATISFAÇÃO DAS CATEGORIAS DE QVT .....	130
GRÁFICO 2 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA .....	142
GRÁFICO 3 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE CONDIÇÕES DE TRABALHO .....	143
GRÁFICO 4 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DO USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES .....	144
GRÁFICO 5 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA .....	145
GRÁFICO 6 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO .....	146
GRÁFICO 7 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DO CONSTITUCIONALISMO .....	147
GRÁFICO 8 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DO TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA .....	148
GRÁFICO 9 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DA RELEVÂNCIA DA VIDA NO TRABALHO .....	149

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	COEFICIENTE ALFA DO GRAU DE SATISFAÇÃO .....	105
TABELA 2	CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA .....	111
TABELA 3	CLASSIFICAÇÃO POR ESTADO CIVIL .....	112
TABELA 4	CLASSIFICAÇÃO POR NÚMERO DE DEPENDENTES .....	112
TABELA 5	CLASSIFICAÇÃO POR INSTRUÇÃO .....	113
TABELA 6	CLASSIFICAÇÃO POR TEMPO DE GRADUAÇÃO .....	114
TABELA 7	CLASSIFICAÇÃO POR NÚMERO DE EMPREGOS .....	115
TABELA 8	CLASSIFICAÇÃO POR TEMPO DE SERVIÇO .....	116
TABELA 9	CLASSIFICAÇÃO POR CARGO .....	116
TABELA 10	CLASSIFICAÇÃO POR CARGO RESUMIDO .....	117
TABELA 11	CLASSIFICAÇÃO POR TURNO DE TRABALHO .....	118
TABELA 12	CLASSIFICAÇÃO POR LOCAL DE TRABALHO .....	118
TABELA 13	DISTRIBUIÇÃO DA MÉDIA DE IDADE, TEMPO DE GRADUAÇÃO E TEMPO DE SERVIÇO POR LOCAL DE TRABALHO .....	120
TABELA 14	CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA SALARIAL .....	121
TABELA 15	SALÁRIOS NO MERCADO DE TRABALHO, PORTO ALEGRE, 1990 .....	122
TABELA 16	SALÁRIO MÍNIMO REAL, BRASIL, 1992 .....	123
TABELA 17	CLASSIFICAÇÃO POR RENDA FAMILIAR .....	124
TABELA 18	CLASSIFICAÇÃO POR PARTICIPAÇÃO EM ENTIDADES DE CLASSE .....	125

<b>TABELA 19 MÉDIA, DESVIO PADRÃO, CLASSIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE MÉDIAS DAS CATEGORIAS DE QVT PELO GRAU DE SATISFAÇÃO .....</b>	<b>127</b>
<b>TABELA 20 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA .....</b>	<b>131</b>
<b>TABELA 21 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA CONDIÇÕES DE TRABALHO .....</b>	<b>132</b>
<b>TABELA 22 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES .....</b>	<b>134</b>
<b>TABELA 23 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA .....</b>	<b>135</b>
<b>TABELA 24 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>136</b>
<b>TABELA 25 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA CONSTITUCIONALISMO .....</b>	<b>137</b>
<b>TABELA 26 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA .....</b>	<b>138</b>
<b>TABELA 27 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO .....</b>	<b>139</b>
<b>TABELA 28 MÉDIA, DESVIO PADRÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE QVT SEGUNDO O GRAU DE IMPORTÂNCIA.....</b>	<b>141</b>
<b>TABELA 29 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA E CARGO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS.....</b>	<b>154</b>

<b>TABELA 30</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA E TURNO DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	155
<b>TABELA 31</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	156
<b>TABELA 32</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA E FAIXA SALARIAL: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	157
<b>TABELA 33</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA CONDIÇÕES DE TRABALHO E TURNO DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	159
<b>TABELA 34</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA CONDIÇÕES DE TRABALHO E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	159
<b>TABELA 35</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA USO E DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	161
<b>TABELA 36</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA USO E DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES E FAIXA SALARIAL: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	162
<b>TABELA 37</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA E NÍVEL DE INSTRUÇÃO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	163
<b>TABELA 38</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	164
<b>TABELA 39</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	166
<b>TABELA 40</b> RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA CONSTITUCIONALISMO E CARGO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	168

TABELA 41 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA CONSTITUCIONALISMO E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS.....	168
TABELA 42 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA TRABALHO E ESPAÇO TOTAL VIDA E TURNO DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	170
TABELA 43 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA TRABALHO E ESPAÇO TOTAL VIDA E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	171
TABELA 44 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	173
TABELA 45 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO E FAIXA SALARIAL: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	173
TABELA 46 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO E PARTICIPAÇÃO EM ENTIDADES DE CLASSE - ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA INSTITUIÇÃO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS .....	174

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> ELEMENTOS DO PROJETO DE CARGO .....	53
<b>QUADRO 2</b> CATEGORIAS CONCEITUAIS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (MODELO DE WALTON - 1973).....	75
<b>QUADRO 3</b> CRITÉRIOS DE QVT USADOS NA PESQUISA, A PARTIR DA CATEGORIZAÇÃO DE WALTON (1973).....	96
<b>QUADRO 4</b> MAPEAMENTO DAS QUESTÕES FORMULADAS POR CATEGORIAS E BLOCOS DO INSTRUMENTO .....	99
<b>QUADRO 5</b> ESQUEMATIZAÇÃO DOS TESTES PARAMÉTRICOS .....	151
<b>QUADRO 6</b> SUMÁRIO DA SIGNIFICÂNCIA DOS CRUZAMENTOS ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO E VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS .....	153

## RESUMO

A tecnologia da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), envolve uma atitude pró-ativa das organizações frente à evolução social da classe trabalhadora e constitui um desafio para a gerência de Recursos Humanos. O objetivo deste estudo é indicar, descrever e analisar os critérios, segundo modelo teórico de Walton (1973), que, na percepção do enfermeiro, são relevantes para a melhoria da QVT, buscando atingir maior valorização do profissional, aumento da satisfação e melhoria do desempenho. A metodologia adotada inclui uma pesquisa junto a uma amostra de 234 enfermeiros em hospital de ensino. A análise de dados envolveu tratamento estatístico paramétrico e não-paramétrico, mediante rotinas disponíveis no programa "Statgraphics-Statistical Graphics System", para testagem de hipóteses. Os resultados identificaram o perfil do profissional, o diagnóstico da QVT e as variáveis demográficas discriminantes da QVT do enfermeiro.

## **ABSTRACT**

The technology of Quality of Work Life (QWL) involves a pro-active attitude of the organizations facing the social evaluation of the working class and constitutes a challenge for the management of Human Resources Departments. The purpose of this dissertation is to indicate, describe and analyse the criteria according to Walton's theoretical model (1973), which, in the perception of the nurse, are relevant for the improvement of QWL, thus trying to reach an increased valorization of the professional, more satisfaction and better performance. The methodology used included a survey research with a sample of 234 nurses in a teaching hospital. An analysis of the figures involved parametric and non-parametric statistical treatment according to routines available in the programme "Statgraphics - Statistical Graphics System" for testing hypothesis. The results identified the professional's profile, a diagnosis of QWL and the discriminating demographic variables of the nurse's QWL.

## INTRODUÇÃO

No contexto evolutivo das relações que se instauram entre o trabalhador e o empregador, surge uma alternativa que, atuando através da harmonização dos interesses individuais com os organizacionais, procura reduzir o antagonismo que acompanha tais relações. Trata-se da tecnologia da "Qualidade de Vida no Trabalho" (QVT), a qual, por envolver uma atitude pró-ativa das organizações frente à evolução social da classe trabalhadora, constitui um desafio para a gerência de Recursos Humanos (Fernandes, 1988a).

Deve-se enfatizar, já de início, que a filosofia básica da Qualidade de Vida no Trabalho é uma "filosofia humanista", isto é, implica a valorização do empregado como ser humano. Este fato, associado à posição do empregado na organização, estabelece os pressupostos que fundamentam a orientação da QVT. Sob tal enfoque, os trabalhadores representam recursos essenciais que devem ser otimizados, e não simplesmente usados de forma indiscriminada como seres meramente executantes e acríticos ou como seres aliados das decisões que os envolvem, porque os trabalhadores são indivíduos pensantes, atuantes e participantes.

Caracteriza-se, o presente estudo, como uma pesquisa de caráter exploratório que se propõe a oferecer subsídios à melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho do profissional de enfermagem de nível superior. Entende-se, assim, a investigação como uma alternativa para atender à problemática enfrentada pela enfermagem brasileira.

Qualidade de Vida no Trabalho mexe com mudança, evolui para novas formas de organização. Um trabalho com semelhante abordagem traz à tona duas questões preliminares:

uma de ordem operacional e outra de ordem ética. Em primeiro lugar, embora o interesse pelo tema, não se sabia inicialmente como proceder para sua aplicação; em segundo lugar, por ser um trabalho que envolvia pessoas, não se poderia, em momento algum, lançar uma bandeira de mudanças de melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho ou mesmo trazer falsas esperanças. Pelo fato de não se ter garantia na aplicação efetiva dos resultados, qualquer esperança poderia frustrar expectativas. Daí a opção de fazer somente um diagnóstico e, também, de realizá-lo entre profissionais que teriam o entendimento maior dos objetivos e das limitações do trabalho.

O capítulo inicial apresenta uma reflexão sobre a enfermagem enquanto profissão buscando nela situar a questão da Qualidade de Vida no Trabalho.

O segundo capítulo traz a fundamentação teórica do trabalho. Estuda-se o conceito de QVT desde suas origens até chegar a Walton, teórico americano que embasou o estudo das categorias conceituais de QVT.

O terceiro capítulo constitui a parte metodológica do trabalho. Definem-se objetivos, hipóteses, além de apresentarem-se as etapas utilizadas na pesquisa e o respectivo instrumento que possibilitou a coleta de dados.

O quarto capítulo apresenta a análise, a partir da descrição das variáveis demográficas e das variáveis quanto à percepção de satisfação e de importância manifestadas pelos enfermeiros, possibilitando a interpretação dos resultados e a comprovação das hipóteses.

O quinto e último capítulo traz as conclusões extraídas das Categorias estudadas, o que possibilitou definir a situação de QVT dos enfermeiros.

Embora haja outros estudos a serem feitos na área, pretende-se, com este trabalho, ampliar o âmbito de ação das práticas administrativas relacionadas à Administração de Recursos Humanos (RH) nas instituições hospitalares.

Cabe registrar que a realização deste trabalho foi possível após o parecer favorável da Comissão Científica do HCPA, of. nº 136/88.

**CAPÍTULO 1    PROFISSÃO DE ENFERMAGEM: A QUESTÃO  
DA QVT**

## **CAPÍTULO 1    PROFISSÃO DE ENFERMAGEM: A QUESTÃO DA QVT**

Considerando o presente estudo no âmbito interdisciplinar, este capítulo trata inicialmente da contextualização do processo histórico da enfermagem, da contribuição das escolas de pensamento e apresenta um panorama dos rumos por ela tomados, que possibilitaram um melhor entendimento da problemática do profissional de enfermagem de nível superior. Nesse contexto, procura-se situar a questão da Qualidade de Vida no Trabalho. Por último, definem-se conceitos afins para que o leitor possa ter uma melhor visão acerca da enfermagem, do ser enfermeiro e da sua razão de ser.

### **1.1 PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES**

A enfermagem origina-se das necessidades humanas em relação aos cuidados de saúde. Atividade tão antiga quanto o homem, a enfermagem já é referenciada em escritos egípcios, gregos e persas. Foram, inclusive, encontrados programas de treinamento de enfermagem no ano 300 a. C., na Índia. Nos primórdios do cristianismo, o trabalho, visto como atividade caritativa, foi realizado pelas Diaconisas, que eram ordenadas para o serviço (Angerami, Correia, 1987; Belinati, 1987; Paixão, 1979).

De maneira geral, o trabalho da enfermagem sempre coexistiu com o cuidado caseiro dispensado aos doentes, aos velhos e realizado pela mulher detentora de um saber informal, transmitido de mulher a mulher através de gerações. Houve, nesse processo, uma ruptura ocorrida durante o período da inquisição, quando mulheres foram acusadas de bruxas por deterem um saber empírico atentatório ao "poder da igreja" e ao "poder médico" (Lopes, 1987; Pires, 1989; Muraro, 1991; Byington, 1991).

Segundo Pires (1989, p. 145), o poder médico ou hegemonia médica<sup>1</sup> é um "fenômeno resultante do processo de apropriação pelos médicos do saber de saúde dos povos, transformando-o em saber médico".

Em verdade, as ordens religiosas, compostas por mulheres, assumiram para si a tarefa de cuidar dos doentes e dominaram a enfermagem hospitalar por um longo período de tempo. Sua influência ainda pode ser observada na prática e no ensino da enfermagem, vista não só como arte ou vocação, mas também como herança de submissão ou reflexo de posicionamento acrítico e desarticulado (Lopes, 1987; Almeida, Rocha, 1986).

Paralelamente às ordens religiosas, houve o trabalho profissional, desencadeado por questões humanitárias, filantrópicas ou por vínculo contratual, realizado por leigas que nem sempre gozavam de boa reputação (Angerami, Correia, 1987; Almeida, Rocha, 1986). Isso aconteceu, segundo Pires (1989), em virtude principalmente da reforma protestante, da decadência da organização nos mosteiros e instituições caritativas e da transformação do hospital em espaço terapêutico e de ensino. Com reforma protestante, os hospitais, principalmente os da Inglaterra, continuaram como não prioridades para o estado. Por essa razão, o trabalho de assistência passou a ser desempenhado por mulheres de classe pobre excluídas do mercado de trabalho e apontadas como bêbadas e prostitutas.

Ainda segundo Pires, o modelo de saúde então vigente era o modelo médico. A qualidade do cuidado recebido pelos pacientes e a organização da estrutura hospitalar só foram reconhecidas pelo governo inglês durante a guerra da Criméia, com o trabalho realizado por Florence Nightingale.

---

<sup>1</sup>Hegemonia médica "foi construída num processo de múltipla determinação, que envolveu a relação orgânica dos médicos aos interesses das classes dominantes, nos diversos momentos históricos, o controle que este grupo exerceu sobre o processo de profissionalização sobre os demais exercentes das ações de saúde, sobre a formação e a emissão das normas disciplinares do exercício profissional e pela apropriação dos cargos administrativos gerenciais das instituições de saúde a serviço dos interesses econômicos hegemônicos e da manutenção do *status quo*, bem como pela intervenção, enquanto categoria, no próprio aparelho de Estado" (Pires, 1989, p. 145).

Na segunda metade do século XIX, Florence Nightingale fundou uma escola de treinamento para enfermeiros, organizando o currículo e a seleção dos alunos. A escola admitia dois tipos de alunos: as "lady-nurses", moças advindas de uma classe social privilegiada que custeavam seus estudos e eram treinadas para tarefas de supervisão, ensino e difusão dos princípios nightingalianos da enfermagem; e as "nurses", moças de nível sócio-econômico inferior que realizavam seu curso gratuitamente, com o compromisso de prestar serviço no mínimo por um ano após o curso, no hospital. Eram treinadas para o cuidado direto. (Abel-Smith<sup>2</sup>, 1960, apud Almeida, Rocha, 1986).

Após Nightingale, a enfermagem moderna adquiriu estatuto próprio, no sentido de prática racionalizada, com visão ética, metódica e crítica. O sucesso de seu programa espalhou-se pela Inglaterra, Estados Unidos e, mais tarde, por outros países. Não se pode esquecer, entretanto, que Nightingale "legitimou a hierarquia e disciplina no trabalho da enfermagem, trazidas da sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social" (Almeida, Rocha, 1986, p.43).

A educação dos enfermeiros passou a ter nível universitário em 1909, quando foi estabelecida a primeira faculdade junto à Universidade de Minesotta, nos Estados Unidos (Belinati, 1987; Angerami, Correia, 1987; Lopes, 1987).

O crescimento da enfermagem acompanhou a explosão do conhecimento científico e da revolução industrial, refletindo-se na maior ênfase do "fazer" em detrimento do "porquê". Deixou-se impregnar por princípios tayloristas e burocráticos, o que resultou em aumento da divisão do trabalho, introdução de manuais de técnicas e rotinas fundamentados em princípios científicos buscados muitas vezes em outras áreas do saber (Almeida, Rocha, 1986).

---

<sup>2</sup>ABEL-SMITH, B. A history of the nursing profession. Londres: Heinemann, 1960. 290p. Apud ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

## 1.2 ESCOLAS DE PENSAMENTO

A enfermagem no Brasil desenvolveu-se também através de religiosas ou leigas, sob um significado de humanização e filantropia, como é o caso de Ana Néri, primeira enfermeira voluntária de guerra do nosso país. O conhecimento de enfermagem, nessa época, era passado em grande parte de maneira informal.

O sistema nightingaliano chegou ao Brasil na década de 20, através da enfermagem norte-americana. Em estudo recente, Trentini e Paim (1992, p. 28) ressaltam que o "modelo importado de país desenvolvido, decerto inapropriado à condição de desenvolvimento de nosso país, trouxe como decorrência uma trajetória de reprodução, ratificada ao longo da enfermagem brasileira".

As mesmas autoras referem que a enfermagem norte-americana e conseqüentemente a brasileira foram influenciadas por quatro diferentes escolas do pensamento, caracterizadas da seguinte forma: (1) Serviço; (2) Administração; (3) Acadêmica; e (4) Assistência.

A primeira escola - Serviço - instalou-se com a chegada, em 1923, das enfermeiras americanas convidadas a vir ao Brasil organizar o serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, devido aos problemas na saúde pública que estavam trazendo reflexos desastrosos à economia brasileira naquele momento. As enfermeiras americanas dividiram seus trabalhos entre chefias de enfermagem, primeiramente nos distritos sanitários e, mais tarde, na área hospitalar, e formação de enfermeiros. Com elas foi criada a primeira escola de enfermagem do "sistema Nightingale", mais tarde denominada Ana Néri, cujo objetivo era ensinar noções fundamentais de clínica e técnicas do aprender a cuidar. Durante o curso, os estudantes cumpriam plantões noturnos e horários diurnos, mantendo o serviço hospitalar, ininterruptamente (Almeida, Rocha, 1986; Nakamae, 1987; Trentini, Paim, 1992).

Para Trentini e Paim (1992, p. 30) "os valores importados estavam impregnados da abnegação em servir e evocavam a submissão e a vocação para a dedicação ao trabalho de

enfermagem. Para tanto, eram cultivados certos rituais que, em alguns aspectos, assemelhavam-se à educação religiosa".

Foi dessa época ainda, 1926, a criação da primeira entidade de classe da categoria de âmbito político-cultural: a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que até hoje acompanha a vida da enfermagem brasileira.

A escola de pensamento - Administração - iniciada nos Estados Unidos, na década de 40, fortemente influenciada pela administração, veio para o Brasil nas décadas de 50 e 60. Muitos enfermeiros fizeram cursos de pós-graduação em administração hospitalar, com ênfase na formação de lideranças para chefiar e supervisionar o trabalho de enfermagem em hospitais (Trentini, Paim, 1992).

Diante do crescimento do pessoal de enfermagem nos serviços de saúde, verificou-se a necessidade de regulamentação do exercício da profissão. Com a promulgação da Lei nº 2.604 de 1955, foram considerados aptos a exercer enfermagem no país:

- a) enfermeiro (curso de graduação ou diploma reconhecido pelo MEC);
- b) obstetrix (curso graduação obstetrix);
- c) auxiliar de enfermagem (curso de nível médio);
- d) parteira (certificados reconhecidos pelo governo federal);
- e) enfermeiros práticos (sem educação formal, práticos, religiosas, reconhecidos através dos Decretos nºs 23.774/34, 22.257/32 e 8.778/46);
- f) parteiras práticas (certidão após prestação de exame).

Nesse período, aumentou o número de escolas de enfermagem e de cursos para auxiliares de enfermagem. As escolas e cursos de enfermagem, porém, não conseguiram atrair grande número de candidatos, dificuldade essa atribuída à falta de divulgação da enfermagem e à falta de reconhecimento social da profissão (COFEN, ABEn, 1985).

No final de 60 e início de 70, com o surgimento, no Brasil, primeiramente de Cursos de Especialização em Enfermagem e posteriormente de Mestrados e Doutorados, houve uma produção científica considerável, semelhante ao que aconteceu nos Estados Unidos, o que caracterizou a terceira escola de pensamento - Acadêmica. A teorização da enfermagem iniciou-se, no Brasil, com os estudos de Horta (1979). Segundo Trentini e Paim (1992, p. 31), essa escola "vem buscando, como tônica, a teorização, mas ainda emaranhada nas teias do modelo biomédico, o qual interfere na prática de enfermagem, impedindo uma postura mais libertária do paradigma tão vigente que se expressa no modelo cartesiano".

Paralelamente ao desenvolvimento acadêmico, iniciou-se nessa época um longo caminho de conscientização profissional.

Em 1973, foi criado pela Lei nº 5.905 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), depois de uma luta de quase 30 anos liderada pela Associação Brasileira de Enfermagem junto às autoridades nacionais. Com a finalidade de disciplinar e de fiscalizar o exercício profissional, impedindo a utilização de mão-de-obra desqualificada, o COFEN consolidou sua organização através dos Conselhos Regionais criados em cada estado da federação.

Ainda nessa época surgiu o primeiro Sindicato dos Enfermeiros do país, o do Rio Grande do Sul, criado pela Portaria nº 3.311 de 2 setembro de 1974, com objetivo de defender os interesses econômicos e sociais de seus associados. Ao longo do tempo, outros estados foram criando suas associações profissionais para após transformá-las em sindicato, embora nem todas unidades da federação possuam o seu sindicato (Tibiriçá, 1976).

A quarta escola - Assistência - defendia o retorno à prática assistencial, desvendando "a essência da profissão consubstanciada na prática assistencial, que alguns denominam de cuidado e outros de assistência de enfermagem" (Trentini, Paim, 1992, p. 31). Enquanto os enfermeiros americanos procuram criar cursos de pós-graduação mais voltados para prática do que para pesquisa, os brasileiros buscaram formar enfermeiros generalistas e

direcionar a prática com base na teoria das necessidades básicas de Horta (1979) ou nas teorias de enfermagem norte-americanas. O repensar desta escola determinou "uma imensa possibilidade de avanços qualitativos da prática em transformação" (Trentini, Paim, 1992, p. 32).

A partir da escola Assistência, é possível reconhecer que a enfermagem brasileira desde a última década, vem passando por um processo de transição, mudança, crise, com conseqüente revisão de sua prática, conceitos e fundamentos, o que talvez represente formação de um novo paradigma, de uma nova práxis. Essa busca de novos rumos, aliás, também é observada em outros países (Trentini, Paim, 1992).

### 1.3 RUMOS DA PROFISSÃO

Nesse sentido, pode-se dizer que, com a escola Assistência, a reflexão acerca da enfermagem como profissão tomou direções mais amplas. Dentro das propostas abertas, Trentini e Paim reconhecem três rumos: um voltado para a visão filosófica do materialismo histórico, ou movimento participação; outro centrado na continuidade das teorias disponíveis e um terceiro empenhado no aprofundamento dos valores da práxis.

Antes de apresentação desses caminhos, cabe uma análise na realidade atual da profissão, a fim de que se possa entender melhor o próprio surgimento de tais propostas.

Na 61ª Conferência da Organização Internacional do Trabalho (OIT), realizada em Genebra, em 1976, o tema "emprego e condições de trabalho e vida do pessoal de enfermagem" foi debatido conjuntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Os objetivos do estudo incluíam "garantir a qualidade de uma assistência de enfermagem adequada às necessidades da comunidade e por ela aceita... e zelar para que o pessoal de enfermagem desfrute de condições econômicas aceitáveis e obtenha proteção social adequada, bem como os meios para defender os seus interesses..." (Carvalho, 1977, p. 159).

As conclusões do evento indicam que, em quase todos os países do mundo, as condições de trabalho do pessoal de enfermagem não são satisfatórias: existe carência de profissionais do ponto de vista tanto qualitativo como quantitativo. Os fatores críticos são remuneração inadequada, jornadas longas e cansativas sem períodos de descanso, plantões em domingos e feriados, sem justa compensação, turnos nas 24 horas, a quase impossibilidade de ascender na carreira e a falta de uma carreira estruturada (Carvalho, 1977).

Outra informação relevante provém do relatório "O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil 1982/1983 - Força de Trabalho em Enfermagem", elaborado pelo Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem (1985), com destaque aos seguintes dados percentuais:

- **Composição da força de trabalho:** 8,5% enfermeiros, 6,6% técnicos de enfermagem<sup>3</sup>, 21,1% auxiliares de enfermagem, e 63,8% atendentes de enfermagem<sup>4</sup>;
- **Local de trabalho:** O pessoal de enfermagem trabalha 83,4% em hospitais, 15% em saúde pública, e 1,6% em ensino. Curiosamente, observa-se, nos hospitais públicos, uma proporção três vezes maior de enfermeiros que nos hospitais privados e uma concentração três vezes maior de atendentes de enfermagem, nos hospitais privados, que nos hospitais públicos;
- **Sexo:** 94,1% sexo feminino;
- **Salário do profissional de enfermagem de nível superior:** 27,9% recebe de 1 a 4 salários mínimos, 41,7% de 4 a 6 salários mínimos, 4,8% acima de 10 salários mínimos. Na região sul, 80% dos profissionais de enfermagem de nível superior recebem entre 2 a 8 salários mínimos;

---

<sup>3</sup> Técnico de enfermagem: profissional de enfermagem (nível de 2º grau), criado com a reforma educacional realizada na década de 70.

<sup>4</sup> Atendente de enfermagem: profissional desqualificado, mão-de-obra barata, contratado pelas instituições com a justificativa de não existir no mercado de trabalho profissional em número suficiente. A Lei nº 7.498 impede a utilização desse profissional, dando um prazo de 10 anos para a sua qualificação, vide p. 32.

- **Adicional noturno:** na região sul era pago somente a 6% dos profissionais de enfermagem de nível superior;
- **Insalubridade:** 68,8% dos profissionais de enfermagem de nível superior recebem;
- **Jornada de trabalho:** 40,6% dos profissionais de enfermagem de nível superior trabalhavam de 30 a 39 horas semanais; e 46,4% de 40 a 49 horas semanais. Na região sul, 29,6% trabalham de 30 a 39 horas semanais; e 59,6%, de 40 a 49 horas semanais;
- **Número de empregos:** 23,4% dos profissionais de enfermagem de nível superior trabalham em dois empregos.

As origens dessa situação já estão determinadas pelos próprios fatores ideológicos que se detectam nas raízes do processo histórico da profissão. Segundo Germano (1985, p. 25), ao enfermeiro compete abnegação, obediência e dedicação, não lhe cabendo nenhuma postura crítica. "A própria Associação Brasileira de Enfermagem, seu órgão de representação maior, não foge a esse espírito, servindo todavia para difundir e veicular os interesses do Estado na área da saúde. Acrescenta-se, ainda, o importante papel que a escola desempenha na formação do enfermeiro, principalmente através da ética profissional que aí se ensina, reforçadora de toda essa ideologia".

Entre os aspectos contraditórios da profissão, no Brasil, é importante ressaltar que, embora haja escassez de profissionais de enfermagem de nível superior, em relação ao número de habitantes, conforme o Plano Decenal da Saúde para as Américas (OPAS) (1973), a realidade revela uma acentuada incidência de desemprego. Isso ocorre porque a economia do país tem um caráter capitalista, e a política governamental não é voltada nem para a saúde nem para a educação. Burlamaque, Kruse e Cunha (1984, p. 174) afirmam que o modelo econômico das organizações hospitalares é idêntico ao que domina na área da indústria, cujo princípio é "substituição da mão-de-obra especializada por uma menos especializada e, por isso, mais

barata". Na área da enfermagem, isso consiste em substituir "o enfermeiro por pessoal com menor capacitação técnica, o que gera uma diminuição do espaço de mão-de-obra profissional e cria novos empregos com características de subemprego".

O que se constata, então, é uma divisão de trabalho dissociada da divisão social: uma divisão taylorista onde as pessoas são tratadas como máquinas, onde não se considera que, na expressão de Horta (1979, p. 3), são "**Gente cuidando de Gente**". Em outras palavras, de um lado, existe o paciente a ser assistido de forma integral, nas suas necessidades bio-psico-sociais, pelo enfermeiro; de outro, há o profissional que também é uma pessoa a ser vista na integralidade das suas necessidades e não como uma mercadoria, muitas vezes descartável. Segundo nosso entendimento, devem ser vistos de uma forma humanizada, global, como seres humanos com necessidades bio-psico-sociais.

Movimentos reivindicatórios, nunca antes existentes, tornaram-se comuns dentro das organizações hospitalares. Burlamaque, Kruse e Cunha (1984, p. 180), comentando o movimento histórico ocorrido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 1982, pela manutenção da jornada de trabalho de 6 horas diárias, dizem que "o resultado mais significativo desse movimento foi o fato de que, pela primeira vez, o pessoal de enfermagem se uniu em torno de uma causa e pôde constatar que é através do esforço de todos, que se consegue atingir as reivindicações da categoria".

Verifica-se assim que, aos poucos, o pessoal de enfermagem foi tomando consciência da necessidade de lutar pelos seus direitos.

A análise dessas realidades, na década de 80, levou os profissionais de enfermagem de nível superior a uma atitude mais reflexiva e participativa, que culminou no movimento denominado "**Participação**"<sup>5</sup>, o primeiro dos três apontado por Trentini e Paim (1992).

---

<sup>5</sup>Movimento Participação: "deflagrado no interior da ABEn no período 1979/1986, o movimento engendrou uma ação coletiva na enfermagem a partir da organização e da manifestação política de enfermeiros, numa luta entre dois projetos sociais: conservar ou transformar o Estado burguês. A ação coletiva visou enfrentar a crise de mudanças na conjuntura" (Oliveira, 1990).

Dentro do movimento, vários trabalhos foram realizados para diagnosticar os fatores determinantes desse processo de mudança, sob o ponto de vista da sua história, do seu saber, de suas relações políticas, econômicas e sociais. Esses estudos fazem a crítica da prática assistencial de enfermagem, dentro de uma visão filosófica fundamentada no materialismo histórico, produzindo "uma nova prática que, além de opor-se à prática reprodutora, tem como finalidade colocar-se criticamente para mobilizar as transformações sociais" (Trentini, Paim, 1992, p. 32).

A partir daí, foram introduzidos, no próprio contexto das Escolas de Enfermagem, conteúdos de maior reflexão, relativamente ao papel social do profissional de enfermagem de nível superior, à necessidade de posicionamento e de atitude crítica frente à políticas de saúde preconizada pelo governo e às condições de trabalho. O objetivo é a formação de profissionais mais conscientes, que, inclusive, disponham de maiores condições para tomada de decisão.

Segundo Lorenzetti (1988), pode-se dizer que são dois os pontos básicos que atuam na denominada crise da enfermagem no Brasil: um interno, que consiste na ausência de objeto, e cuja causa foi a ruptura do processo de trabalho, entre o final de 70 e o início de 80; e um externo, decorrente da crise econômica e política do país, que se reflete nas políticas de saúde, e cujas conseqüências são, entre outras, a redução dos salários, o aumento da sobrecarga de trabalho, a desvalorização da atividade dos profissionais de enfermagem. Junto a isso está o desemprego e, mais especificamente, as condições de subemprego, dos profissionais da área. Para superar esses pontos Lorenzetti adverte sobre a necessidade de realização de pesquisas que, ultrapassando as questões meramente diagnósticas, venham a propor formas de tratar e superar a crise.

"A enfermagem brasileira ainda não possui uma só linha de legislação que proteja o seu trabalho, mesmo sendo amplamente considerada uma profissão com características especiais". A Lei, aprovada no Congresso Nacional, com jornada de 30 horas para todo o pessoal de enfermagem e com algumas conquistas de condições de trabalho, foi totalmente vetada, em

1983, pelo Presidente da República, com a justificativa de que não havia razões sociais e profissionais para sua aprovação (Lorenzetti, 1987a, p. 167).

A nova lei do exercício profissional nº 7.498, que entrou em vigor em 1987, após 10 anos de luta para atualização dessa legislação, deixa explicitada a influência dos interesses do setor hospitalar, curativo e empresarial, dominante na política de saúde reinante no país. Como pontos positivos da lei, há a participação do enfermeiro nas decisões e na gestão do setor saúde, o reconhecimento do técnico de enfermagem, a extinção dos atendentes, com desafio de profissionalizá-los até 1996.

Segundo Lorenzetti (1987b, editorial), "os riscos permanentes a que estão submetidos os profissionais de enfermagem e a exigência emocional, física e técnica para um trabalho diuturno de 24 horas por dia, 7 dias por semana e 365 dias por ano de cuidados com a saúde e a vida das pessoas não estão compensadas com jornadas adequadas, salários condignos e aposentadoria proporcional". Para Lorenzetti essa é uma das razões da crise atual vivida pela profissão. "A instabilidade, a insegurança, a falta de confiança no futuro e a desvalorização do trabalho da enfermagem, além da deteriorização da assistência prestada à população, estão levando a uma grande insatisfação e forte tendência à evasão profissional".

O segundo rumo sugerido por Trentini e Paim (1992) refere-se ao grupo que optou pela continuidade da utilização de conceitos de teorias disponíveis, fazendo adaptações às situações enfrentadas nessa prática. É um movimento que, de certa forma, apresenta uma postura ingênua, pois defende a manutenção do "status quo".

O terceiro rumo apontado por Trentini e Paim busca repensar e aprofundar os valores da práxis profissional acumulados até o momento na tentativa de enfrentar a problemática do profissional enfermeiro. É uma direção que busca alternativas com vistas às modificações exigidas para a melhoria do trabalho do profissional de enfermagem de nível superior. Dentro desta perspectiva, a tecnologia da QVT representa um importante caminho pelo tratamento dispensado à práxis. Através da reformulação do desenho dos cargos e do cuidado com fatores

que sustentam a QVT, é possível desenvolver capacidades, melhorando as condições de trabalho e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria da produtividade organizacional.

Embora, como salienta Fernandes (1988a, p. 2), a discussão do problema passa 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".

Cabe ressaltar, nesse contexto, o importante papel desenvolvido pelas associações de classe da enfermagem no sentido de promover a reflexão e de propor tentativas de mobilização da categoria, como por exemplo a realização de cursos sobre sindicalismo e preparo de lideranças, feita pelo sindicato dos enfermeiros. É imprescindível que os gerentes de recursos humanos da área da saúde preparem-se para, de forma pró-ativa e estratégica, enfrentar adequadamente movimentos reivindicatórios de tais profissionais. Isso porque, como muito bem referem Quirino e Xavier (1987, p. 71), se "por um lado, há a ênfase reivindicativa, do ponto de vista dos empregados, que dá relevo ao bem estar e à satisfação no trabalho, como uma meta em si mesma, e como parte cada vez mais central do que os movimentos sindicais defendem e lutam"; por outro, "há a ênfase nos efeitos da Qualidade de Vida no Trabalho sobre a produção e a produtividade, que se aproxima da visão clássica da escola de relações humanas e está principalmente sob égide da defesa dos interesses da empresa, vale dizer, do capital".

Daí se justifica a abordagem de Qualidade de Vida no Trabalho que tem por objetivo primordial congregar orientações aparentemente antagônicas, trabalhando na tentativa de harmonizá-las. Na filosofia da Qualidade de Vida no Trabalho, estão embutidos valores humanistas, como respeito ao ser humano, comprometimento pessoal, confiança mútua e responsabilidade social. Tais valores são, no nosso entendimento, necessários para uma verdadeira transformação da realidade.

Por esse motivo, ao optar por um estudo nos termos propostos por essa filosofia, este trabalho busca responder ao seguinte questionamento:

Quais são as Categorias que, na percepção do profissional de enfermagem de nível superior, são relevantes para a melhoria da sua Qualidade de Vida no Trabalho, buscando atingir uma maior valorização do profissional, aumento da satisfação e melhoria do desempenho, através da harmonização dos interesses individuais e organizacionais?

**CAPÍTULO 2 REFERENCIAL TEÓRICO: QVT**

## **CAPÍTULO 2 REFERENCIAL TEÓRICO: QVT**

Este capítulo inicia por uma breve história do conceito de Qualidade de Vida no Trabalho. Depois, são desenvolvidos alguns aspectos para uma melhor compreensão da QVT como cargo, teorias de motivação (Maslow e Herzberg), reestruturação do trabalho, grupos semi-autônomos de trabalho e visão situacional. Depois de relacionar alguns modelos de melhoria na QVT, o capítulo finaliza com a apresentação do pensamento de Walton, autor escolhido como referencial teórico, e o seu modelo de oito Categorias conceituais para análise destacada da Qualidade de Vida no Trabalho.

### **2.1 REVISÃO HISTÓRICA ATÉ A ATUALIDADE**

A revisão histórica é necessária porque o conceito de QVT não é estanque; resulta sim da evolução do pensamento administrativo e das conquistas dos trabalhadores.

Muito embora valores, conceitos e fatos marquem a história do homem desde os seus primórdios, o ponto de partida deste trabalho, pela sua especificidade, está representado no marco da Administração que é a Administração Científica, chegando até os anos 80 com perspectiva para a década de 90.

A administração científica introduziu, nos primórdios deste século, a organização racional do trabalho. Taylor, técnico industrial e principal mentor desse movimento, iniciou seus estudos a partir da observação detalhada do processo produtivo nas fábricas. Constatou que os empregados, de uma forma geral, não se esforçavam para apresentar eficiência máxima em suas atividades. Além disso, o empirismo dominante nos métodos de trabalho, bem como a forma consuetudinária pela qual eram transmitidos, colaboravam para um baixo rendimento industrial.

Segundo Taylor (1970, p. 31), o "máximo de prosperidade somente pode existir como resultado do máximo de produção". Uma organização racional de trabalho, diz ele, em que cada operação é cientificamente analisada, conduz à melhor e única maneira de realizar uma tarefa (the best one way) com o menor esforço humano. Como resultado, obtém-se maior produtividade dos homens, das máquinas e, conseqüentemente, menor inversão de capitais.

De acordo com Taylor (1970, p. 30), há uma correlação entre a prosperidade do empregado e a do empregador: ambos mantêm uma relação de dependência, necessitando um do outro para sua sobrevivência. Assim sendo, para o autor é "preciso dar ao trabalhador o que ele mais deseja - altos salários - e ao empregador também o que ele realmente almeja - baixo custo de produção".

Dessa forma, baseando-se na premissa de que o ser humano é um "homo-economicus", por responder positivamente a crescentes incentivos monetários, oriundos de maior produtividade, o empirismo reinante nas fábricas foi substituído pela organização racional do trabalho. A administração científica introduziu uma estrutura de trabalho centrada principalmente na eficiência e na produtividade, alcançadas pela crescente divisão de tarefas, hierarquias rígidas e padronização de mão-de-obra. Sem dúvida, o método contribuiu significativamente para a eficiência e o desenvolvimento industrial do século XX, através do aumento real na produtividade, gerando ganhos reais tanto para o trabalhador como para o empregador.

As idéias de Taylor, também conhecidas por taylorismo, foram difundidas e generalizadas em todos os setores de atividade industrial e não-industrial. Entretanto o seu efeito mais significativo foi de caráter negativo. A ênfase desmesurada e incondicional pró-empregador da organização racional do trabalho removeu grande parte da iniciativa e da autonomia do trabalho. Este passou a ser simplesmente uma sucessão encadeada e rotineira de tarefas previamente estabelecidas pela administração (separação do pensar e do executar). A acentuada divisão de trabalho levou o empregado a conhecer apenas uma pequena parte do todo. E, por isso, ele perdeu a identidade e o significado do trabalho, suas fontes de auto-realização.

Como consequência, a responsabilidade e o envolvimento com o trabalho também decresceram. Houve uma perda de interesse pelo trabalho e pelo produto acabado, provocando declínio da qualidade, alto grau de rotação, absenteísmo, aumento da alienação e, em última instância, queda da produtividade.

É evidente que esta disfunção do taylorismo se refletiu nas relações de trabalho. Os interesses entre empregados e empregadores, deixando de ser harmoniosos, provocaram inevitáveis conflitos.

O conflito surgiu na medida em que os trabalhadores buscavam melhorar as condições no seu trabalho e a gerência reagia, tornando os controles mais rígidos. A situação ficou agravada ainda com a crescente desumanização do trabalho. Foram tratados os sintomas em lugar de serem atacadas as causas (Davis, 1981).

Paralela a essa realidade, houve, nos EUA, uma série de atos legislativos de proteção ao trabalhador, como leis do trabalho infantil, jornada de oito horas diárias e quarenta horas semanais, proteção ao empregado acidentado que eliminou uma série de condições perigosas no trabalho (Walton, 1973).

Na década de 30, fazendo uma crítica ao taylorismo, surgiu a Escola de Relações Humanas que, com seus estudos de moral e de produtividade, trouxe contribuições significativas para o que mais tarde foi chamado de movimento de Qualidade de Vida no Trabalho. A abordagem humanística dessa Escola fez uma verdadeira revolução conceitual: o destaque antes colocado na tarefa e na estrutura organizacional foi transferido para as pessoas que trabalham e participam nas organizações (Chiavenato, 1983).

Nos anos 30 e 40, o movimento sindical teve rápido progresso com ênfase na segurança ao local de trabalho e no ganho econômico para o trabalhador.

Após a Segunda Guerra Mundial, os países europeus, na tentativa de se reerguerem, necessitavam da participação de todos. Com esse objetivo, foi criado o "Plano

Marshall" cuja finalidade foi planejar a reabilitação econômica desses países. Foi oportunizado ao proletariado participação naquelas decisões que afetavam diretamente suas vidas na organização. Dessa forma houve motivação para a execução das metas do "Plano Marshall".

Segundo Nascimento (1979, p. 16), esse plano pode ser considerado a origem do movimento de QVT. "Essa idéia sofre desdobramentos que variam, hoje, desde a aplicação do enriquecimento de tarefas a equipes de montagem numa fábrica, até co-gestão".

Já para Rodrigues (1989) e Moraes et al. (1990), a origem da "denominação de Qualidade de Vida no Trabalho - QVT, como nova abordagem em administração" seria com Trist et al. que, no Instituto Tavistock de Londres, na década de 50, estudavam um modelo macro para agrupar o trinômio indivíduo/trabalho/organização. Segundo os autores esse modelo deu origem à abordagem sócio-técnica da organização no trabalho que buscava a melhoria da produtividade e a diminuição do nível de absenteísmo e de conflitos interpessoais e intergrupais.

O sistema sócio-técnico é um sistema aberto de interação com seu ambiente, estruturado por dois sistemas inter-relacionados e interdependentes: o técnico e o social. O primeiro compreende instalações físicas, equipamento, tarefas, ambiente físico e tecnologia, determinando a eficiência potencial da organização. O segundo compreende indivíduos, valores, cultura organizacional e relações sociais no ambiente de trabalho, sendo responsável pela transformação da eficiência potencial em eficiência real.

Segundo o sistema sócio-técnico, todo processo produtivo requer tanto a organização técnica quanto a organização social inter-relacionadas para concretizar os objetivos do empreendimento. Não é a tecnologia que determina a forma de trabalho e o relacionamento dos grupos de trabalho, como foi tão popularizado na Administração Científica. As variáveis psicossociais dos Recursos Humanos são fatores que necessariamente devem ser considerados, ou, mais ainda, influenciam a tecnologia adotada (Ortsman, 1984; Bergeron, Petit, Bélanger, 1984).

Na metade da década de 50 e no decorrer da década de 60, surgiu a Escola Comportamental, preocupada em desenvolver estudos sobre motivação humana para explicar o comportamento individual das pessoas. Na base dessa escola, estão, entre outros, os psicólogos Abraham Maslow e Frederick Herzberg. Maslow desenvolveu a teoria das necessidades humanas; Herzberg trouxe contribuições aos estudos voltados à melhoria das condições de trabalho. Herzberg abordou o problema da motivação a partir da teoria dos dois fatores higiênicos e motivacionais (Chiavenato, 1983; Hersey, Blanchard 1986; Maslow, 1954).

Foi ao final da década de 60 que se observa com mais frequência, na literatura, o termo Qualidade de Vida no Trabalho, através de estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá e França. A formação de centros com essa linha de pesquisa alcançou considerável desenvolvimento, o que assegurou, inclusive, um apoio na própria legislação francesa. Por volta de 70, na França, foi aprovada, sob forma de lei, a obrigatoriedade de as organizações desenvolverem um planejamento pela melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho - QVT (Trêpo, 1978). Nessa época, QVT era definida em função dos objetivos da organização e do cargo.

A conceituação de QVT, segundo Walton (1973), requer uma visão integrada de todos os movimentos surgidos desde o início do século com vistas a proteger o empregado e a propiciar-lhe melhores condições de vida (leis, sindicatos, movimento da escola de relações humanas, etc.). Embora a noção de QVT envolva todos esses valores, há, a partir de 1970, ênfase não só para incluir as necessidades e as aspirações humanas, mas também a responsabilidade social do empregador.

Hackman e Sutte (1977, p. 72) enfatizam a importância da satisfação das necessidades das pessoas. Para eles a QVT "afeta atitudes pessoais e comportamentos, tais como criatividade, vontade de inovar ou aceitar mudanças, capacidade de adaptar-se a mudanças no ambiente de trabalho e grau de motivação interna para o trabalho, que são fatores importantes para a produtividade do indivíduo".

Já para Guest (1979, p. 77) QVT é um "processo pelo qual uma organização tenta revelar o potencial criativo de seu pessoal envolvendo-os em decisões que os afetam em suas vidas no trabalho. Uma característica marcante do processo é que seus objetivos não são simplesmente extrínsecos, focando melhora da produtividade e eficiência em si; eles também são intrínsecos no que diz respeito ao que o trabalhador vê como fins de auto-realização e auto-engrandecimento".

Conforme apontam os estudos, para garantir a eficiência e a produtividade é necessário redesenhar os empregos para conferir-lhes novos atributos e reestruturar as organizações para criar um ambiente adequado aos empregados. Em outras palavras, é preciso melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho.

Davis (1981, p. 304) refere-se a QVT como "as condições favoráveis ou desfavoráveis que resultam num ambiente de trabalho para as pessoas. O objetivo básico é contar com empregos que sejam excelentes tanto para indivíduos como para produção".

Bergeron, Petit e Bélanger (1984, p. 201) utilizam a expressão QVT para reagrupar todas as experiências de humanização do trabalho sob dois aspectos: primeiro, a reestruturação dos empregos ou a distribuição de cargos individuais de trabalho; segundo, o estabelecimento de grupos de trabalho semi-autogerados ou semi-autônomos ou a distribuição de cargos de trabalho de grupo, o que implica às pessoas concernentes um certo grau de participação na administração (informação, consulta, codecisão).

A partir dos anos 80, existe uma forte tendência em definir QVT pela maior participação do empregado dentro da organização.

A Qualidade de Vida no Trabalho, assim concebida, gera um organização mais humanizada. Seu ponto de partida é a noção de que os trabalhadores representam seres humanos e, nessa medida, devem ter suas potencialidades desenvolvidas e não usadas (Davis, 1981).

Sekiou e Blondin (1984, p. 336) conceituam QVT como uma "explicação concreta de uma filosofia humanista, pela introdução de métodos participativos, visando modificar aspectos do local de trabalho, a fim de criar uma situação nova, favorável à satisfação dos empregados".

Para Quirino e Xavier (1987, p. 72), "QVT representa uma forma sistemática e globalizante do que antes era abordado na literatura de recursos humanos através de estudos de motivação, fatores ambientais, econômicos e de satisfação no trabalho".

Fernandes<sup>6</sup> conclui que "QVT é a gestão dinâmica e contingencial dos fatores sociopsicológicos, físicos e tecnológicos que renovam a cultura e determinam o clima organizacional, refletindo-se na produtividade e no bem estar das organizações". Em outro momento, Fernandes (1988b, p. 21) afirma que "a renovação das organizações através da melhoria da qualidade de vida no trabalho será o desafio central que deverão enfrentar os profissionais de RH neste final dos anos 80 e que será uma exigência da sociedade na década de 90".

Cabe ressaltar que, paralelamente à evolução do conceito de QVT, nessas décadas, a classe trabalhadora tem-se movimentado no sentido de reivindicar melhores condições de trabalho, salários mais justos, menor alienação, maior autonomia etc. Tais movimentos têm muitas vezes pressionado a classe dominante a repensar sua conduta e a buscar soluções mais participativas, com ganhos efetivos para os trabalhadores.

## 2.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA COMPREENSÃO DA QVT

A análise dos conceitos de QVT, evidencia, por parte dos estudiosos, uma preocupação constante com o cargo, atribuindo-lhe, direta ou indiretamente, importância capital para a melhoria nas condições de trabalho (Wherther, Davis, 1983; Bergeron, Petit, Bélanger,

---

<sup>6</sup>FERNANDES, Eda Conte. Definição de QVT: In: **Seminário de QVT**, Porto Alegre, jun, 1990. Porto Alegre: Curso Mestrado PPGA/UFRGS, 1990.

1984). O cargo é o elo entre o indivíduo e a organização menos estruturada; é através de um cargo, formal ou informal, que as pessoas realizam suas funções. As responsabilidades, as atribuições e os desafios determinam o nível salarial do cargo. Portanto, é através dele que os indivíduos percebem sua remuneração e satisfação em relação às suas necessidades básicas e às de nível mais elevado (Hanashiro, 1988). As organizações, por mais informais que sejam, possuem uma estrutura de cargos cuidadosamente arquitetada que lhes possibilita atingir objetivos (Chiavenato, 1983).

Para analisar o cargo sobre outra dimensão e também compreender as diferenças individuais, buscou-se, neste trabalho, o embasamento em duas teorias de motivação. São teorias que, apesar das controvérsias na literatura, têm em suas idéias um reflexo significativo na questão aqui enfocada: a teoria de Maslow e a de Herzberg.

Abraham H. Maslow (1954), psicólogo americano, desenvolveu um trabalho na área das necessidades humanas, estabelecidas em hierarquia crescente na seguinte ordem: necessidades fisiológicas; necessidades de segurança; necessidades sociais; necessidades de estima; necessidades de auto-realização.

Segundo a teoria de Maslow, se um nível de necessidade inferior foi de alguma forma satisfeito, começam a prevalecer outras necessidades do nível superior. Autores como Hersey e Blanchard (1986, p. 36) acreditam que a teoria de Maslow seguia um padrão típico, que se verifica na maioria das vezes, mas havia numerosas exceções a essa tendência geral. "A hierarquia de Maslow não pretende ser do esquema tudo ou nada, e sim ser um instrumento útil para prever o comportamento humano com maior ou menor probabilidade".

Bergamini (1989, p. 111), quando escreve sobre motivação, ressalta que a satisfação nada mais é do que o oposto da motivação, que o fenômeno descrito por Maslow é infinito, que ele nunca estará definitivamente resolvido para o indivíduo. Completa com as palavras de Maslow<sup>7</sup> (1966, p. 135) "... a máxima realização da identidade, autonomia e

---

<sup>7</sup>MASLOW, A.H. *Introdução à psicologia do ser*. Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1966. Apud Bergamini, 1989.

individualidade é, simultaneamente, uma transcendência do próprio eu, um ir além e acima do eu. A pessoa pode então tornar-se relativamente **despersonalizada**, sem ego". Ainda, conforme Bergamini, é nesse momento que o indivíduo se mostra "ativo, como uma espécie de centro criador de suas atividades e suas percepções. Está, portanto, inteiramente livre de bloqueios, inibições, barreiras, cautelas, dúvidas, autocríticas e freios". Continua dizendo que, quando Maslow propõe o caráter seqüencial no desencadeamento da motivação do ser humano, ele abre perspectivas amplas daquilo que consegue descrever como o aspecto de crescimento de cada um, que em grande número de vezes pode não ter o caráter de satisfação ou plena felicidade como muitos podem estar acreditando.

Para Maslow<sup>8</sup> (1966, p. 239) "O crescimento possui não só recompensas e prazeres, mas também muitas dores intrínsecas e sempre trará. Cada passo em frente é um passo no desconhecido e, possivelmente, é perigoso. Também significa renunciar a algo que era familiar, bom e satisfatório. Com freqüência significa uma despedida e uma separação, mesmo uma espécie de morte antes da ressurreição, com a nostalgia, o medo, a solidão e o pranto conseqüentes. Também significa amiúde um abandono de uma vida mais simples, mais fácil e menos esforçada em troca de uma vida mais exigente, mais responsável e mais difícil".

As organizações possibilitam, através de suas políticas de Recursos Humanos e de suas próprias características, a satisfação de algumas necessidades e podem, o que é mais importante, impulsionar os indivíduos à realização de seu potencial.

Frederick Herzberg aborda o problema da motivação a partir da satisfação ou insatisfação que o indivíduo retira de seu trabalho. Denomina de fatores de higiene, mais recentemente denominados de manutenção, àqueles referentes às condições de trabalho, como clima organizacional, salário, políticas da empresa, tipo de supervisão recebida, etc. Estes fatores, quando presentes, evitam fontes de insatisfação, embora não assegurem satisfação. O máximo que podem produzir é a neutralização do nível de insatisfação. Os fatores de motivação, intrínsecos ao cargo, elevam os níveis de satisfação e de produtividade, envolvem sentimentos

---

<sup>8</sup>MASLOW, A.H. Apud Bergamini, op. cit., p. 239.

de realização, de crescimento profissional e de reconhecimento. Estes podem ser encontrados num trabalho desafiante e pleno de sentido. Os fatores de higiene tendem a eliminar a insatisfação e a restrição ao trabalho, contribuindo pouco em motivar um indivíduo para um desempenho superior ou aumento de capacidade. Por outro lado, os fatores de motivação, quando satisfeitos, permitem ao indivíduo crescer e desenvolver-se de maneira madura e conseqüentemente um aumento de capacidade. "Os fatores de higiene influenciam a disposição ou motivação da pessoa, enquanto os motivadores têm efeito sobre a sua habilidade". (Hersey, Blanchard, 1986, p. 75).

Segundo Hersey e Blanchard (1986), a satisfação do indivíduo, no ambiente de trabalho, está relacionada à realização no cargo, justificando-se plenamente a preocupação dos teóricos em propor alterações no cargo com vistas à elevação da QVT. Estas alterações no cargo são propostas através da reestruturação ou reformulação do cargo e de grupos semi-autônomos de trabalho, descritos por Werther e Davis (1983), Bergeron, Petit e Bélanger (1984) e outros.

A origem destas alterações no cargo estão no problema da super especialização que visa ao aumento de produção, através de mão-de-obra não qualificada, herança da administração científica. Como já mostrado anteriormente, esses cargos muito especializados têm cada vez menos atração para muitas pessoas; ao contrário muitas vezes levam à alienação no trabalho. Raramente estes cargos oferecem oportunidades de realização, reconhecimento, crescimento psicológico, ou outras fontes de satisfação. Com intuito de diminuir esse problema vários estudos propõem a reformulação no cargo através das técnicas de rotação de cargo, aumento de cargo e enriquecimento de cargo.

A rotação de cargo realiza um rodízio dos empregados por vários cargos. Dessa maneira, diminui a monotonia do trabalho altamente especializado, por solicitar diferentes aptidões e habilidades. O benefício da organização está em os empregados serem competentes em diversos cargos e não apenas em um. Para os empregados a variedade dos cargos auxilia a auto-imagem do trabalhador e proporciona crescimento pessoal. Mas essa técnica não melhora os

cargos em si e, para expertos de pessoal, pode até adiar o uso de técnicas mais efetivas, e ainda, aumentando o tempo e os custos do treinamento (Werther, Davis, 1983).

O aumento de cargo expande o número de tarefas relacionadas ao cargo. Acrescenta deveres similares, a fim de prover maior variedade, reduzindo a monotonia por aumentar o cargo e por exigir maiores habilidades do empregado.

Herzberg, preocupado com o problema da superespecialização, afirma que essas duas técnicas não resultam necessariamente em motivação. Propõe o "**enriquecimento de tarefas**", também chamado de "**enriquecimento do cargo**" (*job enrichment*), que nada mais é do que o **deliberado** aumento da responsabilidade, da amplitude e do desafio no trabalho (Hersey, Blanchard, 1986).

O enriquecimento da tarefa consiste em delegação parcial ao empregado das responsabilidades de concepção, de planificação, de organização e de controle do trabalho. Ao empregado, antes um simples executante, exige-se estabelecimento de prioridades em seu trabalho (planejamento), distribuição das atividades no tempo (organização) e determinação e aplicação de pontos de controle.

Dentro dessa perspectiva, aumentam-se as tarefas individuais permitindo que o empregado não se concentre em tarefas fragmentadas (acentuada divisão do trabalho), mas realize um conjunto de tarefas que permitam uma visão global de sua atividade.

O aumento de cargo (carga horizontal) acrescenta mais coisas a fazer. O enriquecimento (carga vertical) procura acrescentar responsabilidade de planejamento e controle. Essas adições ao cargo, somadas ao reestudo do próprio cargo, muitas vezes levam à maior motivação e a outras melhorias.

Werther e Davis (1983, p. 83), ressaltam que o "enriquecimento de cargo não é o cura-tudo", é apenas um instrumento, que não pode ser aplicado universalmente, mas sim em determinados casos, onde os cargos não são compensadores. Do mesmo modo, o

enriquecimento de cargo não proporciona desafios, limitando a motivação e a satisfação dos empregados. Os autores destacam alguns problemas para sua aplicação como resistência sindical, custo de projeto e implementação e pesquisa limitada. Também enfatizam que ignorar outras variáveis que contribuem para a Qualidade de Vida no Trabalho pode aumentar a insatisfação com aspectos não melhorados do ambiente do cargo, evidenciando a necessidade de ir-se além do enriquecimento do cargo.

Uma outra perspectiva da reestruturação colocada por Bergeron, Petit e Bélanger (1984), inclui as experiências de melhorias no ambiente imediato de trabalho, ou seja, a utilização de fatores higiênicos como medidas preventivas e profiláticas por diminuir o nível de insatisfação. Realizam-se modificações no ambiente físico (barulho, calor, etc.), nas condições físicas (instalações, "lay-outs", etc.), nas condições mentais (pressão, complexidade, etc.), nos aspectos psicossociais (iniciativa, "status" social, etc.) e no tempo de trabalho (horário, folga, etc.).

Na reestruturação do cargo, é preciso considerar ainda a reação das pessoas frente as diversas tentativas de mudança de trabalho. Por isso torna-se necessário pesquisar as diferenças individuais antes da concepção e da aplicação de um programa de melhoria de QVT. Características como idade, tempo de serviço na organização, valores, percepções, atitudes, motivações e capacidades influem no desenrolar das experiências e nos resultados desejados em matéria de crescimento da produtividade e de satisfação no trabalho. Essas diferenças individuais refletem-se na maneira como cada um reage frente a tarefas mais enriquecidas: indivíduos que desejam se atualizar reagem de maneira mais positiva do que outros com ambições de ordem material.

A Qualidade de Vida no Trabalho reflete a qualidade de vida em geral, e esta última está ligada a uma dada cultura e à maneira como as pessoas assimilam os elementos dessa cultura. "A idéia de vida "bem preenchida" ou de uma vida "plena" varia de um indivíduo para outro, tomando uma certa consistência graças à multiplicidade de experiências cotidianas" (Bergeron, Petit, Bélanger, 1984, p. 263).

As formas acima mencionadas, da reestruturação das tarefas, permitem ao empregado maior identificação com o cargo, o que vem a colaborar na melhoria da qualidade do produto final. À medida que o empregado reconhece o que faz, ele atribui a cada tarefa a devida importância, passando a preocupar-se com o resultado e a qualidade de seu trabalho.

Uma outra dimensão da QVT, desenvolvida principalmente por Bélanger, Petit, Bergeron (1984), diz respeito à formação de grupos semi-autônomos de trabalho, encontrados no sistema socio-técnico, com seus sistemas técnico e social. Os dois subsistemas estão em constante interação: o conteúdo das tarefas influencia (e não determina) a organização e a relação das pessoas. Conforme o sistema socio-técnico, as características dessas pessoas também afetam (e não determinam) a forma como as tarefas devem ser executadas. Esse sistema está intimamente relacionado à formação de grupos semi-autônomos de trabalho. A característica fundamental desses grupos é a execução de uma unidade completa de trabalho, organizando suas próprias atividades dentro dos objetivos da produção e de determinados requisitos e normas da organização, principalmente concernentes à segurança no trabalho e à qualidade do produto. Essa forma de organização do trabalho confere aos empregados polivalência funcional pelo fato de não realizarem mais tarefas repetitivas e/ou fragmentadas. Observa-se, assim, o subsistema social influenciando o subsistema técnico, impondo-lhe modificações no conteúdo das tarefas, adaptação dos equipamentos, modificação de "lay-out", etc.

A idéia fundamental dos grupos semi-autônomos reside no equilíbrio entre as exigências do sistema tecnológico de alta produtividade (como custo mínimo, redução de absenteísmo e rotatividade) e as do sistema humano - de satisfação das necessidades de níveis mais elevados (com a aplicação das habilidades, utilização das habilidades, utilização de potencial e auto-realização) (Trist, Higgins, Murray, Pollock, 1963; Motta, 1975; Chiavenato, 1983).

Ainda dentro da perspectiva que alterou a organização convencional e "taylorista" de empresas, cabe referir a questão situacional, conforme discussão já apresentada em publicação anterior (Vieira, Hanashiro, 1990).

A QVT, considerada como movimento, e aí é preciso conhecer suas origens e seus destinos, ou concebida como abordagem, devendo-se conhecer seus pressupostos, acarreta necessariamente a consideração pelo aspecto situacional. Isso significa analisar a questão dentro da realidade, dos contextos sócio-políticos e econômicos do Brasil, os quais têm configurações totalmente diferentes de outros países.

É importante ressaltar que não se trata apenas de importar uma técnica e de aplicá-la diretamente em nossas organizações; também não convém copiar um movimento de vanguarda alheia, assim como não se pode adotar uma abordagem cujos pressupostos não condizem com a realidade de nosso país, com acentuadas disparidades sociais e contraste em todos os sentidos.

A abordagem situacional de QVT, pode ser definida como a melhoria nas condições de trabalho, com extensão a todas as funções de qualquer natureza e nível hierárquico, nas variáveis comportamentais, ambientais e organizacionais que venham, juntamente com políticas de Recursos Humanos condizentes, humanizar o emprego, de forma a obter-se um resultado satisfatório, tanto para o empregador como para a organização. Isto significa atenuar o conflito existente entre o capital e o trabalho.

A filosofia de base da QVT é a filosofia humanista, isto é, a valorização do empregado como ser humano e de sua posição na organização. O objetivo básico de Qualidade de Vida no Trabalho é o equilíbrio entre o indivíduo e a organização, através da interação entre exigências e necessidades de um sistema técnico, e exigências e necessidades do trabalhador, de modo que os empregos se adaptem tanto às pessoas quanto à tecnologia.

Para que o movimento de Qualidade de Vida no Trabalho não seja fadado ao insucesso, como algumas inovações no campo da Administração o foram, impõem-se certas

reflexões. Segundo Hackman (1976), a cada cinco anos surgem da Ciência do Comportamento alternativas de solução para os problemas organizacionais. O sistema de comunicação e o meio acadêmico encarregam-se de divulgar as propostas e, assim, muitas organizações passam a adotá-las. Entretanto, nem todas têm sucesso. Para algumas, a experiência é um malogro total. E a "solução milagrosa" proposta passa a ser considerada mais um modismo efêmero da área, e nada mais do que isso, provocando mais um esvaziamento na já algumas vezes desacreditada área de Recursos Humanos.

Para não se incorrer nesses mesmos erros com relação à Qualidade de Vida no Trabalho, deveria haver uma preocupação não tão imediatista e utilitarista (aplicação indiscriminada da proposta). É preciso, principalmente, ter consciência da sua repercussão no futuro, para direcionar com segurança e determinação o presente.

Nesse sentido, cabe analisar qual é a tendência atual de RH no que se refere à Qualidade de Vida no Trabalho. Como estão as organizações frente a isto? Como estas têm solucionado seus conflitos? Há uma conscientização desses conflitos? Como a melhoria da Qualidade de Vida poderá prevenir tais conflitos? Até que ponto a Qualidade de Vida no Trabalho pode ser usada pelo sistema contra a evolução da classe trabalhadora?

Não se tem a intenção de responder a todos esses questionamentos, mas de chamar a atenção para eles, pois devem ser levados em consideração na escolha de um modelo de Qualidade de Vida no Trabalho.

Na tentativa de buscar resposta ao exposto acima, é necessário procurar um modelo que melhor se adapte a nossa situação em particular. Muitos estudiosos têm procurado estabelecer critérios de Qualidade de Vida no Trabalho, pela utilização de pesquisas, observações e entrevistas em profundidade que permitem identificar que aspectos, quando presentes em uma situação de trabalho, elevam o nível de qualidade de vida. A mensuração da Qualidade de Vida no Trabalho não constitui tarefa fácil (Fernandes, 1988b). Para a estruturação de modelos a

serem utilizados em projetos de QVT, é indispensável o estabelecimento de critérios apropriados para a avaliação do nível de qualidade de vida nas organizações.

### 2.3 MODELOS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Ressaltada a necessidade de um modelo, o objetivo, neste momento, é apresentar um breve resumo dos estudos a esse respeito referidos na bibliografia. Em continuidade, destaca-se o modelo escolhido como referencial teórico deste trabalho.

Segundo Quirino e Xavier (1986, p. 74), pesquisadores da EMBRAPA que, por primeiro, realizaram estudos sobre o tema no Brasil, existem dois caminhos para medir Qualidade de Vida no Trabalho: "o **objetivo** e o **subjetivo**. A abordagem chamada **objetiva** parte de mensurações das condições materiais, como existência de equipamentos, nível de salários, etc. A **subjetiva** parte da percepção que as pessoas têm dessas condições, isto é, se as acham satisfatórias".

Bergeron, Petit e Bélanger (1983, p. 268) entendem que "QVT engloba a natureza e o conteúdo das experiências de estruturação dos empregos e de implantação de grupos semi-autônomos sob o ângulo da abordagem socio-técnica. Seu posicionamento implica também uma preocupação muito grande relativa à maneira de conceber e de implantar novas formas de organização do trabalho no que se refere a resultados de tais experiências". Os autores buscam no modelo das fases de mudança individual de Kurt-Lewin e da pesquisa-ação subsídios para estabelecer as fases do seu modelo de mudança que se aplicam mais a grupos ou a toda organização. São elas:

- a) A sensibilização e o diagnóstico;
- b) O movimento na mudança ou a programação das ações de mudança e implantação;
- c) A estabilização da mudança e da retroação.

Lippitt (1978) considera situações de trabalho com nível de qualidade de vida adequado quando há oportunidade para o indivíduo satisfazer a grande variedade de necessidades pessoais, ou seja, sobreviver com alguma segurança, interagir com os outros, ter um senso pessoal de utilidade, ser reconhecido por suas realizações e ter uma oportunidade de melhorar sua habilidade e conhecimento. Seus critérios estão centrados mais a nível de diagnóstico da QVT. Baseia-se seu esquema conceitual em quatro fatores-chaves:

- a) o trabalho em si, caracterizado por sistemas que encorajam o feedback da performance e o envolvimento no processo de decisão;
- b) o indivíduo que cresce pessoal e profissionalmente através de seus papéis e relações no trabalho;
- c) a qualidade resultante de tarefas completas e de aumento de responsabilidades, refletidas nas recompensas;
- d) a função e a estrutura da organização baseadas em um sistema aberto e criativo.

Segundo Werther e Davis (1983), embora sejam usadas muitas técnicas diferentes sob o título de Qualidade de Vida no Trabalho, a maioria dos métodos acarreta a reformulação de cargos. Os autores exploram a natureza do cargo segundo as exigências organizacionais, ambientais e comportamentais visando à produção de um cargo produtivo e satisfatório com a participação dos trabalhadores afetados. (Quadro 1). O modelo de Werther e Davis foi utilizado por Fernandes e Gutierrez (1988), no estudo de implementação da Qualidade de Vida no Trabalho feito em uma empresa comercial gaúcha (Figura 1).

**QUADRO 1**  
**ELEMENTOS DO PROJETO DE CARGO**

<b>Elementos Organizacionais</b>	<b>Elementos Ambientais</b>	<b>Elementos Comportamentais</b>
Abordagem mecanística	Habilidade e disponibilidades de empregos	Autonomia
Fluxo de trabalho	Expectativas sociais	Variedade
Práticas de trabalho		Identidade de tarefa
		Retroinformação

FONTE: WERTHER, W., DAVIS, K. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983. p. 75.

De acordo com Westley (1979), o estudo da Qualidade de Vida no Trabalho pode ser examinado através de quatro indicadores:

- a) Econômico, representado pela equidade salarial e equidade no tratamento recebido;
- b) Político, representado pelo conceito de segurança;
- c) Psicológico, representado pelo conceito de auto-realização;
- d) Sociológico, representado pelo conceito de participação.

Westley afirma em uma nota que a listagem apresentada por Walton, usando os termos segurança, equidade, individuação e democracia, guarda muita semelhança com os seus indicadores, mas que ele encontrou a lista de Walton após ter elaborada a sua. Seu modelo está sendo utilizado por Ruschel (1987) nos estudos de empresas do ramo imobiliário.

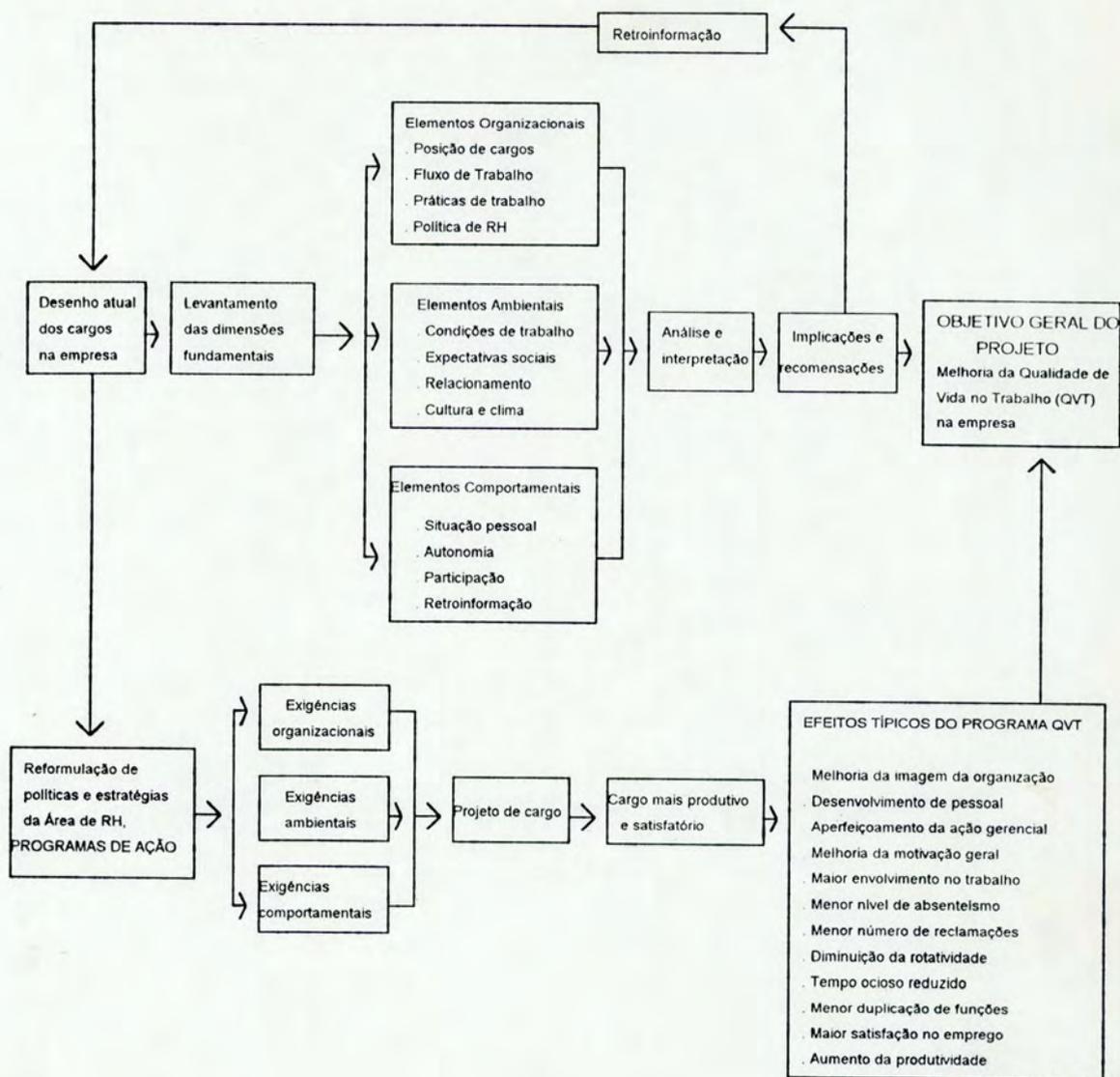


FIGURA 1

MODELO ANALÍTICO DO PROJETO  
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT) ADAPTADO DE WHERTHER E DAVIS

FONTE: FERNANDES E.D., GUTIERREZ. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Uma experiência brasileira. Revista de Administração, São Paulo, v.4, n.23, p.29-38, out./dez. 1988.

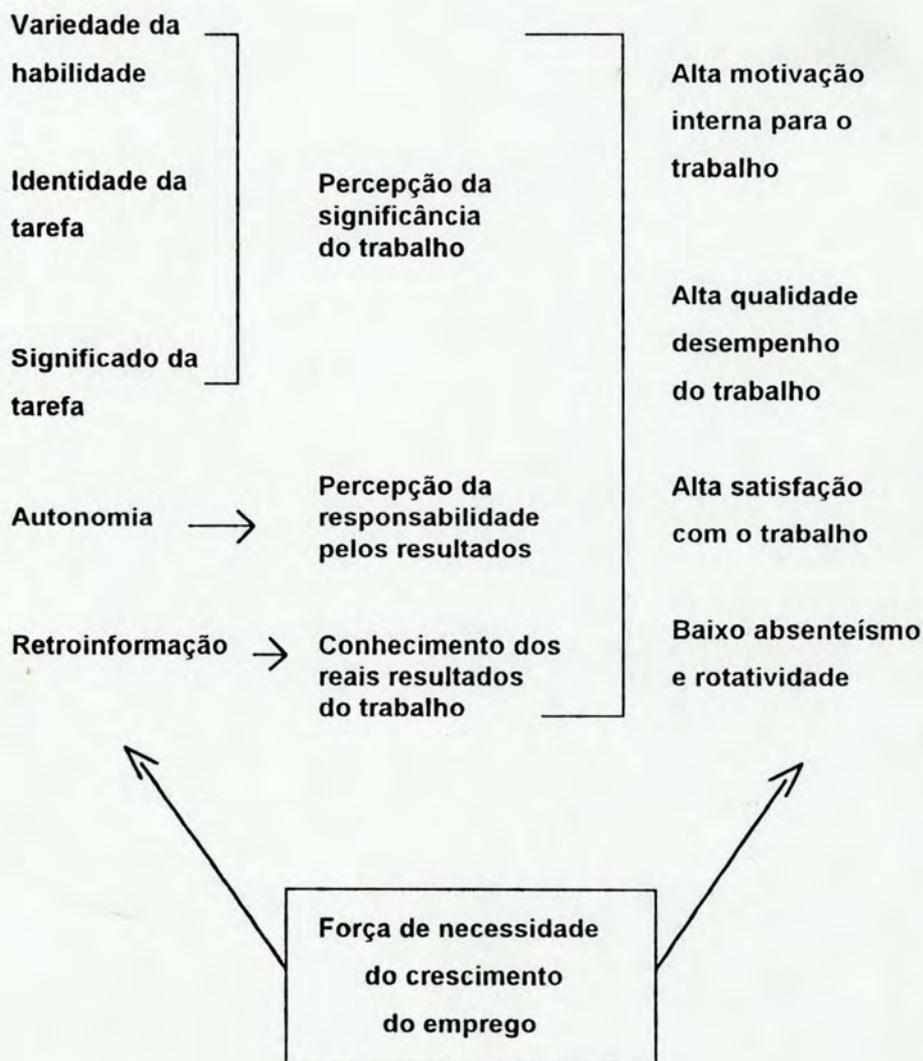
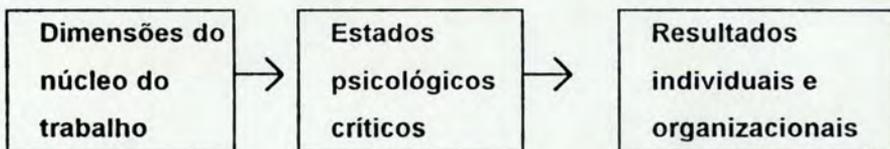
Para Hackman e Oldhan (1975) Qualidade de Vida no Trabalho é resultante direta da combinação de características do trabalho, estados psicológicos experimentados, satisfações contextuais e necessidades de crescimento individual, produzindo resultados emocionais como satisfação geral com trabalho, motivação interna no trabalho e satisfação com possibilidade de crescimento individual. A Figura 2 ilustra o modelo de referência. Os autores elaboraram um instrumento de medida intitulado "Job Diagnostic Survey - JDS" (Levantamento do Diagnóstico do Trabalho - LDT). Esse modelo foi utilizado em estudos de empresas do ramo de informática realizado por Fernandes, Becker e Price (1988) e por Moraes et al. (1990). Rodrigues (1989) aplicou este modelo no estudo da QVT dos gerentes da indústria de confecção do Estado do Ceará.

## **2.4 MODELO DE WALTON**

### **2.4.1 Justificativa**

O modelo de Walton (1973) foi escolhido como referencial teórico pela sua abrangência e possibilidade de estudar toda a dimensão que envolve o profissional de enfermagem de nível superior.

Richard Walton, professor da Harvard Business School, é uma autoridade reconhecida em assuntos relacionados à administração da força de trabalho. Sua pesquisa vai desde causas da alienação do trabalho, passa por experiências em várias organizações que iniciaram mudanças através da melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho e evolui para novas formas de organização do trabalho. O estudo aqui objeto de discussão focaliza o modelo de Walton de Qualidade de Vida no Trabalho, utilizando-se principalmente de três artigos específicos sobre o assunto: Quality of working life: What is this? (1973); Improving the quality of work life (1974); e Criteria for Quality of working life (1975).



**FIGURA 2**

**MODELO ANALÍTICO DE REFERÊNCIA DE HACKMAN E OLDHAN**

FONTE: HACKMAN J.R., OLDHAN G. Development of job diagnostic.  
*Journal of Applied Psychology.* v.60, n.2, p.159-170, 1975.

Dentro de um cenário mais amplo em que ser humano e sociedade têm apresentado mudanças sistemáticas, de forma rápida em relação aos séculos anteriores, o conhecimento multiplica-se continuamente. Além disso, a difusão desse conhecimento com a nova era da comunicação e informatização dá-se por todo o globo. É de todos sabido que hoje existe concentração da população nos grandes centros, aumento do anonimato coletivo; aumento da especialização e divisão técnica no trabalho; mudanças significativas nos sistemas de equilíbrio como família, hierarquias, religiões, escolas, locais de trabalho, valores, símbolos e ritos, etc; diminuição do poder paterno; entrada da mulher no mercado de trabalho; conscientização das pessoas do seu papel na sociedade e desejo de participação nas decisões pessoais. Essas mudanças provocam, como conseqüência, alterações nas relações culturais, sociais, políticas e econômicas, tanto em nível individual e familiar, como em nível social e de trabalho.

Para Walton (1974), existem, por um lado, muitos empregados, independentemente do nível hierárquico, que encontram sérias deficiências na sua Qualidade de Vida no Trabalho. Descontentes e alienados, esses trabalhadores querem alterar o conteúdo dos seus trabalhos, com a finalidade de criar mais desafios e de alcançar maior satisfação.

Por outro lado, os mercados mundiais têm-se tornado mais competitivos, o que exige mudanças nas organizações. A conseqüência é o interesse crescente na possibilidade de redesenho da natureza do trabalho, levando experimentos organizacionais a melhorarem tanto a produtividade como a Qualidade de Vida no Trabalho dos empregados.

Desse modo, para Walton (1973), a expressão "qualidade de vida" recupera certos valores ambientais e humanistas negligenciados em favor do avanço tecnológico, da produtividade industrial e do crescimento econômico.

## 2.4.2 Categorias Conceituais e Critérios de QVT

Como já dito anteriormente, o termo "**Qualidade de Vida no Trabalho**", em Walton, tende a significar muito mais que necessidades satisfeitas pelos ganhos legislativos como, por exemplo, as 40 horas semanais de trabalho e as leis de compensação do trabalho; muito mais que garantias de negociações coletivas de trabalho; muito mais que oportunidades iguais e esquemas de enriquecimento do trabalho. O termo também inclui necessidades e aspirações humanas além de responsabilidade social do empregador. Walton procura englobar todos esses aspectos na formulação das suas Oito Categorias Conceituais e critérios de QVT, assim definidas:

- Compensação Justa e Adequada
- Condições de Trabalho
- Uso e Desenvolvimento de Capacidades
- Oportunidade de Crescimento e Segurança
- Integração Social na Organização
- Constitucionalismo
- Trabalho e Espaço Total de Vida
- Relevância Social na Vida no Trabalho

Walton propõe essas Categorias com base em observações pessoais, experiências, valores e suposições sobre a natureza humana, cada uma com justificativas "ad hoc".

Preocupado também com a conceitualização e a mensuração da QVT, o autor indica caminhos sistemáticos para originar essas Categorias e critérios. Cita, em primeiro lugar, combinações do método empírico (pesquisas, observações e entrevistas em profundidade) para identificar quais aspectos da situação de trabalho afetam significativamente a qualidade das experiências humanas no papel do trabalho. Assim, o método poderia produzir diferentes grupos

de critérios para diferentes grupos de trabalhadores, construindo, em consequência, uma composição de grupos e de critérios. Um segundo modo de conceitualizar a QVT deriva-se de um sistema ideológico ou teorias do desenvolvimento humano, de saúde mental ou física, de integração social, de desenvolvimento comunitário e outras. O autor ainda enfatiza que os critérios de qualidade de vida podem ser derivados de duas teorias da psicologia individual: a teoria de Abraham Maslow, "Hierarquia das necessidades humanas básicas", e a teoria de Erik Erikson, "As oito idades do homem", que podem ser aprofundados na leitura de Walton (1975, p. 101).

O modelo das categorias de Walton, acrescido de aspectos situacionais extraídos da realidade, constitui o modelo conceitual adotado nesta pesquisa. A construção do modelo, a partir das Categorias de Walton, e acrescido de critérios diferenciados, possibilita, dentro do nosso contexto, o estabelecimento do perfil do profissional de enfermagem de nível superior no que se refere à QVT.

#### 2.4.2.1 Compensação Justa e Adequada

Para Walton (1973, p. 658), a Categoria **Compensação Justa e Adequada**, mais de que qualquer outra, é relativa, na medida em que inexistente consenso sobre os padrões objetivos ou subjetivos para julgar adequada a compensação.

Devido a essa inexistência de consenso, o autor aponta vários aspectos a serem analisados em relação à compensação, tais como avaliação do trabalho e seu relacionamento entre pagamento e fatores como conhecimento, treinamento, responsabilidade no trabalho, condições prejudiciais de trabalho; demanda de profissionais e mercado de trabalho; firmas com maior lucratividade e, conseqüentemente, com melhor remuneração; aumento na produtividade da empresa e participação dos empregados nos resultados obtidos. Mesmo assim, a aplicação de um padrão de justiça que produz um determinado padrão de compensação é julgado injusto por

um outro padrão, o que demonstra dificuldade de formulação de um padrão objetivo de compensação.

Segundo Walton, essa questão é de ordem ideológica, que pode ser comprovada, por exemplo, em relação à equidade interna dos salários existente nos Estados Unidos onde um alto executivo pode ganhar até 20 vezes mais que um horista. Para o autor, "esta situação poderia ser aceita num passado recente mas pode ser considerada uma disparidade no futuro".

Embora, diz ele, as medidas operacionais aceitas não estejam disponíveis para julgar a adequação e a justiça da compensação do trabalho, ambos os fatores são determinantes significativos da Qualidade de Vida no Trabalho.

Os questionamentos do autor em relação a esses fatores são da seguinte ordem:

- A remuneração pelo trabalho em tempo integral vem ao encontro de um padrão satisfatório determinado socialmente ou de padrões subjetivos do trabalhador?
- O pagamento recebido por certo trabalho tem relação apropriada com o pagamento recebido por outro trabalho?

No que se refere à realidade brasileira, o país vive uma séria e grave situação política e econômica em meio a uma crise, quase crônica. Isso é acompanhado de recessão econômica, aumento da inflação, arrocho salarial (salário mínimo de outubro de 1990 igual a 29,09% do salário mínimo de 1940, segundo D.I.E.E.S.E., 1992), o que acarreta, cada vez mais, perda do poder aquisitivo, insatisfações, greves, etc.

Para o profissional de enfermagem o quadro não é diferente, segundo o relatório do "Exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983", realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. Segundo o relatório, 69,6% dos profissionais de enfermagem de nível superior ganham menos que seis salários mínimos (o valor real do salário mínimo de 1983 era 56,10% do salário mínimo de 1940, segundo D.I.E.E.S.E., 1992). Não existem estudos acerca da remuneração dos profissionais de

enfermagem de nível superior em comparação com outros profissionais no mercado de trabalho, muito embora, pela observação pessoal, poder afirmar-se que esse profissional tenha uma das piores remunerações do mercado. A enfermagem é uma profissão essencialmente feminina que traz, na sua bagagem, a própria luta das mulheres pelo espaço no mercado de trabalho. Segundo Lopes (1987), a realidade mostra um ramo de trabalho explorado, mal remunerado e com pouco poder de barganha.

Em síntese, a Categoria **COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA** visa a mensurar a Qualidade de Vida no Trabalho em relação à remuneração recebida pelo trabalho realizado. Desdobra-se, nesta pesquisa, em três critérios de mensuração.

- a) **REMUNERAÇÃO ADEQUADA**: remuneração necessária para o empregado viver dignamente dentro das necessidades pessoais e dos padrões culturais, sociais e econômicos da sociedade em que vive.
- b) **EQÜIDADE INTERNA**: eqüidade na remuneração entre outros membros de uma mesma organização.
- c) **EQÜIDADE EXTERNA**: eqüidade na remuneração em relação a outros profissionais no mercado de trabalho.

#### 2.4.2.2 Condições de Trabalho

Segundo Walton (1973, p. 659), nossa sociedade defende amplamente a idéia de que "trabalhadores não deveriam ser expostos a condições físicas ou horários que são indevidamente perigosos ou prejudiciais à saúde". Nesse sentido, a legislação, a ação do sindicato e o interesse do empregador têm mostrado resultados no que se refere a padrões crescentes das condições satisfatórias de trabalho, envolvendo:

- Jornada de trabalho padronizada com pagamento de horas extras ao período excedente;

- Condições físicas de trabalho que diminuem os riscos de doenças e de ferimentos;
- Limites de idade impostos para determinados tipos de trabalho por poderem causar problemas de saúde.

No seu entender (1973, p. 659), é possível que, no futuro, "padrões mais rígidos sejam impostos nos locais onde a saúde é menos importante que o conforto; tendo como objetivo minimizar odores, barulhos ou perturbações visuais". Uma melhoria geral na qualidade das condições de trabalho e um amadurecimento cada vez mais precoce da juventude teriam como reflexo um relaxamento nos limites de idade em algumas áreas de trabalho.

É preciso enfatizar que, no Brasil, há uma diferença em relação aos países de primeiro mundo. A realidade brasileira está cheia de contrastes: de um lado, há organizações com realidade de primeiro mundo, ambiente de trabalho agradável, salas ventiladas, iluminadas, equipamento ergométrico, material adequado para proteção em tarefas de risco; de outro, há organizações com realidade até de submundo, onde os cuidados com a saúde são absolutamente negligenciados.

Entendendo saúde como "um estado de equilíbrio e bem-estar físico, mental e social", sua manutenção está diretamente relacionada às condições de trabalho. Assim, quando essas condições não são atendidas, a saúde do trabalhador sofre danos físicos, emocionais ou sociais.

Segundo Silva (1988), entre os danos físicos, o trabalhador de enfermagem corre riscos da seguinte ordem:

- **biológicos:** relacionados ao contato com doenças infecciosas, infecto-contagiosas e com material contaminado por microorganismos patogênicos. Já foram relacionadas como doenças adquiridas no trabalho tuberculose, hepatite,

- rubéola, meningite, AIDS, infecções respiratórias e entéricas, herpes, escabiose, leucemia, toxoplasmose, parotidite, varicela, sarampo, poliomielite e tétano;
- **químicos:** provenientes da manipulação de substâncias utilizadas em esterilização e desinfecção de materiais e no tratamento medicamentoso dos pacientes, muitas delas com efeitos carcinogênicos, teratogênicos ou combinações destes; outras com efeitos desepitelizadores primários ou irritantes oculares. Essas substâncias também podem causar dermatites, eczemas e reações alérgicas;
  - **físicos:** decorrentes da temperatura ambiental como, por exemplo, altas temperaturas do centro de material causado pelas autoclaves e ventilação inadequada; ar condicionado que pode provocar a chamada "febre dos umidificadores"; radiações ionizantes e não ionizantes devido a exposições no setor de radiologia e medicina nuclear ou mesmo quando os exames são feitos à beira do leito causando alterações cutâneas, cataratas, leucopenia, esterilidade, mutações genéticas, escurecimento e engrossamento da pele, queimaduras, câncer cutâneo; ruídos do meio ambiente externo ou interno e materiais elétricos associados a uso de gases inflamáveis que expõem o trabalhador a perigos de incêndio;
  - **mecânicos:** advindos do trabalho em pé por longos períodos, da sobrecarga de peso levantada na movimentação dos pacientes no leito e de transportes, o que causa hérnias, fraturas, torções, contusões, lombalgias, varizes e quedas, e de lesões causadas pela manipulação de objetos cortantes.

Dentre os danos psicossociais, apontados por Silva (1988), incluem-se trabalho noturno, rodízios de turnos, fadiga, tensão, ritmo acelerado do trabalho, fragmentação ou repetição das tarefas, horas extras, "dobras de plantão" e trabalho eminentemente feminino. Como consequência têm sido associados estados depressivos, insônia, suicídio, tabagismo, consumo de álcool e drogas. Insere-se aqui também problemas como o fato de trabalhar com o

limiar da vida e da morte, de sorrir pelo nascer ou pela conquista de um progresso ou vitória de um paciente, de consolar e, muitas vezes, de chorar com o diagnóstico irreversível ou morte do paciente ao lado. Existem ainda dificuldades relativas a trabalhar com pessoal não-qualificado por falta de preparo, ou por serem pessoas alijadas de outros meios de produção; à tensão de ter de informar sobre a superlotação ou de não ter condições de atendimento pela crise do sistema de saúde; à impossibilidade de prestar atendimento dentro das condições mínimas de qualidade. Tudo isso gera sentimentos de convivência, impotência, revolta, alienação frente ao sistema.

Silva (1988) evidencia que, em enfermagem, acidente de trabalho é um fator muito significativo e responsável pelo afastamento do pessoal. As maiores freqüências observadas ocorrem com pessoas do sexo feminino, com jovens, com atendentes de enfermagem e com trabalhadores com menos de cinco anos de serviço na instituição. As causas mais comuns dos afastamentos são lacerações, feridas, contusões, torções. Nesse sentido a autora recomenda que sejam realizados programas de orientação para os trabalhadores, a fim de prevenir riscos, uma vez que o pessoal não qualificado e não treinado tem maior coeficiente de risco.

Apesar de todos esses problemas, os profissionais de enfermagem não têm uma legislação ou estudos suficientes que caracterizem as condições e os limites de tolerância dos agentes agressivos no trabalho e que auxiliem na sua proteção (Oguisso, Schmidt, 1984; Silva, 1988).

Em resumo, a Categoria **CONDIÇÕES DE TRABALHO** objetiva medir a Qualidade de Vida no Trabalho em relação às condições existentes no local de trabalho. Como critérios de mensuração da categoria, incluem-se:

- a) **JORNADA DE TRABALHO**: número de horas trabalhadas, previstas ou não, pela legislação, e sua relação com as tarefas desempenhadas.
- b) **AMBIENTE FÍSICO E SAUDÁVEL**: local de trabalho e suas condições de segurança e de saúde em relação aos riscos de injúria ou de doenças.

### 2.4.2.3 Uso e Desenvolvimento de Capacidades

Na visão de Walton, as conseqüências da revolução industrial têm diminuído o significado do trabalho que passou a ser fracionado e rigidamente controlado. O planejamento, diz ele, está separado da sua implementação. Afora as peculiaridades, os trabalhos, hoje, diferem pela maneira como eles habilitam os empregados a usar e a desenvolver habilidades e conhecimentos. Para esse desenvolvimento o trabalho deve possibilitar as seguintes condições:

- autonomia substancial e autocontrole relativo a controles externos;
- planejamento e implantação da atividade;
- desenvolvimento de grande número de habilidades e não repetição de mesma habilidade estreita;
- informação significativa sobre o processo total do trabalho, envolvendo resultados, ação, relevância e conseqüências;
- execução de tarefa por inteiro ou fragmento de uma tarefa significativa.

Tais aspectos, segundo o autor, afetam o desenvolvimento do ego, a auto-estima e o desafio obtido do trabalho em si próprio.

Também Hackman e Oldham (1975), apresentam esses mesmos aspectos descritos, denominando-os características do trabalho.

No tocante à realidade do profissional, o estudo COFEN e ABEn (1985) traz os seguintes dados: entre os problemas mais mencionados estão a inexistência de autonomia profissional (85,4%) e a inexistência de definição clara da identidade profissional (66,9%). Além desses, muitos outros estudos têm sido desenvolvidos em relação à crise da enfermagem brasileira.

Assim, a Categoria **USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES** visa à mensuração da Qualidade de Vida no Trabalho em relação às oportunidades que o empregado tem de aplicar, no seu dia a dia, seu saber e suas aptidões profissionais. Entre os critérios dessa categoria, destacam-se os seguintes:

- a) **AUTONOMIA**: medida permitida ao indivíduo de liberdade substancial, independência e descrição na programação e execução de seu trabalho.
- b) **SIGNIFICADO DA TAREFA**: relevância da tarefa desempenhada na vida e no trabalho de outras pessoas, dentro ou fora da organização.
- c) **IDENTIDADE DA TAREFA**: medida da tarefa na sua integridade e na avaliação do resultado.
- d) **VARIEDADE DE HABILIDADE**: possibilidade de utilização de uma larga escala de capacidades e de habilidades do indivíduo.
- e) **RETROINFORMAÇÃO**: informação ao indivíduo acerca da avaliação do seu trabalho como um todo e de suas ações.

#### 2.4.2.4 Oportunidade de Crescimento e Segurança

Na apresentação desta categoria, Walton muda o enfoque do trabalho, para referir-se à valorização do empregado através das oportunidades para a manifestação e a expansão de potencialidades, bem como para o avanço na carreira ocupacional. Embora a oportunidade para o auto-aperfeiçoamento através da educação e do trabalho árduo seja considerado um direito de nascimento, segundo o autor, o trabalho industrial típico, hoje, pode ser completamente aprendido em poucas semanas ou uns poucos anos. Após esse período, o trabalhador do nível operacional alcança o pico de seus ganhos e pode esperar somente melhorias menores. A promoção dos trabalhadores de nível operacional, para supervisões e posições gerenciais, é freqüentemente fechada na carreira por pré-requisitos de educação formal. Já os trabalhadores de nível superior,

embora atinjam o seu pico um pouco mais tarde, freqüentemente confrontam-se com uma fonte adicional de desencorajamento: a obsolescência de seus conhecimentos e habilidades. Quando esses profissionais chegam na metade dos 30 anos, seus ganhos atingem o ponto máximo. Durante esse período, seus conhecimentos foram explorados e sua especialidade aprofundada, mas sua educação não foi continuada nem ampliadas suas capacidades. Como resultado, as perspectivas para avanço de salário e de promoção são pequenas, justamente num período em que, muitas vezes, reavaliando suas vidas (carreira, família, lazer), perdem o interesse pelo trabalho profissional, não investem em suas carreiras e constataam a esterilidade de suas vidas no trabalho.

Sendo assim, Walton destaca que a atenção necessária deverá ser dada aos seguintes aspectos da vida no trabalho:

- extensão pela qual as atividades correntes de alguém contribuem para manter e para expandir as suas capacidades não levando à obsolescência;
- expectativa para usar conhecimento expandido ou recentemente adquirido e habilidades em trabalhos futuros;
- disponibilidade de oportunidades para avançar em termos organizacionais ou de carreira, reconhecida por colegas e membros da família.
- segurança do emprego ou de renda associada à tarefa do trabalhador.

No que concerne à realidade brasileira, existem vários estudos, na enfermagem sobre a importância da educação continuada, em contraste com os poucos estudos sobre plano de carreira da área e reflexo disso na prática diária. Como ascensão profissional o enfermeiro possui somente a área administrativa através da chefia de unidade, chefia de serviço, coordenação do serviço. Para isso, o enfermeiro afasta-se da razão de ser do seu trabalho: a "assistência" de enfermagem. Por vezes, encontram-se administradores de enfermagem incompetentes ou frustrados por terem perdido o significado do seu trabalho. Não se conhece, na

área de saúde, um plano de carreira, que privilegie a competência técnica. O enfermeiro que investe no seu crescimento pessoal não tem reconhecimento social ou financeiro, normalmente ele faz cursos de aperfeiçoamento ou pós-graduação, levado somente por necessidades próprias. Fleet (1967) sugere uma carreira em Y como solução para carreiras em linha reta, voltadas predominantemente para problemas de posições administrativas. A carreira Y possibilita que os técnicos concentrem esforços no seu campo próprio de atuação, sem precisar desempenhar cargos de administração para terem o reconhecimento da instituição.

Em síntese, a Categoria **OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA** tem por finalidade medir a Qualidade de Vida no Trabalho em relação às oportunidades que a instituição estabelece para o desenvolvimento e o crescimento pessoal de seus empregados e para a segurança de emprego. Os critérios que, neste trabalho, expressam a importância do desenvolvimento e a perspectiva de aplicação são os seguintes:

- a) **CRESCIMENTO PESSOAL**: processo de educação continuada para o desenvolvimento das potencialidades da pessoa e aplicação das mesmas.
- b) **POSSIBILIDADE DE CARREIRA**: viabilidade de oportunizar avanços, na organização e na carreira, reconhecidos por colegas, membros da família, comunidade.
- c) **SEGURANÇA DE EMPREGO**: grau de segurança dos empregados quanto à manutenção dos seus empregos.

#### 2.4.2.5 Integração Social na Instituição

As categorias anteriores relacionam-se a oportunidades imediatas e de longo alcance do trabalhador para expressar e desenvolver habilidades individuais. Para Walton como o trabalho e a carreira são tipicamente perseguidos dentro da estrutura das organizações sociais, a natureza das relações pessoais assume uma outra dimensão da QVT. Isso significa que, quando

tem uma identidade satisfatória e experimenta auto-estima, o trabalhador está sendo influenciado pelos seguintes atributos do clima no seu lugar de trabalho:

- aceitação do empregado por suas características relacionadas a trabalho, habilidades e potencial, desconsiderando raça, sexo, credo, nacionalidade, estilo de vida e aparência física;
- ausência de estratificação na organização de trabalho em termos de símbolos de "status" ou estruturas hierárquicas íngremes;
- existência da potencialidade de empregados de qualquer nível que poderiam se qualificar para um nível superior;
- relações no grupo de trabalho tipo "face a face", marcadas por padrão de ajuda mútua, apoio sócio-emocional e afirmação da individualidade;
- senso de comunidade na organização de trabalho que se estende além dos grupos "face a face";
- modo de relacionamento dos membros da organização de trabalho, considerando idéias e sentimentos.

Assim a Integração Social existe quando o empregado, num ambiente sem preconceitos, atinge o estágio de auto-estima, senso comunitário, franqueza interpessoal, fraca estratificação e mobilidade ascendente. Sente-se como se estivesse em sua própria casa.

Neste trabalho, a Categoria **INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO** objetiva medir o grau de integração social existente na organização. Fazendo uma adaptação a partir dos critérios de Walton, para este trabalho foram definidos os seguintes:

- a) IGUALDADE DE OPORTUNIDADES: grau de ausência de estratificação na instituição de trabalho, em termos de símbolos de "status" ou estruturas

hierárquicas íngremes, e de discriminação quanto a raça, sexo, credo, origens, estilos de vida ou aparência;

b) **RELACIONAMENTO**: grau de relacionamento marcado por auxílio recíproco, apoio sócio-emocional, abertura interpessoal e respeito com a individualidade de cada um.

c) **SENSO COMUNITÁRIO**: grau do senso de comunidade existente na instituição.

#### 2.4.2.6 Constitucionalismo

Segundo Walton, "um membro da organização é afetado por muitas decisões que são tomadas em seu favor ou sobre o seu status na organização". Os sindicatos trouxeram o constitucionalismo para proteger o trabalhador das arbitrariedades ou ações caprichosas por parte dos empregadores. Não obstante, o empregado, em alguns sindicatos, tem seus direitos atingidos devido à estrutura autoritária do próprio sindicato. Em empregos organizados, existe uma ampla variação que revela como a cultura organizacional respeita a privacidade pessoal, tolera a dissidência, adere a altos padrões de equidade na distribuição de recompensas organizacionais e fornece o processo devido nos assuntos relacionados ao trabalho. Para o autor, os aspectos abaixo relacionados são elementos-chave no fornecimento de uma melhoria da QVT:

- direito à privacidade pessoal, por exemplo, sonegar do empregador informações sobre sua vida pessoal e de seus familiares;
- direito de discordar abertamente dos pontos de vista dos superiores sem medo de represália;
- direito de tratamento igual em todos os assuntos, incluindo esquema de compensação, recompensa simbólica e segurança no trabalho;
- gerenciamento das "regras da lei" ao invés das "regras do homem", no que diz respeito a temas como igual oportunidade em todos os aspectos do trabalho,

desde privacidade e divergência até procedimentos para o processo devido e acesso à apelação.

No que se refere à realidade brasileira, acrescida da nossa experiência como profissional e docente, pode-se afirmar que a legislação vigente não é cumprida, principalmente em questões sobre folgas (DSR), adicional de insalubridade, horas extras, etc.

Embora surpreendente, é comum, nos dias atuais, o empregado desconhecer seus direitos, além de experimentar sentimentos de impotência frente à organização. No que tange ao profissional de enfermagem, inexistente uma legislação de proteção ao trabalho, ainda que com características especiais, apesar de uma luta que já dura vários anos (Lorenzetti, 1987).

As próprias características das instituições, e até mesmo do serviço de enfermagem, com um referencial histórico de submissão e hierarquias rígidas, não permitem, muitas vezes, abertura suficiente para que o enfermeiro se posicione. É importante assinalar a contribuição do movimento participação no sentido de tentar reverter esse quadro institucional.

Uma outra observação diz respeito às peculiaridades dos serviços de enfermagem que, por características históricas, ainda estão impregnadas de posturas da administração científica e burocrática, de modo a dificultar a realização do trabalho por rigidez ou excesso de normas e rotinas.

Em síntese, a Categoria **CONSTITUCIONALISMO** tem por finalidade medir o grau em que os direitos do empregado são cumpridos na organização. Os critérios dessa categoria são os seguintes:

- a) DIREITOS TRABALHISTAS: observância ao cumprimento dos direitos do trabalhador, inclusive o acesso à apelação;
- b) PRIVACIDADE: grau de privacidade que o empregado possui dentro da organização;

- c) LIBERDADE DE EXPRESSÃO: forma como o empregado pode expressar seus pontos de vista aos superiores, sem medo de represálias;
- d) NORMAS E ROTINAS: maneira como normas e rotinas influenciam o desenvolvimento do trabalho.

#### 2.4.2.7 Trabalho e Espaço Total de Vida

Para Walton a experiência do indivíduo pode ter efeitos positivos e negativos em outras esferas de sua vida, como, por exemplo, a família. Períodos prolongados de trabalho extra podem ter efeito sério na vida em família, assim como transferências freqüentes trazem custos sociais e psicológicos irrecuperáveis. Para o autor o relacionamento ao trabalho, quanto ao espaço total de vida, traduz-se pelo conceito de equilíbrio, definido por horário de trabalho, exigência da carreira, exigências de viagens, que não tomem o lazer e o tempo da família em bases regulares. O autor também se refere ao avanço de promoção que não exija mudanças geográficas repetidas. Além disso, o autor alerta que, muitas vezes, o desequilíbrio pode vir de situações que afetam os outros papéis desempenhados tais como esposo(a), pai (mãe), sem considerar, evidentemente aqueles casos em que o indivíduo se auto-impõe exigências para escapar das responsabilidades familiares. E se o trabalho não absorver seu tempo e energia, a pessoa muda a atenção para outros objetivos fora da família, como "hobbies" e atividades físicas.

Estudos têm demonstrado cada vez mais a importância do lazer para a saúde dos indivíduos (Rossi, 1991).

Em relação ao trabalho do profissional de enfermagem de nível superior, essa interferência está ligada diretamente ao trabalho em domingos, feriados, festas como Páscoa, Natal, fim de ano, quando o profissional é obrigado a ficar afastado da família e dos amigos, sem a devida compensação. A própria jornada diária de trabalho, com horários diferentes em relação à maioria dos trabalhadores, traz, com freqüência, dificuldades em relação à família.

Assim, a Categoria **TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA** tem por objetivo mensurar o equilíbrio entre a vida pessoal do empregado e a vida no trabalho. O critério dessa categoria é o seguinte:

- a) **PAPEL BALANCEADO NO TRABALHO:** equilíbrio entre horários de trabalho, exigências de carreira, viagens, e convívio familiar.

#### 2.4.2.8 Relevância Social da Vida no Trabalho

Segundo Walton, a postura da organização torna-se saliente para o empregado através de papéis socialmente benéficos ou de efeitos socialmente injuriosos.

O trabalhador percebe que a organização é socialmente responsável não só por seus produtos, como também pela disposição do supérfluo, pelas técnicas de mercado, pelas práticas de emprego, pelas relações com países subdesenvolvidos e pela participação em campanhas políticas (Walton, 1973).

Uma organização que aja de maneira irresponsável causa um número crescente de empregados que irão depreciar o valor de seu trabalho e de suas carreiras, o que conseqüentemente afeta a auto-estima do trabalhador.

Bernhoeft (1980) afirma que as empresas são uma fonte de riqueza econômica e, por essa característica especial, não podem se furtar da responsabilidade social frente aos empregados, acrescidos ao cliente e à comunidade.

No tocante à realidade brasileira, também se pode enfatizar a importância da responsabilidade social do empregador. É em decorrência dessa maior ou menor responsabilidade que se pode obter sucesso na iniciativa de mudança em relação à melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho. Se o empregador tiver vontade para tal, o empregado percebe com facilidade, estabelecendo-se um "compromisso" entre as partes, o que é necessário para uma nova forma de organização (Walton, 1985).

Em relação às instituições de saúde, é importante que elas atuem no sentido de contribuir para a resolução da crise de saúde, através de uma participação mais ativa na preservação do meio ambiente na qualidade dos serviços oferecidos e no acesso da clientela a esses serviços. Além disso, é preciso um compromisso maior com lucros, com a indústria de saúde e com interesses próprios.

Em síntese, a categoria **RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO** tem por objetivo mensurar a Qualidade de Vida no Trabalho através da percepção do empregado em relação à responsabilidade social da organização junto à comunidade, à qualidade de prestação dos serviços e ao atendimento a seus empregados. Entre os critérios foram destacados os seguintes:

- a) **IMAGEM DA INSTITUIÇÃO:** visão do empregado em relação à sua instituição de trabalho: importância para a comunidade, orgulho e satisfação pessoais de fazer parte da instituição.
- b) **RESPONSABILIDADE SOCIAL DA INSTITUIÇÃO:** percepção do empregado quanto à responsabilidade social da organização para a comunidade, refletida na preocupação de resolver os problemas da comunidade e também de não causar danos.
- c) **RESPONSABILIDADE SOCIAL PELOS SERVIÇOS:** percepção do empregado quanto à responsabilidade da organização com a qualidade dos serviços postos à disposição da comunidade.
- d) **RESPONSABILIDADE SOCIAL PELOS EMPREGADOS:** percepção do empregado quanto à sua valorização e participação na organização, a partir da política de Recursos Humanos.

Assim explicitadas as categorias e seus respectivos critérios, foi possível elaborar o seguinte quadro:

## QUADRO 2

**CATEGORIAS CONCEITUAIS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO  
(MODELO DE WALTON - 1973)**

<b>MODELO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO</b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>CRITÉRIOS</b>
<b>1 COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA</b>	Renda adequada Eqüidade interna Eqüidade externa
<b>2 CONDIÇÕES DE TRABALHO</b>	Jornada de trabalho Ambiente físico seguro e saudável
<b>3 USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES</b>	Autonomia Significado da tarefa Identidade da tarefa Variedade da habilidade Retroinformação
<b>4 OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA</b>	Possibilidade de carreira Crescimento pessoal Segurança de emprego
<b>5 INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO</b>	Igualdade de oportunidades Relacionamento Senso de comunitário
<b>6 CONSTITUCIONALISMO</b>	Direitos trabalhistas Privacidade pessoal Liberdade de expressão Normas e rotinas
<b>7 TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA</b>	Papel balanceado do trabalho
<b>8 RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO</b>	Imagem da instituição Responsabilidade social da Instituição Responsabilidade social pelos serviços Responsabilidade social pelos empregados

## **CAPÍTULO 3 MATERIAL E MÉTODOS**

## **CAPÍTULO 3 MATERIAL E MÉTODOS**

Este capítulo trata da apresentação da pesquisa, envolvendo definição de objetivos, formulação das hipóteses, caracterização da instituição e da população estudada. Apresenta, em seguida, as etapas utilizadas na coleta dos dados - sondagem preliminar, estudo piloto e formulação final - o que possibilitou a construção do modelo analítico da pesquisa.

### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

O presente trabalho é um estudo de campo numa instituição hospitalar, tendo características de um "design" de uma pesquisa não experimental: descritiva e correlacional (Polit, Hungler, 1985). Primeiramente traça-se um perfil do profissional de enfermagem de nível superior na instituição estudada. Após, através do **Modelo Teórico de Walton (1973)**, levantam-se as variáveis mais relevantes para a melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho do profissional de enfermagem de nível superior. Ao mesmo tempo procura-se investigar, através de relações, a existência de diferenças significativas entre os níveis de Qualidade de Vida no Trabalho e as variáveis demográficas.

### **3.2 ESCOPO DA PESQUISA**

Este estudo procura principalmente levantar a percepção do profissional de enfermagem de nível superior quanto às categorias de avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho, propostas a partir do Modelo de Walton (1973).

Para tanto, situa-se no âmbito das seguintes questões:

- Quais as características que configuram o perfil do profissional de enfermagem de nível superior na instituição hospitalar estudada?
- Qual a percepção do profissional de enfermagem de nível superior em relação à Compensação Justa e Adequada na instituição hospitalar estudada? Há relação com as variáveis demográficas?
- Qual a percepção do profissional de enfermagem de nível superior em relação às Condições de Trabalho na instituição hospitalar estudada? Há relação com as variáveis demográficas?
- Qual a percepção do profissional de enfermagem de nível superior em relação ao Uso e Desenvolvimento de Capacidades na instituição hospitalar estudada? Há relação com as variáveis demográficas?
- Qual a percepção do profissional de nível superior em relação à Oportunidade de Crescimento e Segurança na instituição hospitalar estudada? Há relação com as variáveis demográficas?
- Qual a percepção do profissional de nível superior em relação à Integração Social na Instituição? Há relação com as variáveis demográficas?
- Qual a percepção do profissional de nível superior em relação ao Constitucionalismo na instituição hospitalar estudada? Há relação com as variáveis demográficas?
- Qual a percepção do profissional de nível superior em relação ao Trabalho e ao Espaço Total de Vida na instituição hospitalar estudada? Há relação com as variáveis demográficas?
- Qual a percepção do profissional de nível superior em relação à Relevância Social da Vida no Trabalho na instituição hospitalar estudada? Há relação com as variáveis demográficas?

- Qual a relevância dada à Qualidade de Vida no Trabalho pelo profissional de enfermagem de nível superior, na instituição hospitalar estudada, e sua relação com a percepção do profissional enfermeiro da QVT?

### **3.3 OBJETIVOS**

#### **3.3.1 Objetivo Geral**

O objetivo geral do trabalho é indicar, descrever e analisar as categorias, a partir do Modelo Teórico de Walton (1973), que, na percepção do profissional de enfermagem de nível superior, são relevantes para a melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho, com vistas a atingir maior valorização do profissional, aumento da satisfação e melhoria do desempenho, através da harmonização dos interesses individuais e organizacionais.

#### **3.3.2 Objetivos Específicos**

Os objetivos específicos são os seguintes:

- Caracterizar o perfil do profissional de enfermagem de nível superior que trabalha na instituição hospitalar estudada quanto a idade, sexo, estado civil, número de dependentes, nível de instrução, tempo de graduação, número de empregos atuais, tempo de serviço na instituição, cargo, turno de trabalho, setor de lotação, faixa salarial, renda total familiar e associação em entidades de classe.
- Identificar as Categorias que, segundo o Modelo Teórico de Walton (1973), são relevantes para a melhoria da Qualidade de Vida do Trabalho, na percepção do profissional de enfermagem de nível superior, na instituição hospitalar estudada.
- Verificar a relação existente entre a percepção e a relevância dada pelo profissional de enfermagem de nível superior à Qualidade de Vida no Trabalho.

- Analisar a relação entre as categorias de Qualidade de Vida no Trabalho do profissional de enfermagem de nível superior, segundo o Modelo Teórico de Walton (1973), e as variáveis demográficas de pesquisa.
- Proporcionar aos subsistemas de Recursos Humanos subsídios para projetos de melhoria de Qualidade de Vida no Trabalho do profissional de enfermagem de nível superior.
- Fornecer subsídios às Entidades de Classe da Categoria para estudo e análise da Qualidade de Vida no Trabalho do profissional de enfermagem de nível superior.

### 3.4 HIPÓTESES

- H<sub>0,1</sub> A percepção do profissional de enfermagem de nível superior em relação à Compensação Justa e Adequada na instituição hospitalar estudada não está associada às variáveis demográficas da pesquisa.
- H<sub>0,2</sub> A percepção do profissional de enfermagem de nível superior em relação às Condições de Trabalho na instituição hospitalar estudada não está associada às variáveis demográficas da pesquisa.
- H<sub>0,3</sub> A percepção do profissional de enfermagem de nível superior em relação ao Uso e ao Desenvolvimento de Capacidades na instituição hospitalar estudada não está associada às variáveis demográficas da pesquisa.
- H<sub>0,4</sub> A percepção do profissional de nível superior em relação à Oportunidade de Crescimento e de Segurança na instituição hospitalar estudada não está associada às variáveis demográficas da pesquisa.
- H<sub>0,5</sub> A percepção do profissional de nível superior em relação à Integração Social na Instituição não está associada às variáveis demográficas da pesquisa.

H<sub>0,6</sub> A percepção do profissional de nível superior em relação ao Constitucionalismo na instituição hospitalar estudada não está associada às variáveis demográficas da pesquisa.

H<sub>0,7</sub> A percepção do profissional de nível superior em relação ao Trabalho e o Espaço Total de Vida na instituição hospitalar estudada não está associada às variáveis demográficas da pesquisa.

H<sub>0,8</sub> A percepção do profissional de nível superior em relação à Relevância Social da Vida no Trabalho na instituição hospitalar estudada não está associada às variáveis demográficas da pesquisa<sup>9</sup>.

### 3.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS

Objetivando manter a univocidade dos termos ao longo do estudo, adotaram-se as seguintes definições:

**Categoria**<sup>10</sup>: grupo de critérios que definem uma determinada classe de Qualidade de Vida no Trabalho.

**Critério**<sup>11</sup>: determinado item que serve de comparação, julgamento ou apreciação da Qualidade de Vida no Trabalho.

**Compensação Justa e Adequada**: categoria que visa a mensurar a Qualidade de Vida no Trabalho em relação à remuneração recebida pelo trabalho realizado, desdobrando-se em três critérios:

---

<sup>9</sup>Houve uma intenção inicial de estudar a relação da relevância de QVT com as variáveis demográficas, o que não foi possível concretizar devido à falta de fidedignidade dos dados agregados, em nível de categorias.

<sup>10</sup>Vide item 2.4.2, p. 58.

<sup>11</sup>Vide item 2.4.2, p. 58.

- a) Remuneração adequada: remuneração necessária para o empregado viver dignamente dentro das necessidades pessoais e dos padrões culturais, sociais e econômicos da sociedade em que vive.
- b) Equidade interna: equidade na remuneração entre outros membros de uma mesma organização.
- c) Equidade externa: equidade na remuneração em relação a outros profissionais no mercado de trabalho.

**Condições de Trabalho:** categoria que mede a Qualidade de Vida no Trabalho em relação às condições existentes no local de trabalho, apresentando os seguintes critérios:

- a) Jornada de trabalho: número de horas trabalhadas, previstas ou não pela legislação, e sua relação com as tarefas desempenhadas.
- b) Carga de trabalho<sup>12</sup>: quantidade de trabalho executada em um turno de trabalho.
- c) Ambiente físico<sup>13</sup>: local de trabalho e suas condições de bem estar (conforto) e organização para o desempenho do trabalho.
- d) Material e equipamento<sup>14</sup>: quantidade e qualidade de material disponível para execução do trabalho.
- e) Ambiente saudável<sup>15</sup> : local de trabalho e suas condições de segurança e de saúde em relação aos riscos de injúria ou de doenças.
- f) Estresse<sup>16</sup>: quantidade percebida de estresse que o profissional é submetido na sua jornada de trabalho.

**Uso e Desenvolvimento de Capacidades:** categoria que visa à mensuração da Qualidade de Vida no Trabalho em relação às oportunidades que o empregado tem de aplicar, no

---

<sup>12</sup>critério definido após sondagem preliminar item 3.8.1, p. 92.

<sup>13</sup>critério definido após sondagem preliminar item 3.8.1, p. 92.

<sup>14</sup>critério definido após sondagem preliminar item 3.8.1, p. 92.

<sup>15</sup>critério definido após sondagem preliminar item 3.8.1, p. 92.

<sup>16</sup>critério definido após sondagem preliminar item 3.8.1, p. 92.

seu dia a dia, seu saber e suas aptidões profissionais. Entre os critérios, destacam-se os seguintes:

- a) **Autonomia:** medida permitida ao indivíduo de liberdade substancial, independência e descrição na programação e execução de seu trabalho.
- b) **Significado da tarefa:** relevância da tarefa desempenhada na vida e no trabalho de outras pessoas, dentro ou fora da instituição.
- c) **Identidade da tarefa:** medida da tarefa na sua integridade e na avaliação do resultado.
- d) **Variedade da habilidade:** possibilidade de utilização de uma larga escala de capacidades e de habilidades do indivíduo.
- e) **Retroinformação:** informação ao indivíduo acerca da avaliação do seu trabalho como um todo e de suas ações.

**Oportunidade de Crescimento e Segurança:** categoria que tem por finalidade medir a Qualidade de Vida no Trabalho em relação às oportunidades que a instituição estabelece para o desenvolvimento e o crescimento pessoal de seus empregados e para a segurança de emprego. Os critérios que, neste trabalho, expressam a importância do desenvolvimento e a perspectiva de aplicação seguintes:

- a) **Possibilidade de carreira:** viabilidade de oportunizar avanços, na instituição e na carreira, reconhecidos por colegas, membros da família, comunidade.
- c) **Crescimento pessoal:** processo de educação continuada para o desenvolvimento das potencialidades da pessoa e aplicação das mesmas.
- d) **Segurança de emprego:** grau de segurança dos empregados quanto à manutenção dos seus empregos.

**Integração Social na Organização:** categoria que objetiva medir o grau de integração social existente na instituição. Fazendo uma adaptação a partir de Walton, para este trabalho foram definidos os seguintes critérios:

- a) Igualdade de oportunidades: grau de ausência de estratificação na organização de trabalho, em termos de símbolos de "status" e/ou estruturas hierárquicas íngremes, e de discriminação quanto a raça, sexo, credo, origens, estilos de vida ou aparência;
- b) Relacionamento: grau de relacionamento marcado por auxílio recíproco, apoio sócio-emocional, abertura interpessoal e respeito com a individualidade de cada um.
- c) Senso comunitário: grau do senso de comunidade existente na instituição.

**Constitucionalismo:** categoria que tem por finalidade medir o grau em que os direitos do empregado são cumpridos na instituição. Os critérios dessa categoria são os seguintes:

- a) Direitos trabalhistas: observância ao cumprimento dos direitos do trabalhador, inclusive o acesso à apelação;
- b) Privacidade pessoal: grau de privacidade que o empregado possui dentro da instituição;
- c) Liberdade de expressão: forma como o empregado pode expressar seus pontos de vista aos superiores, sem medo de represálias;
- d) Normas e rotinas: maneira como normas e rotinas influenciam o desenvolvimento do trabalho.

**Trabalho e Espaço Total de Vida:** categoria que objetiva mensurar o equilíbrio entre a vida pessoal do empregado e a vida no trabalho. Os critérios são os seguintes:

**Número de dependentes:** nível de mensuração intervalar, medido em quantidade de dependentes.

**Instrução:** nível de mensuração categórica, classificado em graduação e pós-graduação.

**Tempo de graduação:** nível de mensuração intervalar, medido em meses.

**Tempo de serviço:** nível de mensuração intervalar, medido em meses.

**Cargo:** nível de mensuração categórica, classificado em enfermeiro de unidade e enfermeiro chefe.

**Turno de trabalho:** nível de mensuração categórica, classificado em manhã, tarde, noite, variável e manhã e tarde.

**Local de trabalho:** nível de mensuração categórica, classificado em unidade aberta, unidade fechada, unidade de diagnóstico, unidade ambulatorial e supervisão.

**Faixa salarial:** nível de mensuração ordinal, classificado em faixas salariais: de 5 a 7 salários mínimos, de 8 a 10 e mais de 10 salários mínimos.

**Renda familiar:** nível de mensuração ordinal, classificado em faixas de renda: de 5 a 10 salários mínimos, de 11 a 19, de 20 a 31 e mais de 32 salários mínimos.

**Participação em entidades de classe:** foram divididas em quatro tipos de entidades:

- a) Sindicato: nível de mensuração categórica, classificado em associado e não-associado.
- b) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn): nível de mensuração categórica, classificado em associado e não-associado.
- c) Associação dos Enfermeiros da Instituição: nível de mensuração categórica, classificado em associado e não-associado

- d) Outra associação: nível de mensuração categórica classificado em associado e não-associado.

### 3.6 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESTUDADA

A instituição escolhida para a realização do trabalho foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Para que se tenha uma idéia mais apropriada da complexidade dessa organização, pode dizer que o HCPA é um hospital geral universitário ou, melhor dizendo, uma Empresa Pública de Direito Privado, criado pela Lei 5.604 de 02/09/70, do Congresso Nacional, vinculado à supervisão do Ministério da Educação (HCPA, 1975). Seus objetivos básicos são administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar; promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas e servir de área hospitalar para as atividades de ensino da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O HCPA, como Hospital de Ensino de Excelência e Referência Nacional, detém o índice Máximo de Valorização de Desempenho, graduação concedida pela CIPLAN-MEC/MS/MPAS/MTb. O HCPA vem-se destacando pelo crescente grau de complexidade e qualificação dos serviços de assistência prestados, pelo aumento quantitativo e qualitativo das atividades relacionadas ao ensino e à pesquisa, assim como pela permanente integração com programas comunitários.

É, por definição estatutária, área de ensino, na área hospitalar, nas unidades da Universidade Federal do Rio Grande do Sul onde, segundo relatório anual de 1990 do HCPA, existe um total de 1666 alunos, em níveis de graduação, especialização, mestrado e doutorado, e um total de 3695 de Recursos Humanos, entre funcionários, residentes e professores. Quanto aos recursos físicos, o hospital possui 82.834 m<sup>2</sup> com uma capacidade instalada de 713 leitos.

Em 1990, a nível ambulatorial, foram dadas 481.532 consultas, realizados 1.235.628 exames (ambulatoriais e internação). A nível de internação hospitalar, foram realizados

3.552 partos, 19.919 internações, 17.190 cirurgias. A taxa de ocupação de 1990 foi de 85%, com uma média de permanência de 10,3 dias; a taxa de infecção hospitalar foi de 4,7%; o coeficiente de mortalidade foi de 5,7% e o índice de partos cesáreos foi de 27%. Esses indicadores são compatíveis com o nível de complexidade das patologias apresentadas pelos pacientes atendidos e com as finalidades de ensino e de pesquisa desenvolvidas na instituição, como informa o relatório do HCPA, 1990. Possui 550.000 prontuários ativos, com pacientes oriundos de 302 municípios dos quais 92% pertencem ao Rio Grande do Sul, e o restante corresponde aos demais estados do Brasil, além de países da América Latina.

A produtividade tem apresentado um índice crescente nos últimos anos (HCPA, 1990).

O HCPA é assim uma organização prestadora de serviços, complexa, de grande porte e, conseqüentemente, burocratizada e hierarquizada. Associada ao número de funcionários, estudantes, professores, pacientes e familiares que passam diariamente pela instituição, pode-se considerá-lo um "mundo por si só", com todo um sistema de interações e, por isso mesmo, um campo rico para estudos na área de Recursos Humanos. A instituição tem uma responsabilidade social não somente com a comunidade a qual presta serviços mas também com seus Recursos Humanos, pois, através desses, a instituição atinge o seu objetivo principal: a prestação de serviços de saúde à comunidade.

### **3.7 POPULAÇÃO ESTUDADA**

Os enfermeiros, objeto deste estudo, estão ligados ao Grupo de Enfermagem (HCPA, 1975) que, por sua vez, tem por objetivos:

- Organizar e manter atenção progressiva de enfermagem necessária à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde em nível de internação, ambulatório e comunidade;

- Colaborar com o Corpo Clínico do Hospital e demais profissionais nos programas de assistência, ensino e pesquisa;
- Colaborar com a Escola de Enfermagem e demais Unidades da UFRGS na execução dos planos de ensino e pesquisa;
- Proporcionar condições para realização de estudos e pesquisas de Enfermagem.

O Grupo de enfermagem é composto pelos seguintes serviços:

- **Serviço de Enfermagem em Saúde Pública:** atendimento a nível ambulatorial, através da consulta de enfermagem nas mais diversas especialidades, como puericultura, obstetrícia, saúde da mulher, pacientes aidéticos, diabéticos, ostomizados, etc. Conta com 15 enfermeiros, de um total de 53 funcionários de enfermagem, funcionando em 2 turnos de 6h 30min (manhã e tarde), de segunda a sexta-feira;
- **Serviço de Enfermagem em Emergência:** atendimento de enfermagem a nível de emergência para todas as faixas etárias. É uma unidade fechada com 18 enfermeiros, de um total de 68 funcionários de enfermagem, funcionando 24 horas por dia, 7 dias por semana, com 5 turnos de trabalho de 6h 30min (manhã, tarde, 3 noites);
- **Serviço de Enfermagem Materno-Infantil:** atendimento de enfermagem para criança e mãe. Compõe-se de 3 unidades fechadas: centro-obstétrico, unidade de neonatologia (berçário e unidade de tratamento intensivo neonatal) e unidade de tratamento intensivo pediátrica; e de 3 unidades abertas: 2 unidades pediátricas e 1 unidade obstétrica. Tem 60 enfermeiros, de um total de 337 funcionários de enfermagem, com funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana, com 5 turnos de trabalho de 6h 30min (manhã, tarde, 3 noites);

- **Serviço de Enfermagem Centro Cirúrgico:** atendimento de enfermagem em centro cirúrgico. Possui 4 unidades todas fechadas: centro material esterilizado, centro cirúrgico, centro cirúrgico ambulatorial e hemodinâmica. Conta com 34 enfermeiros, de um total de 275 funcionários de enfermagem, em atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, embora tenha o serviço concentrado nos turnos diurnos e durante a semana. A unidade de hemodinâmica (unidade de diagnóstico e tratamento) não funciona à noite nem aos fins de semana.
  
- **Serviço de Enfermagem Cirúrgica:** atendimento de enfermagem ao paciente cirúrgico a nível de internação hospitalar. Possui 5 unidades de internação (unidades abertas), com funcionamento ininterrupto (5 turnos de trabalho), e 2 unidades de diagnóstico e tratamento: radiologia e fisioterapia. Nessas 2 unidades, os enfermeiros não trabalham à noite nem aos fins de semana. Conta com um total de 40 enfermeiros, de 212 funcionários de enfermagem.
  
- **Serviço de Enfermagem Médica:** atendimento de enfermagem ao paciente clínico. Possui 2 unidades fechadas: o centro de tratamento intensivo clínico/cirúrgico e a unidade psiquiátrica; unidades de internação clínicas abertas, com funcionamento nas 24 horas do dia, nos 7 dias da semana, em 5 turnos de trabalho; e 1 unidade de hemodiálise (unidade de diagnóstico e tratamento), funcionando 2 turnos de trabalho diurnos, sem atender nos fins de semana e feriados. Possui 77 enfermeiros, de um total de 401 funcionários de enfermagem.

Os funcionários do Grupo de Enfermagem cumprem jornada de trabalho de 6h 30min, diurnas, nos turnos da manhã (7h às 13h 30min) e da tarde (13h às 19h 30min), e de 12h 30min, em noites alternadas (uma de trabalho e duas de folga), no horário das 19h às 7h 30min. Em algumas das unidades de diagnóstico e tratamento, cumprem uma jornada diária de 8 horas e não trabalham nos fins de semana e feriados.

Supervisores, responsáveis pelo Grupo de Enfermagem nos plantões noturnos, fins de semana e feriados, num total de 5, possuem uma jornada de trabalho especial.

Pelo fato de a instituição ser um hospital de ensino, os professores da Escola de Enfermagem são responsáveis pelos cargos de chefia do Grupo de Enfermagem a nível de Coordenação, Assistente, Chefias de Serviço e Assessorias de Serviço. Os enfermeiros contratados do HCPA são responsáveis pelos cargos de chefia a nível de Supervisão, Assessorias de Serviço, Chefia de Unidade e enfermeiro de unidade.

O Grupo de Enfermagem possui um quadro de 28 professores da Escola de Enfermagem UFRGS, em regime de contrapartida com HCPA; 1.346 funcionários sendo 244 enfermeiros (profissionais de enfermagem de nível superior), 1.040 auxiliares de enfermagem (profissionais de enfermagem de nível médio), 42 atendentes de enfermagem (profissionais não qualificados) e 20 instrumentadores (profissionais não qualificados).

A população deste estudo totaliza os **245 profissionais enfermeiros** que exercem a função de enfermeiro na instituição estudada. Foi acrescentado um que exerce a função de enfermeiro do trabalho e, por isso, está ligado ao Grupo de Recursos Humanos.

Quanto a estudar somente profissionais de enfermagem de nível superior de uma só instituição hospitalar, prende-se à crença de que a percepção da Qualidade de Vida no Trabalho é específica a esse profissional e contingencial à organização; logo, não é passível de generalizações. A escolha pelo recorte foi feita devido às necessidades de estabelecer um cenário passível de maior controle das variáveis e à própria dificuldade de adaptação do instrumento a todos os níveis hierárquicos.

Este trabalho não deve constituir um produto acabado mas o início de uma série de outros. Acredita-se como fundamental a extensão deste estudo a todos os profissionais que fazem parte dessa e de outras instituições hospitalares, para atender à filosofia da Qualidade de Vida no Trabalho.

### 3.8 COLETA DE DADOS

Para operacionalização de uma pesquisa, faz-se necessária a aplicação de um instrumento. No âmbito deste estudo, a escolha foi a técnica do questionário, associado a escalas de medição de opiniões e realizado em etapas até chegar à formulação do instrumento definitivo. Foram determinadas as seguintes etapas:

- a) Sondagem preliminar
- b) Estudo piloto
- c) Formulação final

#### 3.8.1 Sondagem Preliminar

Esta etapa do trabalho teve como objetivo fornecer subsídios para a estruturação do instrumento piloto de pesquisa.

Primeiramente foi feito o levantamento da bibliografia específica, livros, artigos e pesquisas sobre QVT, o que possibilitou o conhecimento do atual estado da questão apresentado nos capítulos iniciais. Com base nesse referencial, foi realizada uma sondagem preliminar junto a sete profissionais de enfermagem de nível superior que ocupavam ou ocuparam o cargo de chefia ou enfermeiros de unidade na instituição estudada. Nesse grupo, havia um enfermeiro de ambulatório, um de unidade fechada, quatro de unidade aberta e um que não era mais funcionário da instituição. Na entrevista, foi dada oportunidade para o entrevistado expressar espontaneamente seus sentimentos em relação ao cargo, respondendo, de forma aberta, às perguntas formuladas. O roteiro da entrevista teve, como base, o Modelo Teórico de Walton (1973), dividido nos seguintes assuntos:

Bloco 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Bloco 2 QUESTÃO INTRODUTÓRIA

- Bloco 3 COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA
- Bloco 4 CONDIÇÕES DE TRABALHO
- Bloco 5 USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES
- Bloco 6 OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA
- Bloco 7 INTEGRAÇÃO SOCIAL NA ORGANIZAÇÃO
- Bloco 8 CONSTITUCIONALISMO
- Bloco 9 O TRABALHO E O ESPAÇO TOTAL DE VIDA
- Bloco 10 RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO

Teve-se o cuidado de não repetir um assunto que já fora introduzido por livre vontade pelo entrevistado. As entrevistas, gravadas e posteriormente transcritas, foram efetuadas no período de realização do projeto de pesquisa: 18 meses antes da aplicação do questionário definitivo.

A sondagem de opiniões, extraída das entrevistas preliminares com profissionais enfermeiros, forneceu dados que serviram de subsídios para a construção do instrumento piloto de pesquisa e possibilitou a validação preliminar das categorias e dos critérios pesquisados. Em outras palavras, a aplicação preliminar do modelo de Walton, num grupo inicial, possibilitou, dentro da realidade estudada, a formulação de ajustes que definiram o instrumento piloto desta pesquisa.

É importante ressaltar que essas modificações propostas apóiam-se na crença de que não se pode importar modelos sem adaptá-los à realidade em que se está trabalhando.

O resultado assim, a partir da sondagem preliminar foi a formulação de critérios que, enquadrados nas oito categorias de Walton, mais decisivamente se adequavam à realidade estudada.

### 3.8.2 Estudo Piloto

#### 3.8.2.1 Objetivo

A partir dos dados obtidos na sondagem preliminar, mais a revisão bibliográfica, foi constituído o instrumento do estudo piloto, com a finalidade de testá-lo junto a uma população similar. Utilizando como base o trabalho de Hanashiro (1988), decidiu-se pela metodologia quantitativa, devido ao número de variáveis pesquisadas e ao objetivo inicialmente pretendido. Ficou para um segundo estudo o desenvolvimento da metodologia qualitativa, com vistas ao aprofundamento dos pontos mais significativos da Qualidade de Vida no Trabalho do profissional enfermeiro.

O ponto de partida foi a utilização do questionário estruturado e autopreenchível, por ser um tipo de instrumento que possibilita ao informante privacidade, confiança e anonimato e que, em consequência, garante ao pesquisador a obtenção de respostas mais sinceras (Selltiz et al, 1987). Seguindo de perto as formulações de Marconi e Lakatos (1982, p. 82), "as perguntas devem ser formuladas de maneira clara, objetiva, precisa, em linguagem acessível ou usual do informante, para serem entendidas com facilidade." Procurou-se evitar perguntas ambíguas que dificultassem as respostas ou induzissem a inferências ou generalizações. Reconhecendo a dificuldade de alguns enfermeiros de um posicionamento mais aberto sobre as questões, foi-lhes assegurado o anonimato através da entrega e do recolhimento dos questionários pelo próprio pesquisador. Na devolução, o questionário era lacrado para que nem mesmo o pesquisador pudesse identificar o respondente.

Se, por um lado, o anonimato garantiu a sinceridade das respostas, por outro, a ausência de identificação impediu um quadro mais definido do perfil do enfermeiro em relação ao serviço a que pertencia, o que poderia trazer contribuições relevantes do ponto de vista das ações administrativas.

O objetivo do questionário foi medir a percepção do profissional de enfermagem de nível superior quanto aos critérios de avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho. Essa medição foi realizada através de escalas tipo Likert que são "instrumentos de medição que permitem comparações interindividuais entre algum parâmetro de interesse" (Polit, Hunger, 1985, p. 300).

### 3.8.2.2 Descrição do Instrumento

O instrumento consiste na adaptação do modelo de Walton pelo acréscimo de alguns critérios às oito Categorias por ele propostas, totalizando trinta critérios, conforme Quadro 3.

Em síntese, o instrumento foi estruturado em categorias, critérios e item, de forma que a agregação dos níveis inferiores fornecesse medida consistente para o nível consolidado imediatamente superior.

Segundo Hanashiro (1988, p. 86), "o fato de submeter as pessoas a frases padronizadas, não assegura univocidade das respostas." Visando a garantir maior consistência e fidedignidade dos quesitos, elaboraram-se vários itens (proposições) para cada indicador. Assim, conforme Vianna (1976, p. 144) "... se várias mensurações são feitas, os erros tendem a cancelar-se e, assim, o escore obtido se aproxima do verdadeiro". Isso, contudo, assegura a melhoria do grau de fidedignidade. Cuidou-se para que os itens refletissem a identidade do critério e para que estes, somados, correspondessem à categoria. Para diminuir os riscos de respostas sempre centradas no mesmo grau, formularam-se alguns itens de conotação invertida, exigindo maior reflexão do respondente (Hanashiro, 1988; Polit, Hungler, 1985; Hackman, Oldham, 1975). Por conotação invertida, entende-se uma pergunta de forma positiva e outra sobre o mesmo assunto de forma negativa.

## QUADRO 3

## CRITÉRIOS DE QVT USADOS NA PESQUISA, A PARTIR DA CATEGORIZAÇÃO DE WALTON (1973)

MODELO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	
CATEGORIAS	CRITÉRIOS
1 COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA	Renda adequada Eqüidade interna Eqüidade externa
2 CONDIÇÕES DE TRABALHO	Jornada de trabalho Carga de trabalho Ambiente físico Material e equipamento Ambiente saudável Estresse
3 USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES	Autonomia Significado da tarefa Identidade da tarefa Variedade da habilidade Retroinformação
4 OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA	Possibilidade de carreira Crescimento pessoal Segurança de emprego
5 INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO	Igualdade de oportunidades Relacionamento Senso de comunitário
6 CONSTITUCIONALISMO	Direitos trabalhistas Privacidade pessoal Liberdade de expressão Normas e rotinas
7 TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA	Papel balanceado do trabalho Horário entrada/saída
8 RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO	Imagem da instituição Respons. social da instituição Respons. social pelos serviços Respons. social pelos empregados

Há, muitas vezes, em pesquisas na área, uma tendência, nos respondentes, de não se posicionarem quando existe a opção de neutralidade na escala (Polit, Hungler, 1985). Dessa forma, optou-se por uma escala de seis pontos, visando a evitar a tendência de escolher um ponto central para manifestar indecisão ou indisposição à resposta (Hanashiro, 1988).

Desse modo, foi elaborado um questionário denominado "**Pesquisa sobre Qualidade de Vida do Trabalho dos Enfermeiros em Hospital de Ensino**", composto de 6 blocos de assuntos, que assumiram a seguinte forma:

**Blocos 1 a 4:** Os quatro blocos iniciais tinham o objetivo de pesquisar o grau de satisfação dos enfermeiros quanto a sua Qualidade de Vida no Trabalho: os três primeiros de forma indireta; o quarto de forma direta. Cada um dos blocos era composto de 30 itens relativos a cada um dos 30 critérios de QVT. Cada critério era medido 4 vezes, sendo que duas delas de forma negativa. A medida de cada Categoria era o somatório dos critérios. A ordem das questões, em cada um dos blocos, foi sorteada aleatoriamente.

**Bloco 1:** Escala de discordância e concordância onde: (1) DF = discordo fortemente; (2) DB = discordo bastante; (3) DL = discordo levemente; (4) CL = concordo levemente; (5) CB = concordo bastante; (6) CF = concordo fortemente (medida indireta da satisfação).

**Bloco 2:** Escala de frequência onde: (1) N = nunca; (2) R = raramente; (3) PV = poucas vezes; (4) AV = algumas vezes; (5) F = frequentemente; (6) S = sempre (medida indireta da satisfação).

**Bloco 3:** Escala falsa/verdadeira onde: essa escala é um continuum em que, no valor 1, a proposição é totalmente falsa, no valor 6, a proposição é totalmente verdadeira (medida indireta da satisfação).

**Bloco 4:** Escala Satisfação e Insatisfação onde: (1) FI = fortemente insatisfeito; (2) I = insatisfeito; (3) LI = levemente insatisfeito; (4) LS = levemente satisfeito; (5) S = satisfeito; (6) FS = fortemente satisfeito (medida direta da satisfação).

**Bloco 5:** Nesse bloco, procurou-se verificar o grau de importância dado pelos informantes a cada um dos critérios de QVT. Tem como objetivo apoiar a análise da satisfação principalmente em termos de ações administrativas. Foi realizada somente uma medida de forma direta com 30 questões, devido à extensão total do questionário, os 4 primeiros blocos já somavam 120 questões. A ordem das questões foi determinada através de sorteio aleatório. Utilizou-se também uma escala de 6 pontos onde: (1) NI = nenhuma importância; (2) PI = pouca importância; (3) AI = alguma importância; (4) MI = moderada importância; (5) MI = muita importância; (6) TI = Total importância.

**Bloco 6:** Num último grupo de questões, pretenderam-se levantar algumas características dos respondentes, com vistas ao perfil dos enfermeiros de nível superior da instituição estudada. Foram realizadas 14 perguntas sobre sexo, idade, estado civil, número de dependentes, instrução, ano de graduação, número de empregos atuais, data de admissão, cargo ocupado, turno de trabalho, local de trabalho, faixa salarial, renda total familiar e entidades de classe que participam.

As variáveis satisfação e grau de importância foram distribuídas, no Quadro 4, dentro dos respectivos critérios e dos itens no questionário (Q = questão).

Os itens marcados com asterisco (\*) caracterizam as situações de trabalho com conotações invertidas.

**QUADRO 4**  
**MAPEAMENTO DAS QUESTÕES FORMULADAS POR CATEGORIAS**  
**E BLOCOS DO INSTRUMENTO**

CATEGORIAS/CRITÉRIOS	SATISFAÇÃO				IMPOR- TÂNCIA
	BLOCO1	BLOCO2	BLOCO3	BLOCO4	BLOCO5
<b>COMPENSAÇÃO JUSTA ADEQ</b>					
Renda adequada	Q20*	Q18	Q22*	Q1	Q6
Eqüidade interna	Q28*	Q12	Q1	Q27*	Q18
Eqüidade externa	Q12*	Q3	Q2*	Q13	Q4
<b>CONDIÇÕES DE TRABALHO</b>					
Jornada de trabalho	Q17	Q20*	Q18*	Q26	Q16
Carga de trabalho	Q24*	Q26*	Q3	Q15	Q28
Ambiente físico	Q26*	Q4	Q29	Q8	Q3
Material e equipamento	Q2	Q23*	Q24*	Q16	Q17
Ambiente saudável	Q18*	Q15	Q4*	Q10	Q9
Estresse	Q22	Q14*	Q10*	Q2	Q27
<b>USO DESENV. CAPACIDADES</b>					
Autonomia	Q3*	Q7	Q11*	Q19	Q24
Significado da tarefa	Q19*	Q16	Q30*	Q11	Q22
Identidade da tarefa	Q4*	Q1	Q17*	Q17	Q13
Variedade da habilidade	Q29*	Q28	Q6*	Q7	Q10
Retroinformação	Q27*	Q25*	Q27	Q6	Q25
<b>OPORT. CRESC. SEGURANÇA</b>					
Possibilidade carreira	Q14*	Q10	Q23*	Q25	Q15
Crescimento pessoal	Q11*	Q29	Q15*	Q12	Q5
Segurança de emprego	Q8	Q8*	Q7*	Q30	Q12
<b>INT. SOCIAL INSTITUIÇÃO</b>					
Igualdade oportunidades	Q21*	Q22*	Q14	Q4	Q1
Relacionamento	Q7*	Q21	Q19*	Q21	Q8
Senso comunitário	Q30	Q13*	Q20*	Q5	Q21
<b>CONSTITUCIONALISMO</b>					
Direitos trabalhistas	Q16	Q17*	Q25*	Q29	Q20
Privacidade pessoal	Q9*	Q5	Q12*	Q20	Q23
Liberdade de expressão	Q25*	Q24*	Q16	Q14	Q29
Normas e rotinas	Q10	Q9*	Q5*	Q23	Q19
<b>TRAB. ESPAÇO TOTAL VIDA</b>					
Papel balanceado trab.	Q6	Q6*	Q26*	Q9	Q7
Horário entrada/saída	Q1	Q11*	Q9*	Q22	Q11
<b>RELEV. SOCIAL VIDA TRAB.</b>					
Imagem da instituição	Q15*	Q19	Q21*	Q18	Q26
Respons. social instit.	Q23*	Q2	Q28*	Q28	Q2
Respons.pelos serviços	Q5*	Q30	Q8*	Q24	Q30
Respons.pelos empregados	Q13	Q27	Q13*	Q3	Q14

\* escalas invertidas

As variáveis demográficas de pesquisa referem-se aos dados pessoais dos enfermeiros: idade, sexo, estado civil, número de dependentes, nível de instrução, tempo de graduação, número de empregos atuais, tempo de serviço na instituição, cargo, turno de trabalho, setor de lotação, faixa salarial, renda total familiar e associação em entidades de classe. Essas variáveis foram utilizadas no cruzamento com as variáveis relativas à satisfação, com intuito de observar sua influência na opinião dos enfermeiros.

### 3.8.2.3 Procedimento

Antes de ser testado, o questionário foi submetido a professores da disciplina de Administração da Assistência de Enfermagem ao Adulto (ENF 322) e a outros professores com experiência na área<sup>18</sup>.

O estudo piloto foi realizado junto a 19 profissionais de enfermagem de nível superior, de um outro hospital, com características semelhantes à população estudada. Foram enfermeiros que, através de convites verbais feitos nos turnos da manhã, da tarde e da noite, dispuseram-se a colaborar na pesquisa. Houve retorno de 17 questionários dos quais 2 estavam em branco, totalizando uma amostra piloto de 15 respondentes.

A importância dessa etapa prende-se ao fato de buscar "garantir homogeneidade de interpretação das questões formuladas, bem como clareza e objetividade do instrumento, fatores intervenientes na fidedignidade das respostas" (Hanashiro, 1988, p. 88).

O estudo piloto serviu para, preliminarmente, testar a fidedignidade do instrumento de pesquisa.

"Fidedignidade é a falta de "erro" em um conjunto de medidas." O erro significa "a variabilidade, as flutuações das medidas, não devidas ao que quer que esteja sendo medido".

---

<sup>18</sup>Cabe registrar um agradecimento especial aos colegas que auxiliaram na avaliação das questões e salientar que eventuais erros são de inteira responsabilidade da autora.

Assim, quando um conjunto de medidas tem tal variabilidade, não é fidedigno" (Kerlinger, 1980, p. 152).

Segundo Hanashiro (1988), esse erro pode ocorrer quando se trabalha com sentimento e atitudes. A investigação fica contaminada por fatores subjetivos, racionalizações, projeções, desinteresse do informante pela pesquisa, o que ocasiona respostas ambíguas e desconexas e resulta em erro. Outro fator observado é a escala utilizada que, embora numérica, possui, em seus diversos graus, o teor subjetivo distinto para cada um dos respondentes, conseqüentemente nem sempre respostas iguais refletem julgamentos idênticos. Assim toda medida tem um componente "verdadeiro e um de erro". (Selltiz et al, 1987, p. 4), erro esse avaliado através da fidedignidade do instrumento.

Kerlinger (1980, p. 154), em nota de rodapé, ressalta que "itens individuais são muito menos fidedignos do que testes inteiros. Entretanto, itens de fidedignidade baixa podem, quando usados em número suficiente, produzir um teste ou escala fidedigna. É um aspecto ou princípio útil, que torna possível obtermos testes fidedignos de características humanas".

Obedecendo a essa linha de pensamento, o estudo piloto buscou medir cada critério de QVT, pelo menos quatro vezes. Esses critérios, quando agregados, mediam uma categoria de QVT. Se esses escores obtivessem, através do teste de fidedignidade, um grau de consistência interna suficiente, poderiam ser aplicados testes estatísticos mais poderosos.

A confiabilidade do instrumento no estudo piloto foi verificada através da análise da congruência e da homogeneidade interna, pelo método do coeficiente alfa de Cronbach (1951).

Considera-se, segundo Vianna (1976), que a fidedignidade ideal do coeficiente alfa é um (1); os valores maiores ou iguais a 0,70 significam que existe coerência e compensação de erros entre os diferentes escores e itens, podendo ser agregados para análise estatística. Os valores abaixo de 0,70 já não possuem a mesma consistência, as questões devem ser revisadas de forma a se tornarem mais claras e compreensíveis.

Após os resultados, todos os indicadores de QVT que tinham um coeficiente alfa menor que 0,7 foram submetidos a uma análise correlacional para a localização do item que demonstrava incoerência em relação aos outros, possibilitando a sua reformulação.

### **3.8.3 Formulação Final**

Com base no referencial teórico, nas respostas obtidas no estudo piloto e nas observações específicas feitas por colegas, levantando pontos vulneráveis a erros de interpretações divergentes, foram realizadas as alterações finais e constituído o instrumento definitivo da pesquisa (anexo B).

Fundamentalmente é o mesmo questionário aplicado no estudo piloto mas melhorado na sua formulação, procurando adequar, de forma mais clara, as questões à população estudada.

#### **3.8.3.1 População Alvo**

Definido o instrumento, passou-se à fase da coleta e levantamento de dados junto aos sujeitos desta pesquisa: 245 profissionais enfermeiros em exercício no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A coleta de dados foi realizada através da entrega e recolhimento do questionário pela autora aos profissionais de enfermagem de nível superior do HCPA sendo assegurado aos sujeitos da pesquisa a garantia de privacidade e de anonimato. Foram entregues 240 questionários, em 28 unidades, nos turnos manhã, tarde e noite (noite 1, noite 2 e noite 3), sendo recolhidos 235 questionários. A coleta de dados iniciou em 15 de dezembro de 1990 e terminou em 15 de janeiro de 1991.

Dos 245 enfermeiros, 6 não responderam porque estavam em licença de gestação; 3 não responderam porque estavam entrando ou estavam de férias durante todo o período da

coleta de dados; 1 não devolveu porque entrou em licença de saúde; 1 dos questionários foi devolvido em branco.

Considerando o total de 245 enfermeiros, houve um retorno de 235 questionários, isto é, um total de 95,9% de devolução. Esse número ficou muito acima das expectativas do pesquisador, uma vez que, segundo a bibliografia, o percentual de devolução gira em torno de 25% de devolução (Marconi, Lakatos, 1982) e a extensão do questionário com 164 questões (7 folhas), obriga o respondente a empregar, em média, de 45 a 60 minutos para o preenchimento.

Contraopondo a esses fatores, credita-se o alto índice de retorno à estratégia escolhida que envolvia a entrega e o recolhimento dos questionários pela própria pesquisadora e a conseqüente explicação dos objetivos do trabalho, o que motivou os enfermeiros a participarem. Além disso, foi lhes garantido o anonimato e a privacidade, bem como seriedade no tratamento das respostas, dada a relevância das manifestações relacionadas à Qualidade de Vida no Trabalho. O questionário vinha acompanhado de uma carta com os objetivos do trabalho e instruções gerais (anexo A), referentes ao modo de preenchimento do instrumento.

O estudo constituiu-se então de 234 respondentes, considerada uma amostra em relação à população de profissionais de enfermagem de nível superior, quando trabalhado estatisticamente.

### 3.8.3.2 Procedimento

Após a coleta dos dados, todos os envelopes foram abertos e numerados, retirando-se o questionário devolvido em branco. No processamento dos dados, utilizou-se o software "Lotus 1-2-3" para entrada dos dados. Digitados os dados, procedeu-se a sua conferência seguida de correção e de nova conferência. A seguir, realizou-se a transformação das questões com conotação invertida, subtraindo-se de sete o escore obtido. Completada essa primeira fase, os dados foram transportados para o software "STAGRAPHICS - Statistical Graphica System" versão 2.0, para o processamento estatístico.

As variáveis demográficas foram analisadas pelo emprego da estatística descritiva, obtendo-se o perfil dos profissionais de enfermagem de nível superior da organização estudada.

Novamente, foi realizado o teste de análise da congruência e homogeneidade interna do método pelo coeficiente alfa de Cronbach (1951). Esse teste visa a avaliar a fidedignidade do instrumento e deve ser feito sempre que a amostra avaliada for trocada, pois "não existe fidedignidade intrínseca do instrumento. O grau de confiabilidade é o resultado para um determinado grupo, que sofre influência de vários fatores" (Hanashiro, 1988, p. 98).

Também foi necessário verificar a existência da consistência dos escores dos critérios e categorias de QVT, a fim de avaliar a possibilidade de agregação das questões para efeito de análise estatística. As Categorias e os critérios que não obtiveram grau de consistência interna igual ou maior que 0,70 foram submetidos à análise correlacional das questões par a par para a identificação da questão de baixa correlação e eliminação do cálculo agregado. Após, foram recalculados os coeficientes alfas e obtidas melhorias significativas.

Os resultados do teste de fidedignidade se encontram na Tabela 1.

TABELA 1 COEFICIENTE ALFA DO GRAU DE SATISFAÇÃO

CATEGORIAS/CRITÉRIOS	COEFICIENTE ALFA		QUESTÃO Eliminada
	Inicial <sup>1</sup>	Final <sup>2</sup>	
COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA	0,65	0,71	-
Renda adequada	0,74	0,74	B4Q27
Eqüidade interna	0,26	0,42*	-
Eqüidade externa	0,64	0,64*	-
CONDIÇÕES DE TRABALHO	0,87	0,87	-
Jornada de trabalho	0,71	0,71	-
Carga de trabalho	0,71	0,71	-
Ambiente físico	0,85	0,85	-
Material e equipamento	0,83	0,83	-
Ambiente saudável	0,42	0,47*	B3Q4
Estresse	0,56	0,56*	-
USO E DESENVOLVIMENTO CAPACIDADES	0,74	0,70	-
Autonomia	0,67	0,67*	B4Q11
Significado da tarefa	0,57	0,66*	B4Q17
Identidade da tarefa	0,58	0,74	-
Variedade habilidade	0,46	0,46*	B3Q27
Retroinformação	0,65	0,78	-
OPORTUNIDADE CRESCIMENTO			
SEGURANÇA	0,70	0,78	-
Possibilidade de carreira	0,45	0,70	B3Q23
Crescimento pessoal	0,57	0,65*	B2Q29
Segurança no emprego	0,82	0,82	-
INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO			
Igualdade oportunidades	0,77	0,76	B1Q21
Relacionamento	0,60	0,66*	-
Senso comunitário	0,54	0,54*	B3Q20
0,68	0,69*		
CONSTITUCIONALISMO	0,83	0,85	-
Direitos trabalhistas	0,38	0,40*	B2Q17
Privacidade pessoal	0,65	0,70	B3Q12
Liberdade expressão	0,75	0,75	-
Normas e rotinas	0,73	0,73	-
TRABALHO ESPAÇO TOTAL DE VIDA	0,81	0,81	-
Papel balanceado no trabalho	0,42	0,56*	B2Q6
Horário entrada/saída	0,89	0,89	-
RELEVÂNCIA SOCIAL VIDA NO TRABALHO	0,83	0,85	-
Imagem da instituição	0,50	0,54*	B1Q15
Responsabilidade social inst	0,68	0,71	B3Q28
Responsabilidade pelos serviços	0,56	0,63*	B3Q8
Responsabilidade pelos empregados	0,58	0,63*	B1Q13

FONTE: Dados da pesquisa.

LEGENDA: B=Bloco; Q= Questão; \*= abaixo do limite aceitável de fidedignidade

1 Inicial refere-se ao coeficiente encontrado usando-se todos os itens do instrumento.

2 Final refere-se ao coeficiente encontrado eliminando-se algum(ns) item(ns) considerado(s) com pouca consistência interna.

Pode-se observar, na Tabela 1, que a nível de Categorias de QVT todos os coeficientes alfa ficaram iguais ou acima de 0,70. Conseqüentemente, isso permite agregar todas as questões de sua origem.

O mesmo não se pode dizer a nível dos critérios de QVT, onde 50% dos critérios de QVT apresentaram coeficientes de fidedignidade baixos, mesmo após eliminação da questão que demonstrava estar interferindo na consistência interna. De um modo geral, a baixa consistência interna demonstra que algumas questões agregadas não estão "medindo" o mesmo critério, por qualquer razão estranha ao pesquisador, e por isso mesmo atribuível a erros de mensuração. Os erros de mensuração podem ser decorrentes de problemas de comunicação entre o pesquisador e o pesquisado, relacionados à interpretação e à clareza das perguntas ou aos estímulos do instrumento por parte do respondente. Conseqüentemente, qualquer agregação desses critérios não possui fidedignidade satisfatória. Por esse motivo, foi usada, na análise descritiva, a média e o desvio padrão somente com o objetivo de servir de subsídio para a análise de futuras ações administrativas.

A análise estatística mais aprofundada e as conclusões foram realizadas e fundamentadas somente a nível de Categorias de QVT que obtiveram nível satisfatório de fidedignidade.

Outro ponto que merece destaque refere-se ao uso de escalas tipo Likert que assumem o nível de mensuração intervalar contínuo. O uso dessas escalas ainda é polêmico. Enquanto a escola mais convencional dá pouquíssima ênfase a questões desse teor ou tem um posicionamento totalmente contra seu uso (Castro, 1977; Siegel, 1975); há um grupo grande de pesquisadores das áreas da sociologia, psicologia, marketing, recursos humanos, enfermagem etc. que apóiam o seu uso (Nunnally, 1978; Kerlinger, 1980; Hanashiro, 1988; Fernandes, Becker, Price, 1988). "Parece ser pequena a perda na exatidão e existir ganhos consideráveis na interpretabilidade se dados ordinais são tratados como dados intervalares" (Boyd, Westfall e Staschs, 1989, p. 321).

Apoiados nesta última visão, associando grau de consistência interna do instrumento (agregação das questões a nível de categorias de QVT), tamanho da amostra trabalhada e objetivos do estudo, foram utilizadas técnicas usuais de estatística descritiva, e outros testes paramétricos e não-paramétricos disponíveis no pacote "**STAGRAPHICS - Statistical Graphics System**".

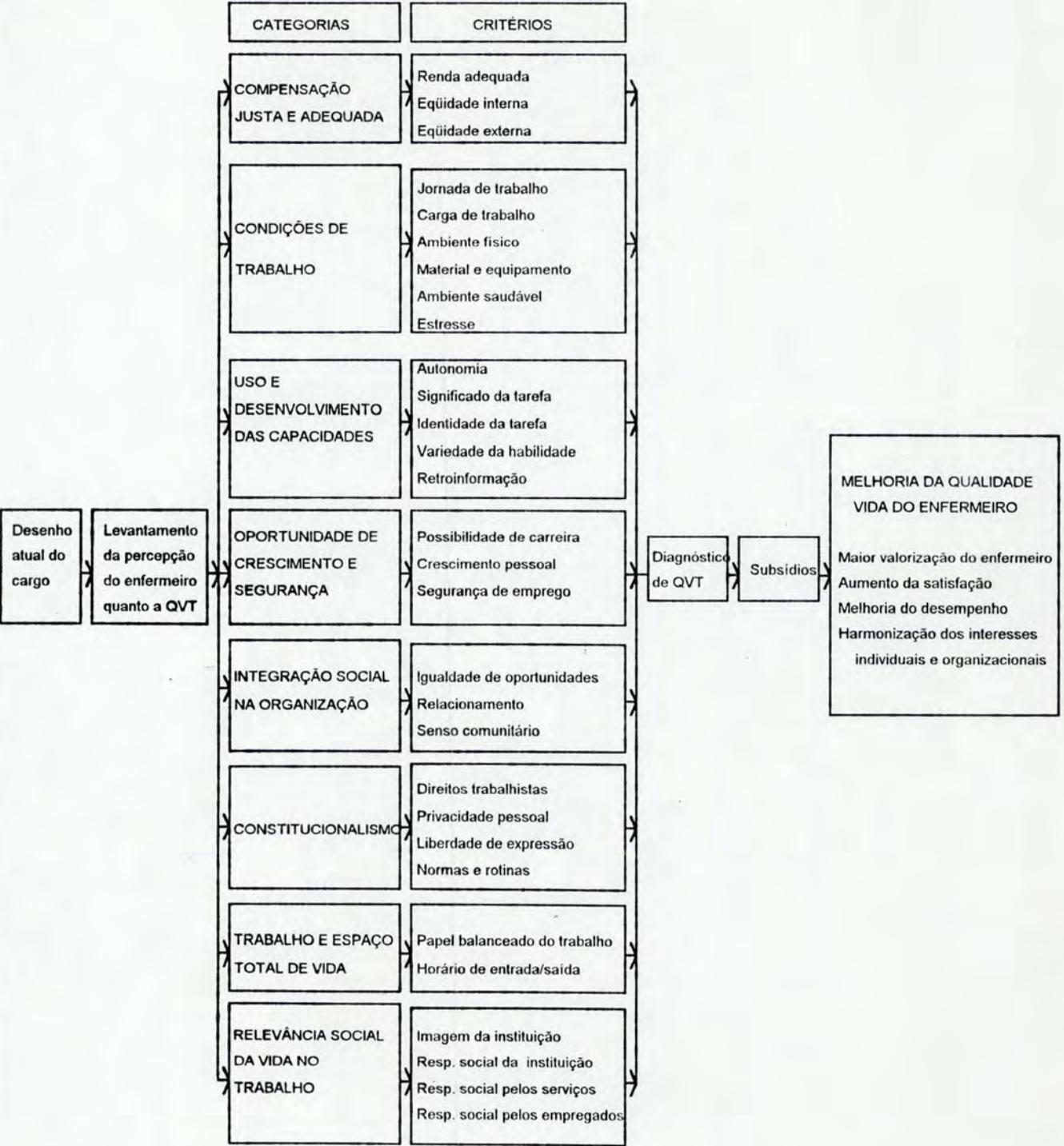
O grau de importância foi medido somente uma vez, de maneira direta, devido à extensão do questionário, conseqüentemente recebeu tratamento e análise da estatística descritiva e testes não-paramétricos.

### **3.9 MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA**

Na construção do modelo analítico desta pesquisa, tomou-se como ponto de partida o desenho atual do cargo de enfermeiro na instituição, através do levantamento da percepção desse profissional no que se refere à Qualidade de Vida no Trabalho. Nesse momento, utilizando as oito Categorias de Walton, buscou-se adaptar o modelo à realidade encontrada o que resultou na formulação de critérios específicos a cada uma das Categorias. A reunião dos critérios às Categorias constitui o modelo teórico construído, o que permitiu estabelecer o diagnóstico de QVT desses profissionais.

A finalidade desse diagnóstico é fornecer subsídios para projetos futuros de melhoria de QVT, com vistas a proporcionar, para o enfermeiro de nível superior, aumento de satisfação, melhoria do desempenho, harmonização dos interesses individuais e organizacionais e, sobretudo, maior valorização da profissão.

Para possibilitar uma visão mais clara do modelo analítico, buscou-se apresentar, de forma dinâmica, a reunião dos procedimentos efetuados incluindo as Categorias e os critérios obtidos (Figura 3).



**FIGURA 3**  
**MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA**

**CAPÍTULO 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS  
RESULTADOS**

## **CAPÍTULO 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

O objetivo deste capítulo é apresentar os principais resultados da análise estatística dos dados obtidos na pesquisa de campo.

A sistemática adotada para análise dos resultados consta de três seções: (a) na primeira, estão descritas as características das variáveis demográficas dos enfermeiros; (b) na segunda, é realizada análise descritiva das variáveis quanto a percepção de satisfação e grau de importância atribuído à Qualidade de Vida no Trabalho; (c) na terceira, as hipóteses da pesquisa são estatisticamente testadas, analisadas e interpretadas.

É importante observar que, em relação ao questionário, nem todos foram respondidos integralmente pelos enfermeiros, fato que originou os "missing values", responsáveis pelas divergências nas frequências totais. Esse recurso permitiu o aproveitamento de todos os questionários devolvidos, mesmo parcialmente respondidos, sem, contudo, afetar as análises estatísticas, pois obteve-se, de um total de 234 respondentes, em média 228 observações para cada variável.

### **4.1 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS**

Os enfermeiros que compuseram a amostra da pesquisa foram caracterizados de acordo com as seguintes variáveis de segmentação: sexo, idade, estado civil, número de dependentes, instrução, tempo de graduação, número de empregos, tempo de serviço, cargo, turno de trabalho, local de trabalho, faixa salarial mensal, renda familiar e participação em entidades de classe.

Tais dados permitiram levantar algumas características do perfil do profissional em foco, informação básica para os objetivos do trabalho.

Quanto ao **sexo**, a população constituiu-se de 227 pessoas do sexo feminino (98,27%) e de somente 4 do sexo masculino (1,73%).

A análise desses dados evidencia que os cargos de enfermeiros são preenchidos, com acentuada preferência, por elementos do sexo feminino. Isto vem em decorrência da profissão de enfermagem ser tradicional e hegemonicamente uma profissão feminina.

Quanto à **idade**, os enfermeiros pesquisados situam-se nas faixas apresentadas na

Tabela 2.

**TABELA 2 CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA**

Faixa Etária (em anos)	N	%
22 a 31	112	48,49
31,1 a 40	93	40,26
40,1 a 49	18	7,79
49,1 a 58	8	3,46
Total	231	100,00

FONTE: Dados da pesquisa

Observa-se, pela distribuição de freqüências, que os enfermeiros pesquisados são relativamente jovens. A idade média é de 32,95 anos, mediana de 32 anos e desvio padrão de 6,24. Na faixa etária de 26 a 34 anos, estão concentrados 63,62% dos respondentes. Nota-se, na verdade, que a faixa modal é de 29 a 31 anos com 22,51% dos enfermeiros. A idade mínima é de 22 anos e a máxima é de 58 anos.

Quanto ao **estado civil**, os respondentes apresentaram a seguinte distribuição apresentada na Tabela 3.

**TABELA 3 CLASSIFICAÇÃO POR ESTADO CIVIL**

Estado Civil	N	%
Solteiro	91	39,39
Casado	108	46,75
Desquitado, divorciado e viúvo	13	5,63
Outro	19	8,23
Total	231	100,00

FONTE: Dados da pesquisa.

Observa-se, pela distribuição, que 39,39% são solteiros, dado compatível também com a faixa etária bastante jovem. Esses dados correspondem igualmente às informações existentes no relatório COFEN, ABEn (1985). No instrumento de pesquisa, foi apresentada a opção outro estado civil, mas, para fins de análise estatística, essas respostas foram consideradas como "missing values".

A distribuição de freqüência que ilustra o comportamento da variável **número de dependentes** pode ser visualizada na Tabela 4. Verifica-se que os enfermeiros, na sua maioria, não possuem dependentes: há, inclusive, uma tendência à diminuição desse número. Apenas 6% possuem acima de dois dependentes.

**TABELA 4 CLASSIFICAÇÃO POR NÚMERO DE DEPENDENTES**

N. de Dependentes	N	%
Nenhum	135	58,44
1	49	21,21
2	33	14,29
3	12	5,19
4	2	0,87
Total	231	100,00

FONTE: Dados da pesquisa.

Quanto ao nível de instrução, os resultados estão descritos na Tabela 5.

**TABELA 5 CLASSIFICAÇÃO POR INSTRUÇÃO**

Instrução	N	%
Graduação	109	47,39
Especialização	115	50,00
Mestrado Incompleto	6	2,61
Total	230	100,00

FONTE: Dados da pesquisa.

Observa-se que 50% dos enfermeiros possuem curso de especialização e 2,61% estão cursando mestrado. O percentual de enfermeiros com especialização e com mestrado em curso é maior em relação ao índice apontado pelo relatório COFEN, ABEn (1985), para hospitais públicos. Por se tratar de um hospital de ensino, e pela proximidade com a Escola de Enfermagem, deve haver um maior estímulo para cursos de pós-graduação. A título de contribuição, cabe ressaltar que, desde 1985, o maior contingente de professores admitidos na Escola de Enfermagem é oriundo do Hospital de Clínicas. No plano de carreira dos enfermeiros, não existe promoção em relação à instrução.

O curso mais procurado na Instituição, a nível de graduação, é Licenciatura e, após, Habilitação em Saúde Pública. A nível de Especialização, os mais procurados são, por ordem decrescente, Administração Hospitalar, Psiquiatria, Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho, Saúde do Adulto, Obstetrícia, Pediatria, Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva e Educação Psicomotora. A nível de mestrado, os enfermeiros da instituição hospitalar estudada possuem somente curso na área de Educação.

Pode-se inferir que a procura pelos cursos é **proporcional** aos cursos oferecidos pela comunidade na grande Porto Alegre. Por exemplo, os cursos de Licenciatura, Habilitação em Saúde do Adulto, Administração Hospitalar, Psiquiatria, Saúde Pública, Enfermagem no Trabalho têm ocorrido regularmente nos últimos 5 anos. Já os cursos de Saúde do Adulto e Terapia Intensiva não existem mais e os de Obstetrícia e Pediatria são mais recentes.

A classificação por **tempo de graduação** é demonstrada na Tabela 6.

**TABELA 6 CLASSIFICAÇÃO POR TEMPO DE GRADUAÇÃO**

Tempo de Graduação (em anos)	N	%
0 a 5	66	28,82
5,1 a 10	85	37,12
10,1 a 15	64	27,95
15,1 a 20	10	4,36
20,1 a 25	1	0,44
25,1 a 30	3	1,31
Total	229	100,00

FONTE: Dados da pesquisa.

A média do Tempo de Graduação é de 8,72 anos, tendo como desvio padrão 4,88. A concentração está entre 4 a 12 anos (67%), caindo acentuadamente após 15 anos de profissão. Esse dado é compatível com a média de idade dos enfermeiros estudados.

A Tabela 7 traz as informações relativas a **número de empregos**.

TABELA 7 CLASSIFICAÇÃO POR NÚMERO DE EMPREGOS

N. Empregos	N	%
1	160	75,83
2	51	24,17
Total	211	100,00

FONTE: Dados da pesquisa.

A classificação por número de empregos ficou prejudicada devido à má compreensão dos respondentes quanto à questão. Pelas dúvidas manifestadas, percebeu-se que muitos interpretaram a questão como se fosse o número de empregos que tiveram até o momento e não o número de empregos atuais. O posicionamento da questão no questionário possibilitou dupla interpretação. Desse modo, todas as respostas acima de 2 foram colocadas como "missing value".

O objetivo da questão era verificar realmente qual a porcentagem de enfermeiros com mais de um emprego. Apesar de ter ficado prejudicada, constatou-se que pelo menos 75,83% dos enfermeiros possuem somente um emprego. Esse dado vem ao encontro dos números (75,5%) do relatório COFEN, ABEn (1985), referente a instituições hospitalares.

A classificação relativa a tempo de serviço está na Tabela 8.

**TABELA 8 CLASSIFICAÇÃO POR TEMPO DE SERVIÇO**

Tempo de Admissão (em anos)	N	%
0 a 4	100	43,48
4,1 a 8	37	16,09
8,1 a 12	61	26,52
12,1 a 16	26	11,30
16,1 a 20	6	2,61
Total	230	100,00

FONTE: Dados da pesquisa.

Quanto a tempo de serviço na instituição, verifica-se que a média ficou em 79,18 meses (6,6 anos), com um desvio padrão de 57,36 meses (4,8 anos), mediana de 70 meses (7,8 anos). O menor tempo de serviço é de 2 meses e o maior é de 211 meses (17,6 anos).

Com respeito ao **cargo**, os enfermeiros estão distribuídos da seguinte forma:

**TABELA 9 CLASSIFICAÇÃO POR CARGO**

Cargo	N	%
Enfermeiro de Unidade	185	80,08
Enfermeiro Chefe de Unidade	23	9,96
Enfermeiro de Unidade Assessor	5	2,17
Enfermeiro Chefe de Unid. Assessor	1	0,43
Enfermeiro de Unidade Prof. Esc. Aux.	8	3,46
Enfer. Chefe de Unid. Prof. Esc. Aux.	3	1,30
Enfermeiro do Trabalho	1	0,43
Enfermeiro Supervisor	5	2,17
Total	231	100,00

FONTE: Dados da pesquisa.

Cabe esclarecer que os enfermeiros, com cargo de assessor de chefe de serviço e de professor da escola de auxiliares de enfermagem da instituição (nível de 1º grau), executam esta segunda função em regime de horas extras por não existirem tais cargos no quadro de pessoal da instituição. Se, por um lado, a duplicidade de funções traz experiência ao enfermeiro e aumenta o seu rendimento, por outro, a situação extrapola a jornada de trabalho em termos de carga horária e de acúmulo de funções. Cria inclusive problemas na linha de hierarquia: o assessor da chefia de serviço está acima da chefia de unidade, mas o enfermeiro que exerce o cargo é subordinado à chefia de unidade como enfermeiro de unidade.

Para fins estatísticos o grupo foi dividido em dois, segundo a sua atividade de origem: enfermeiros de unidade ou enfermeiros com cargos de chefia. Um dos motivos dessa redução é de, mais uma vez, não possibilitar a identificação dos respondentes.

A classificação por cargo resumido está na Tabela 10.

**TABELA 10 CLASSIFICAÇÃO POR CARGO RESUMIDO**

Cargo	N	%
Enfermeiro de Unidade	198	85,7
Enfermeiro Chefe	33	14,3
Total	231	100,00

FONTE: Dados da pesquisa.

Observa-se que 85,7% dos enfermeiros exercem cargo de enfermeiro de unidade e 14,3% de chefia.

A distribuição dos enfermeiros por **turnos de trabalho** é a seguinte:

**TABELA 11 CLASSIFICAÇÃO POR TURNO DE TRABALHO**

Turno	N	%
Manhã	55	23,81
Tarde	61	26,41
Noite	87	37,66
Variavel	14	6,06
Manhã e Tarde	14	6,06
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

O número de enfermeiros que trabalham nos turnos manhã e tarde e no turno variável corresponde aos enfermeiros com dupla atividade na instituição, somados àqueles que, devido ao local de trabalho, têm um horário especial.

Quanto a distribuição por **local de trabalho**, os enfermeiros estão assim dispostos:

**TABELA 12 CLASSIFICAÇÃO POR LOCAL DE TRABALHO**

Local de Trabalho	N	%
Unidade Aberta	100	43,29
Unidade Fechada	104	45,02
Unidade Diagnóstico	8	3,46
Unidade Ambulatorial	14	6,06
Supervisão	5	2,16
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

A divisão por local de trabalho foi feita pelo agrupamento de condições de trabalho semelhantes. As unidades abertas são as de internação onde um enfermeiro tem, sob sua responsabilidade, nas unidades norte previdenciárias, em torno de 22 pacientes durante o turno diurno, e 45 pacientes no turno noturno; nas unidades ala sul, a média é de 15 pacientes por enfermeiro no diurno e 30 no noturno. O número menor de pacientes nessa última unidade justifica-se pelo maior número de horas de enfermagem dedicadas a cada paciente (isolamentos, adolescentes, particulares, aidéticos, alojamento conjunto). As unidades fechadas são centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica, centro obstétrico, centro de tratamento intensivo clínico-cirúrgico, unidade terapia intensiva pediátrica, berçário, psiquiatria, centro de material, emergência. A unidade ambulatorial compreende enfermeiros que atendem consultas ambulatoriais com hora marcada. Unidades de diagnóstico e tratamento envolvem enfermeiros que atendem em serviços especializados como setor radiologia, hemodinâmica, fisioterapia, hemodiálise. A supervisão, como já foi descrito, compreende enfermeiros que respondem pelo serviço de enfermagem em horário especial (turno noturno, fins de semana e feriados).

Quanto ao local, a maioria dos enfermeiros concentra-se nas unidades abertas e fechadas, 88,31%, e uma minoria executa suas atividades nas unidades diagnósticas, ambulatorial e supervisão, 11,68%

A Tabela 13 mostra cruzamentos do local de trabalho com idade, tempo de graduação e tempo de serviço na instituição.

**TABELA 13 DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIA DE IDADE, TEMPO DE GRADUAÇÃO E TEMPO DE SERVIÇO POR LOCAL DE TRABALHO**

Local de Trabalho	MÉDIAS			N
	Idade (anos)	T. Graduação (anos)	T. Serviço (anos)	
U. Aberta	32,70	8,39	6,69	100
U. Fechada	31,79	8,11	5,60	104
U. Diagnóstico	36,63	10,00	9,49	8
U. Ambulatorial	35,50	10,85	9,57	14
Supervisão	47,80	20,00	13,03	5
Total	32,95	8,72	6,60	231

FONTE: Dados da pesquisa.

Pode-se observar que a menor média de idade, tempo de graduação e tempo de serviço ocorre nas unidades fechadas. Tal fato permite inferir que, por serem unidades de trabalho mais desgastantes, são mais procuradas pelos jovens, muito embora sejam unidades que requeiram treinamento mais específico. A alta incidência de jovens na unidade aberta pode ser explicada por ser a entrada natural do profissional recém-graduado na instituição hospitalar. A maior média de idade na supervisão justifica-se pelas características especiais do setor que exige pessoas com conhecimento da instituição há mais tempo. As unidades de diagnóstico e de ambulatório, pelas suas condições de trabalho e alto percentual de procura, e por serem normalmente preenchidas por concurso interno (até como uma forma de promoção), têm índices mais elevados de idade, graduação e tempo de serviço dos enfermeiros.

As informações referentes a **faixa salarial** estão descritas da seguinte forma:

TABELA 14 CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA SALARIAL

Faixa salarial (em salários mínimos)	N	%
5 a 7	76	34,39
8 a 10	103	46,06
11 a 13	30	13,57
14 a 16	4	1,81
17 a 19	3	1,38
20 a 22	2	0,91
23 a 25	2	0,91
26 a 28	1	0,45
<b>Total</b>	<b>221</b>	<b>100,00</b>

FONTE: Dados da pesquisa

No momento da coleta de dados (outubro 1990), os enfermeiros tinham como salário básico o valor de CR\$ 54.553,80 (6,55 salários mínimos). O salário mínimo vigente era de CR\$ 8.329,55.

Observa-se que 80,45% dos enfermeiros estão incluídos até a segunda faixa salarial. Esse resultado é compatível com os valores fornecidos pela instituição. Os 19,55% dos enfermeiros que se encontram em faixas superiores, são os que, acredita-se, possuem ou gratificação de chefia ou um grande número de horas extras, extrapolando muitas vezes o valor de seu próprio salário.

Segundo pesquisa salarial da Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição, os enfermeiros de vários hospitais do mesmo nível, em Porto Alegre, recebiam na época os seguintes valores:

**TABELA 15 SALÁRIOS NO MERCADO DE TRABALHO, PORTO ALEGRE, 1990**

Hospitais	Valor (Cr\$)
HPS <sup>2,4</sup>	146.606,00
HMV <sup>1</sup>	86.639,00
Cardiologia <sup>2</sup>	76.375,00
Santa Casa <sup>1</sup>	60.002,00
PUC <sup>2,3</sup>	58.600,00
Mãe de Deus <sup>2</sup>	88.138,00
GHC	59.437,00
Instituição estudada	46.760,00
<b>Média</b>	<b>72.080,00</b>
% da Instituição estudada sobre média	64,87%

FONTE: Pesquisa ASERGHG, novembro 1990.

LEGENDA: <sup>1</sup>Salários referem-se a setembro/90

<sup>2</sup>Salários referem-se a outubro/90

<sup>3</sup>Salários serão reajustados em 10% em novembro/90

<sup>4</sup>Salários se referem a carga horária de 49 horas semanais.

Em relação às outras instituições, o hospital estudado estava defasado, no município de Porto Alegre, em 35,13% do salário médio vigente no mercado.

Para que se possa esclarecer melhor as questões relativas à faixa salarial e, depois, à renda familiar, decidiu-se incluir a Tabela 16, com os dados referentes ao valor real do salário mínimo de 1940 a 1992. Com isso, podem ser realizadas as respectivas correspondências.

**TABELA 16 SALÁRIO MÍNIMO REAL, BRASIL, 1992**

Ano	Valor Real Cr\$ out./92	Índice jul./40 = 100%
1940	1.918.219,99	98,02
1951	720.075,48	36,80
1956	2.207.615,77	112,81
1960	1.962.778,75	100,30
1965	1.745.362,23	89,19
1970	1.348.939,65	68,93
1975	1.113.627,34	56,91
1980	1.208.962,75	61,78
1981	1.239.584,10	63,34
1982	1.292.000,00	66,02
1983	1.097.884,01	56,10
1984	1.018.312,18	52,04
1985	1.041.905,61	53,24
1986	985.475,55	50,36
1987	710.504,08	36,31
1988	748.046,48	38,22
1989	796.575,78	40,70
1990	569.239,89	29,09
1991	594.534,94	30,38
1992	497.779,63	25,44

FONTE: DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. **Salário mínimo real - medidas anuais.** São Paulo: D.I.E.E.S.E., outubro, 1992. Mimeogr.

Segundo o relatório COFEN, ABEn (1985), 37,7% dos enfermeiros a nível hospitalar público ganhavam menos de 5 salários mínimos, 46,7% entre 5 e 10; 3,9% mais de 10 salários e 3,5 não informaram.

Saliente-se que o salário mínimo entre 1982 e 1983 (ano de coleta de dados do relatório COFEN, ABEn) valia, respectivamente, 66,02% e 56,10% em relação ao salário mínimo de 1940. Já o salário mínimo de 1990 valia 29,09% do salário criado em 1940.

Nessa medida, a correspondência salarial não pode ser feita apenas em termos de percentuais de salário, posto que não deixa esclarecida a distorção verificada.

Embora haja diferenças entre os dados percentuais do relatório e aqueles da instituição estudada (Tabela 14), a diminuição no salário dos enfermeiros, acompanhando o quadro nacional, é significativa.

A **renda familiar** apresenta-se da seguinte forma:

**TABELA 17 CLASSIFICAÇÃO POR RENDA FAMILIAR**

Renda Familiar (em salários)	N	%
5 a 13	100	44,4
14 a 22	65	29,0
23 a 31	34	15,1
32 a 40	16	7,1
41 a 49	5	2,2
50 a >	5	2,2
Total	225	100,00

FONTE: Dados da pesquisa

A Tabela 17 demonstra que a grande maioria dos enfermeiros possui uma outra fonte de renda além do salário. É mais um dado a comprovar o baixo índice salarial do enfermeiro mas, paradoxalmente, pode ser um atenuante na satisfação da QVT.

Quanto à **participação em entidades de classe**, os enfermeiros estão assim distribuídos:

**TABELA 18 CLASSIFICAÇÃO POR PARTICIPAÇÃO EM ENTIDADES DE CLASSE**

Entidades de classe	Associado		Não Associado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sindicato	142	61,5	89	38,5	231	100
ABEn	104	45,0	127	55,0	231	100
Assoc.Enf.Inst.	186	80,5	45	19,5	231	100
Outras	8	3,5	223	96,5	231	100

FONTE: Dados da pesquisa

A Tabela 20 evidencia uma tendência atual dos enfermeiros quanto à sua politização. No relatório COFEN,ABEn (1985), 86,9% dos enfermeiros da Região Sul eram filiados à ABEn (entidade de caráter cultural) e 69,1% eram filiados ao Sindicato (entidade de caráter reivindicatório por melhores condições de trabalho e salário). Na instituição estudada, verifica-se, em 1990, uma tendência de inversão do quadro, pois 80,5% dos enfermeiros são filiados à Associação dos Enfermeiros da Instituição (caráter reivindicatório de melhoria das condições de trabalho e salário), 61,5% são associados ao Sindicato e 45% à ABEn. Esses dados, contrariamente ao relatório citado, evidenciam uma tendência dos enfermeiros a uma luta pelos seus direitos, assumindo uma postura mais profissional e menos servil, altruística e caritativa. Convém salientar a diminuição de associados da ABEn (caráter cultural), que representa um dado preocupante a ser possivelmente, alvo de estudos posteriores.

#### **4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DAS CATEGORIAS DE QVT**

Este tópico visa a apresentar um diagnóstico genérico sobre a percepção dos enfermeiros quanto ao grau de satisfação e de importância das Categorias na Qualidade de Vida no Trabalho.

#### 4.2.1 Grau de Satisfação

A análise da percepção dos enfermeiros quanto ao grau de satisfação da Qualidade de Vida no Trabalho foi realizada através da mensuração das oito Categorias de Walton: Compensação Justa e Adequada, Condições de Trabalho, Uso e Desenvolvimento de Capacidades, Oportunidade de Crescimento e Segurança, Integração Social na Instituição, Constitucionalismo, Trabalho e Espaço Total de Vida e Relevância Social da Vida no Trabalho.

É importante reiterar que essas Categorias foram construídas através da agregação de variáveis. Essa agregação foi possível pois o coeficiente alfa de Cronbach obtido foi igual ou maior que 0,70, significando um grau de fidedignidade satisfatório e a possibilidade de utilizar testes estatísticos mais poderosos em sua análise.

Em relação aos critérios, somente 50% das variáveis agregadas apontaram um grau de fidedignidade satisfatória. Desse modo, a análise descritiva será realizada através da média e desvio padrão de cada questão que, agregadas, compõem os critérios de QVT, com o objetivo de fornecer subsídios para a análise de futuras ações administrativas.

Cada variável foi mensurada através de quatro escalas diferentes de seis pontos de intensidade. Desse modo, considerado como ponto médio da escala o valor 3,5, os valores que se encontram abaixo e acima refletem um grau de, respectivamente, insatisfação e satisfação.

Na apresentação desta análise, descreve-se, inicialmente, a situação geral de todas as oito Categorias trabalhadas, estabelecem-se comparações entre elas e, após, descreve-se cada Categoria com os respectivos critérios adotados.

Dessa forma, o quadro geral das Categorias está assim descrito na Tabela 19.

**TABELA 19 MÉDIA, DESVIO PADRÃO, CLASSIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO ENTRE MÉDIAS DE DAS CATEGORIAS DE QVT PELO GRAU DE SATISFAÇÃO**

(escala: 1 a 6)					
Classificação	Categorias	$\bar{X}$	S	N	Comparação entre médias <sup>1</sup>
INSATISFAÇÃO	1 Compensação justa e adequada	2,14	0,61	225	*
	7 Trabalho e espaço total de vida	3,03	1,13	228	*
	4 Oportunidade de cresc. e segurança	3,35	0,85	224	*
GRAU INTERMEDIÁRIO	2 Condições de trabalho	3,48	0,72	225	* *
	6 Constitucionalismo	3,59	0,83	226	* *
SATISFAÇÃO	5 Integração social instituição	3,66	0,77	228	*
	8 Relevância social da vida no trabalho	4,07	0,76	226	*
	3 Uso e desenvolvimento capacidades	4,13	0,55	225	*

FONTE: Dados da pesquisa

<sup>1</sup> Comparação entre médias baseada nos resultados do teste t de Student a 0,05% de significância. Os asteriscos dispostos no mesmo eixo vertical indicam que não existem diferença significativa entre as médias; quando dispostos em eixo vertical distinto, indicam existência de diferença.

A Categoria de maior nível de insatisfação, era, conforme esperado, **Compensação Justa e Adequada**. Sem ser privilégio dos enfermeiros, a questão tem raízes na própria crise econômica por que atravessa o nosso país. O problema fica mais agravado se for comparado o salário dos enfermeiros com outros profissionais de nível superior.

Quanto à Categoria **Trabalho e Espaço Total de Vida**, também a nível de insatisfação, evidenciam-se as queixas freqüentes dos enfermeiros que, em decorrência das características da profissão com trabalho em fins de semana e feriados, sentem-se prejudicados em sua convivência familiar e em seu lazer.

Dentro da Categoria **Oportunidade de Crescimento e Segurança**, o nível de insatisfação decorre da falta de reconhecimento profissional pela quase inexistência de ascensão na carreira, no tocante a cargo e salário.

A Categoria **Condições de Trabalho**, no nível intermediário, revela alguma surpresa, se comparada a Instituição com outras do mesmo porte. Foram ressaltadas aqui questões de insatisfação em relação a carga de trabalho, ambiente saudável, estresse.

A Categoria **Constitucionalismo**, no nível intermediário, deixa evidenciada a distância da Instituição em termos de relações trabalhistas e sua "burocratização".

Quanto à Categoria **Integração Social na Instituição**, no nível de satisfação, fica evidenciada a satisfação no relacionamento no trabalho e a insatisfação na igualdade de oportunidades.

Os resultados também demonstram satisfação em relação à Categoria **Relevância Social da Vida no Trabalho**, que trata da "imagem" positiva que os enfermeiros têm da Instituição. Fica para ser observada, entretanto, a questão da responsabilidade da Instituição para com os seus empregados.

A Categoria **Uso e Desenvolvimento de Capacidades** encontra-se no nível maior de satisfação, o que evidencia que a insatisfação do enfermeiro não está no seu "fazer", mas, sim, nas questões relativas a reconhecimento e status da profissão.

Com base no teste t Student, pode-se dizer que as Categorias com maior grau de satisfação **Relevância Social na Vida do Trabalho** e **Uso e Desenvolvimento das Capacidades** não possuem médias significativamente diferentes. Ainda que evidenciem diferença significativa em relação às médias encontradas nas outras Categorias, pode-se inferir que as duas Categorias se encontram em nível de satisfação.

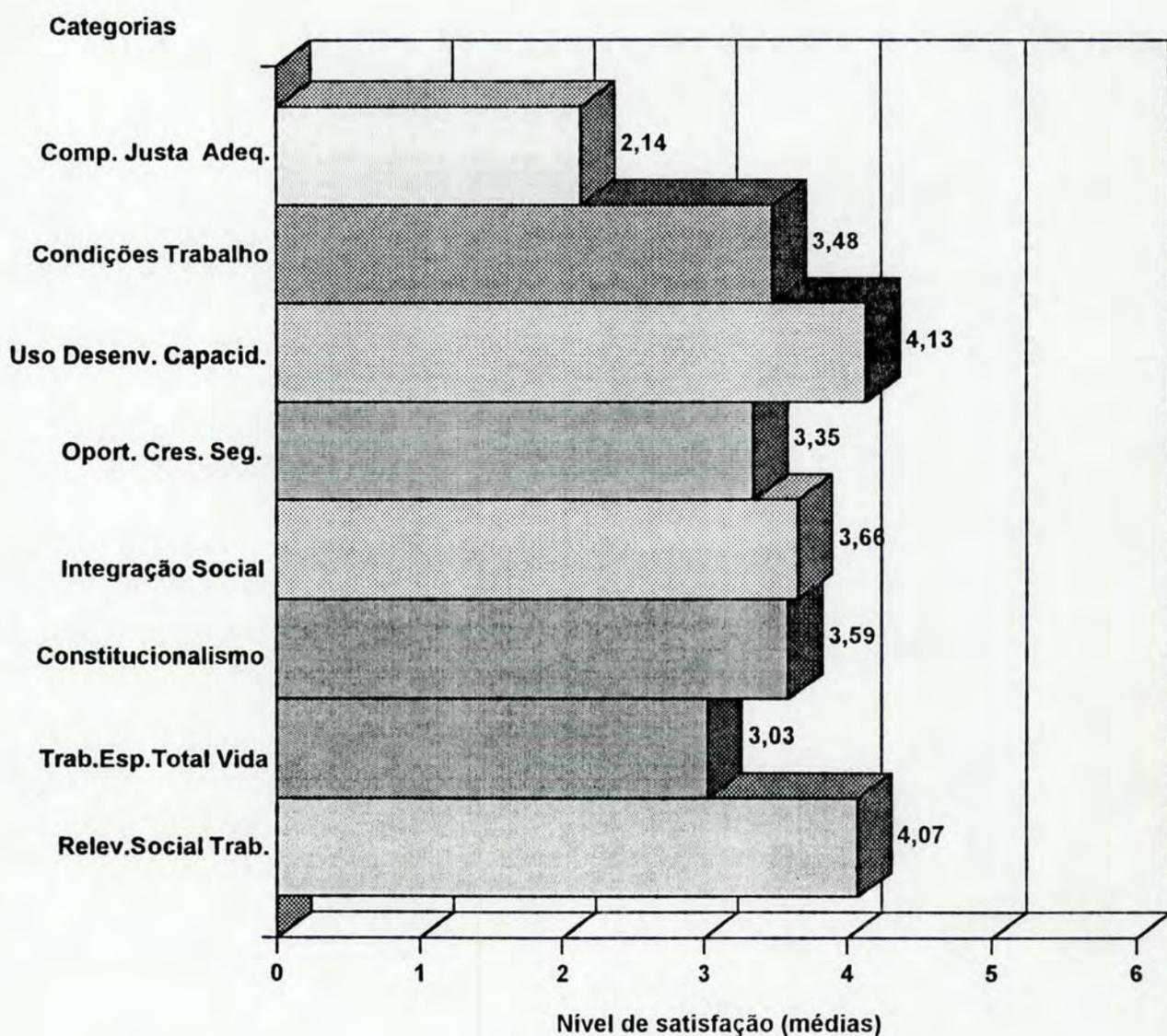
As médias submetidas ao teste t de Student evidenciaram que os limites entre as Categorias não são absolutamente estanques. Observa-se que entre **Oportunidade de**

**Crescimento e Segurança e Condições de Trabalho** não há diferença significativa entre as médias; elas podem, portanto, ser classificadas como intermediárias com tendência à insatisfação.

O mesmo se verifica em relação a **Constitucionalismo e Integração Social na Instituição**. Por não apresentarem médias significativamente diferentes, ambas situam-se no limite entre intermediário e satisfação.

Em síntese, a situação geral das oito Categorias, segundo o grau de satisfação pode ser visualizada no Gráfico 1.

Analisando-se os dados, pode-se refletir acerca da QVT dos profissionais de enfermagem de nível superior da instituição estudada. Das Oito Categorias de Walton somente duas efetivamente indicam satisfação, uma terceira recebeu satisfação em grau mínimo, duas situam-se no nível intermediário, uma ficou no limite entre intermediário e insatisfação, as outras duas ficaram no nível de insatisfação, o que evidencia a necessidade de se pensar na implantação de ações administrativas para reverter a situação.



**GRÁFICO 1**

**GRAU DE SATISFAÇÃO DAS CATEGORIAS QVT**

**FONTE:** Dados da pesquisa

Por esse motivo, pensou-se na apresentação de cada Categoria, em separado, com os respectivos critérios adotados. O objetivo da descrição é assim fornecer subsídios para futuras ações administrativas.

A Tabela 20 apresenta os resultados da Categoria **Compensação Justa e Adequada**.

**TABELA 20 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA**

(escala: 1 a 6)

Critérios	Blocos								
	1		2		3		4		N
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Renda adequada	1,38	1,09	1,79	1,03	1,45	0,88	1,41	0,84	233
Eqüidade interna	3,69	1,75	3,58	1,52	2,91	1,51	-	-	226
Eqüidade externa	1,57	1,09	3,03	1,22	1,41	0,87	1,49	0,82	230

FONTE: Dados da pesquisa

No que tange a essa Categoria, observa-se que os respondentes estão mais fortemente inclinados a afirmar que a *Eqüidade interna* (bloco 1 e 2) não se apresenta como um fator que prejudica sobremaneira a Qualidade de Vida no Trabalho.

O mesmo não se pode afirmar quanto à *Eqüidade externa* e à *Renda adequada*. Constata-se que o fator de maior insatisfação por parte dos respondentes é a remuneração recebida.

Nesse sentido, pode-se inferir que, para os enfermeiros da instituição estudada, a *Compensação Justa e Adequada* é um fator de maior insatisfação em relação à remuneração recebida e ao mercado de trabalho do que em relação aos outros membros da instituição.

Os enfermeiros apresentaram percepções mais coesas em relação à *Renda adequada* e *Eqüidade externa* do que em relação à *Eqüidade Interna*.

A Categoria **Condições de Trabalho** pode ser observada na Tabela 21.

**TABELA 21 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA CONDIÇÕES DE TRABALHO**

(escala: 1 a 6)

Critérios	Blocos								
	1		2		3		4		N
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Jornada de trabalho	<b>3,50</b>	1,66	<b>2,98</b>	1,18	<b>4,17</b>	1,64	<b>3,82</b>	1,38	231
Carga de trabalho	<b>1,51</b>	1,00	<b>2,91</b>	1,13	<b>3,86</b>	1,54	<b>3,43</b>	1,36	231
Ambiente físico	<b>3,72</b>	1,56	<b>3,96</b>	1,47	<b>3,96</b>	1,47	<b>3,90</b>	1,29	231
Mat. e equipamento	<b>4,31</b>	1,20	<b>3,88</b>	1,15	<b>4,09</b>	1,54	<b>4,03</b>	1,23	232
Ambiente saudável	<b>1,73</b>	1,30	<b>4,49</b>	1,25	-	-	<b>3,14</b>	1,38	233
Estresse	<b>3,29</b>	1,65	<b>3,52</b>	1,20	<b>3,34</b>	1,59	<b>2,32</b>	1,19	229

FONTE: Dados da pesquisa

Quanto a Condições de Trabalho, a opinião dos enfermeiros encontra-se em grau intermediário de satisfação e insatisfação.

Há maior insatisfação em relação a *Carga de trabalho* em oposição a *Material e equipamento*, de maior satisfação. Em nível intermediário, apresentam-se *Ambiente saudável*, *Estresse*, *Jornada de trabalho* e, por fim, *Ambiente físico*.

Analisando as questões relativas a *Carga de trabalho*, encontra-se maior insatisfação na falta de substituição em períodos de férias e licenças, no trabalho fatigante (bloco 1 e 2).

Um ponto de satisfação refere-se a *Material e equipamento*, recebidos em quantidade e qualidade suficientes para o desempenho das atividades.

No nível intermediário, estão as demais categorias.

Quanto à questão do *Ambiente saudável*, os pontos de maior insatisfação são risco de contrair doenças, incapacidades ou acidentes de trabalho (bloco 1). Já o ponto de satisfação diz respeito ao recebimento de material e equipamento de proteção para o desenvolvimento das atividades (bloco 2).

Em relação ao *Estresse*, o ponto crítico é em relação ao nível de estresse ao qual o profissional é submetido (bloco 4).

Analisando os blocos relativos a *Jornada de trabalho*, verifica-se que o ponto que indica a maior média de insatisfação decorre das jornadas serem cansativas (bloco 2), enquanto o ponto positivo, segundo os enfermeiros, situa-se na compatibilidade entre as tarefas diárias e o atual período de trabalho (bloco 3).

Quanto ao *Ambiente físico*, os enfermeiros destacam as condições físicas do local de trabalho, fator que facilita o desempenho das atividades.

Em síntese, no nível intermediário, destacam-se, *Ambiente saudável* e *Estresse* com tendência à insatisfação; enquanto *Jornada de trabalho* e *Ambiente físico* tendem à satisfação.

Conforme o resultado do desvio padrão, evidencia-se que os critérios possuem a mesma dispersão de respostas.

Na Tabela 22, encontram-se os resultados da Categoria **Uso e Desenvolvimento de Capacidades**.

**TABELA 22 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES**

(escala: 1 a 6)

Critérios	Blocos								
	1		2		3		4		N
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Autonomia	3,11	1,43	4,06	1,34	4,24	1,38	3,90	1,13	229
Significado tarefa	4,95	1,44	4,11	1,70	4,89	1,42	-	--	232
Identidade tarefa	2,70	1,51	4,73	0,80	4,60	1,39	-	-	231
Var. Habilidade	2,52	1,38	5,30	0,73	5,58	0,94	4,09	1,27	231
Retroinformação	3,96	1,66	3,79	1,33	--	-	3,79	1,32	232

FONTE: Dados da pesquisa

Os resultados revelam um índice positivo de Qualidade de Vida no Trabalho em relação a **Uso e Desenvolvimento de Capacidades**.

A nível de satisfação, situa-se, em grau crescente, *Identidade da tarefa*, *Variedade da habilidade* e *Significado da tarefa*.

No nível intermediário superior, encontram-se os critérios de *Autonomia* e *Retroinformação*.

Os pontos de insatisfação estariam ligados às tarefas repetitivas (*Variedade da habilidade* bloco 1) e ao trabalho que não aparece (*Identidade da tarefa* bloco 1).

Esses critérios demonstram que o profissional enfermeiro estudado não está insatisfeito com o seu "fazer" nem com o trabalho em "si". Pelo contrário, o trabalho tem significado para ele. É um profissional que tem autoridade de decisão (*Autonomia* bloco 2) e liberdade de ação (*Autonomia* bloco 3), vê seu trabalho como um todo (*Identidade da tarefa* blocos 2 e 3), realiza tarefas complexas e de alto nível que exigem conhecimento (*Variedade da habilidade* bloco 2 e 3), realiza e recebe um "feedback" do seu desempenho (*Retroinformação* bloco 1, 2 e 3). Esse é, efetivamente, um dos resultados mais importantes do trabalho.

As respostas obtidas, conforme o desvio padrão, revelam uma coesão de opinião entre os enfermeiros para os critérios de *Identidade de tarefa* e *Variedade da habilidade*. Para os demais critérios ocorre uma homogeneidade de dispersão nas respostas.

A Tabela 23 mostra os resultados da Categoria **Oportunidade de Crescimento e Segurança**.

**TABELA 23 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA**

(escala: 1 a 6)

Critérios	Blocos								
	1		2		3		4		N
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Possib. de carreira	<b>1,90</b>	1,28	<b>3,50</b>	1,43	-	-	<b>2,71</b>	1,42	228
Crescimento pessoal	<b>3,85</b>	1,48	-	-	<b>4,04</b>	1,49	<b>2,89</b>	1,49	230
Segurança emprego	<b>3,07</b>	1,56	<b>3,58</b>	1,44	<b>4,46</b>	1,52	<b>3,53</b>	1,34	230

FONTE: Dados da pesquisa

Nessa Categoria, o grau de maior insatisfação decorre das *Possibilidades de carreira* dentro da Instituição, mais especificamente em relação ao plano de carreira (bloco 1) e ascensão nos diferentes níveis de hierarquia (bloco 4).

No grau intermediário, encontram-se as questões do *Crescimento pessoal*, com pontos positivos à oportunidade de enfrentar novos desafios (bloco 3) e negativos aos incentivos dados pela instituição para o crescimento e desenvolvimento pessoal (bloco 4); e de *Estabilidade no emprego*.

As respostas obtidas demonstraram a mesma diversidade de opiniões conforme o desvio padrão.

Na Tabela 24, estão os dados referentes a Categoria **Integração Social na Instituição**.

**TABELA 24 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO**

(escala: 1 a 6)

Critérios	Blocos								
	1		2		3		4		N
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Ig. de oportunidades	-	-	<b>2,32</b>	1,05	<b>3,58</b>	1,79	<b>3,03</b>	1,41	231
Relacionamento	<b>3,99</b>	1,45	<b>4,65</b>	1,10	<b>3,94</b>	1,51	<b>4,55</b>	1,00	232
Senso comunitário	<b>3,55</b>	1,48	<b>3,45</b>	1,21	-	-	<b>3,78</b>	1,34	231

FONTE: Dados da pesquisa

Nessa Categoria, há insatisfação com *Igualdade de oportunidades*, ressaltando-se a diferenciação de tratamento conforme o cargo (bloco 2).

No nível intermediário de satisfação, está o *Senso comunitário*, tendendo para satisfação em relação ao funcionamento das equipes.

Quanto a *Relacionamento* com chefia (bloco 2), equipe (bloco 1) e possibilidade de relacionamento com outras pessoas (bloco 3), os enfermeiros estão satisfeitos.

Observando o desvio padrão, nota-se uma dispersão homogênea de opiniões entre os critérios.

A Tabela 25 traz os dados relativos à Categoria **Constitucionalismo**.

**TABELA 25 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA CONSTITUCIONALISMO**

(escala: 1 a 6)

Critérios	Blocos								N
	1		2		3		4		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Dir. trabalhistas	<b>3,77</b>	1,59	-	-	<b>2,67</b>	1,52	<b>3,88</b>	1,32	232
Privacidade pessoal	<b>3,28</b>	1,73	<b>4,96</b>	1,13	-	-	<b>4,25</b>	1,28	231
Liberdade de expressão	<b>3,38</b>	1,55	<b>4,43</b>	1,26	<b>4,30</b>	1,42	<b>3,46</b>	1,33	231
Normas e rotinas	<b>2,65</b>	1,37	<b>3,06</b>	1,21	<b>2,70</b>	1,53	<b>3,38</b>	1,23	229

FONTE: Dados da pesquisa

Os enfermeiros vêem a instituição com excesso de *Normas e rotinas* (bloco 3), "burocratizada" (bloco 1), dificultando o desenvolvimento do seus trabalhos (bloco 2 e 4).

No grau intermediário de satisfação, encontram-se os indicadores relativos a *Direitos trabalhistas* e *Liberdade de expressão*.

Os enfermeiros demonstram satisfação quanto à *Privacidade pessoal* dada pela instituição.

Os critérios possuem uma dispersão homogênea de opiniões, conforme o desvio padrão.

Na Tabela 26, encontra-se a Categoria **Trabalho e Espaço Total de Vida**.

**TABELA 26 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA**

(escala: 1 a 6)

Critérios	Blocos								
	1		2		3		4		N
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Papel bal. trabalho	<b>1,67</b>	1,34	-	-	<b>2,62</b>	1,68	<b>3,27</b>	1,44	230
Horário ent./saída	<b>3,67</b>	1,55	<b>3,30</b>	1,49	<b>2,98</b>	1,76	<b>3,63</b>	1,47	231

FONTE: Dados da pesquisa

O *Trabalho e Espaço Total de Vida* é uma das Categoria da Qualidade de Vida no Trabalho dos enfermeiros de maior grau de insatisfação.

A maior insatisfação situa-se no *Papel balanceado no trabalho* devido a trabalho nos fins de semana e feriados (bloco 1), trocas no horário de trabalho e substituições (bloco 3), dificultando o tempo disponível para família e lazer.

O Horário de *entrada e saída* do trabalho, quanto a grau de satisfação, está numa posição intermediária.

As respostas apresentam a mesma diversidade de opiniões conforme o desvio padrão.

A Tabela 27 diz respeito à Categoria **Relevância Social da Vida no Trabalho**.

**TABELA 27 MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS RESPOSTAS OBTIDAS NOS DIVERSOS BLOCOS COMPONENTES DA CATEGORIA RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO**

(escala: 1 a 6)

Critérios	Blocos								
	1		2		3		4		N
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Imagem instituição	-	-	<b>4,61</b>	1,14	<b>4,91</b>	1,17	<b>4,87</b>	0,83	226
Resp. social instituição	<b>4,41</b>	1,25	<b>4,27</b>	0,99	-	-	<b>3,66</b>	1,22	232
Resp. pelos serviços	<b>3,99</b>	1,51	<b>4,45</b>	1,14	-	-	<b>4,11</b>	1,30	230
Resp. pelos empregados	-	-	<b>4,11</b>	1,19	<b>2,88</b>	1,54	<b>2,52</b>	1,29	230

FONTE: Dados da pesquisa

Observa-se um grau de satisfação dos enfermeiros em relação a essa Categoria. A organização estudada é uma instituição universitária de excelência e referência. Com isso acredita-se que, apesar da crise social e econômica do país, nela refletida, sua *Imagem* não foi afetada. Obteve-se aqui a média mais elevada de satisfação na população estudada.

Os critérios da *Responsabilidade social da instituição* e sua *Responsabilidade pelos serviços* também se encontram numa faixa de satisfação.

A *Responsabilidade pelos empregados* fica na faixa intermediária, refletindo a crise social econômica do país bem como as políticas de recursos humanos da instituição (bloco 3 e 4).

Os critérios *Imagem da instituição* e *Responsabilidade social da instituição* obtiveram opiniões mais coesas em relação aos outros dois critérios, conforme resultado do desvio padrão.

Cabe enfatizar que as análises estatísticas retratam um diagnóstico preliminar que oferece apenas uma visualização da percepção dos enfermeiros quanto a Qualidade de Vida no Trabalho. Com o cruzamento das variáveis demográficas e a consequente determinação dos estratos ocupacionais discriminantes, conforme posterior análise das hipóteses, é possível, num momento posterior, traduzir esses elementos em ações de Recursos Humanos para atender às necessidades dos enfermeiros e para reverter o quadro organizacional.

#### **4.2.2 Grau de Importância**

A Tabela 28 retrata os resultados obtidos na investigação da importância da QVT.

A percepção do grau de importância foi apreendida por meio de uma escala de intensidade de seis pontos, considerando o número 1 como nenhuma importância e o número 6 como total importância. Verifica-se, pelos valores médios, que os respondentes atribuem muita importância a 26 critérios pesquisados, 3 critérios (Senso Comunitário, Retroinformação e Jornada de trabalho) ficaram na faixa de moderada importância e 1 critério (Horário de entrada e saída) com alguma importância.

Isso demonstra que esses critérios são verdadeiramente valorizados pelos enfermeiros. A mensuração da percepção do enfermeiro sobre o nível de importância das variáveis pesquisadas é relevante para o estudo da Qualidade de Vida no Trabalho dos enfermeiros porque servirá de referência para a análise das ações administrativas.

Pode-se observar que os respondentes apresentam uma opinião mais coesa em relação aos critérios a nível de muita importância do que os 4 classificados abaixo desse nível.

**TABELA 28 MÉDIA, DESVIO PADRÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE QVT  
SEGUNDO O GRAU DE IMPORTÂNCIA**

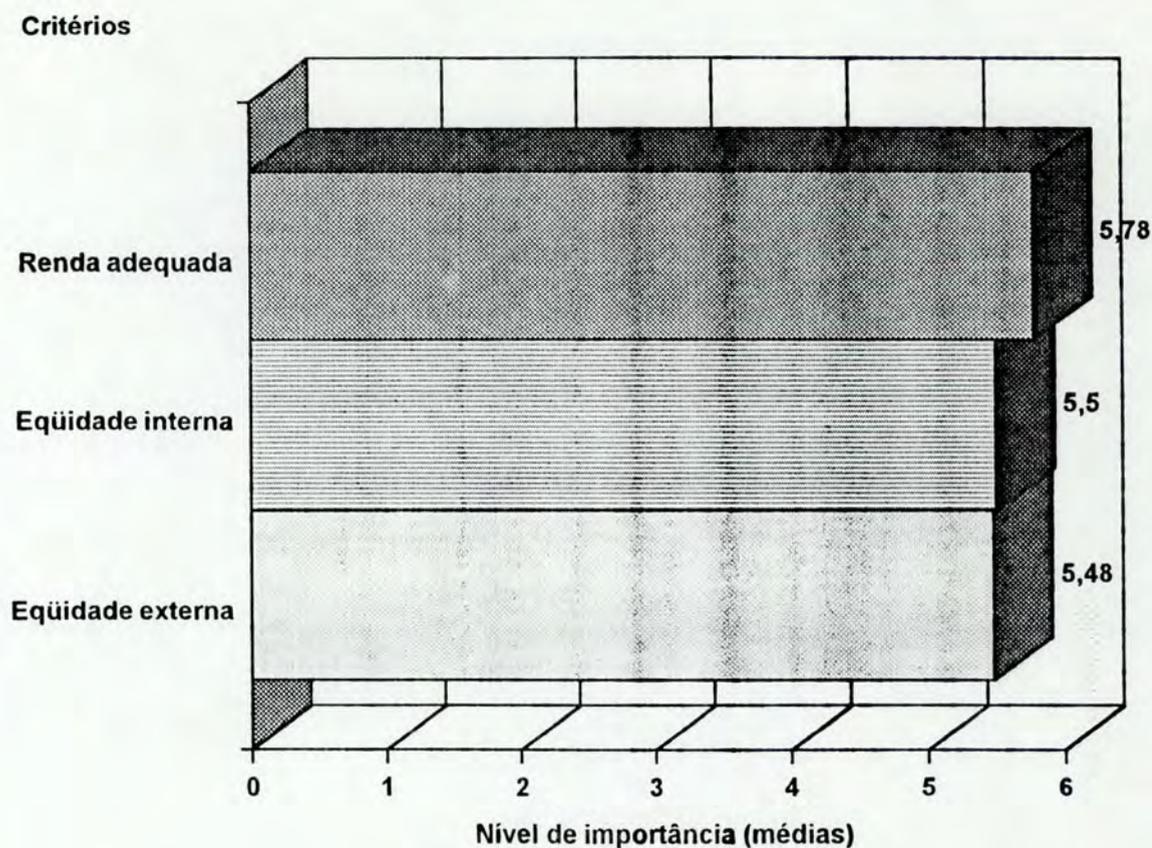
(escala: 1 a 6)

Categoria de QVT	Critérios pesquisados	Média	Classificação	Desvio padrão	N
7	Horário entrada/saída	3,95	alguma importância	1,55	233
2	Jornada	4,35	moderada importância	1,52	231
3	Retroinformação	4,75	importância	1,00	229
5	Senso comunitário	4,97		1,10	233
3	Variedade habilidade	5,15		0,83	233
3	Autonomia	5,20		0,78	230
5	Igualdade oportunidade	5,20		0,95	233
8	Imagem da instituição	5,22		0,81	230
8	Respons. social da inst.	5,27		0,84	233
2	Estresse	5,30	muita importância	0,85	230
3	Identidade da tarefa	5,32		0,78	233
2	Material equipamento	5,36		0,77	233
4	Possibilidade carreira	5,39		0,84	233
6	Normas e rotinas	5,39		0,74	229
8	Respons. pelos empregados	5,42		0,90	233
6	Liberdade de expressão	5,47		0,67	230
1	Renda adequada	5,48		1,00	233
1	Equidade interna	5,50		0,73	233
2	Ambiente físico	5,52		0,74	233
4	segurança do emprego	5,53		0,82	233
8	Respons. pelos serviços	5,53		0,60	230
2	Carga e trabalho	5,57		0,62	230
3	Significado tarefa	5,58		0,59	230
5	Relacionamento	5,58		0,59	233
7	Papel balanceado no trab.	5,59		0,68	232
6	Privacidade pessoal	5,60		0,64	230
4	Crescimento pessoal	5,63		0,62	232
2	Ambiente saudável	5,66		0,61	231
6	Direitos trabalhistas	5,71		0,56	233
1	Equidade externa	5,78		0,61	233

FONTE: Dados da pesquisa.

Em relação ao grau de importância, convém ressaltar que não foi possível agregar os critérios em Categorias, pois o teste de consistência interna não obteve índice de confiabilidade. Por esse motivo, a análise foi realizada exclusivamente a nível de critério.

Para auxiliar a comparação entre grau de importância e grau de satisfação, decidiu-se apresentar os gráficos (2 a 9) que mostram o nível de importância de cada critério dentro das Categorias.

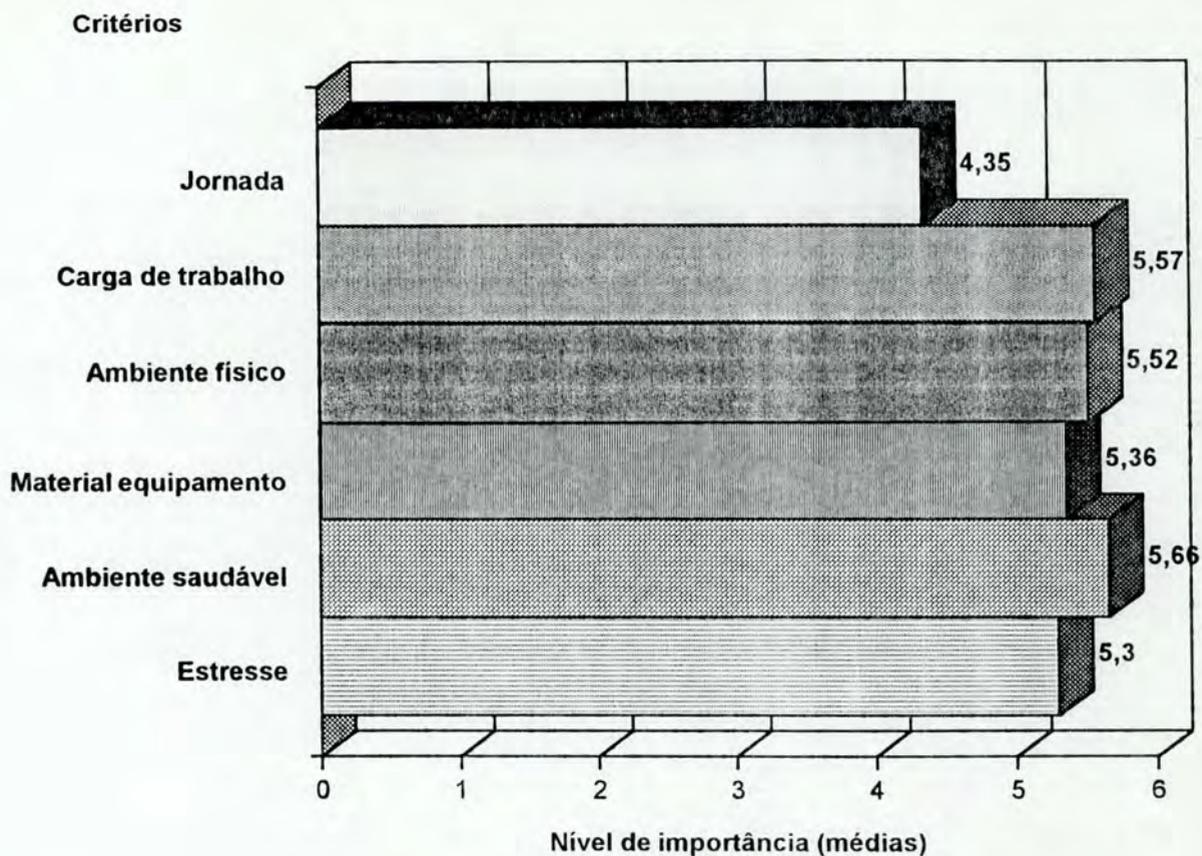


**GRÁFICO 2**

**GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA**

FONTE: Dados da pesquisa

Em relação aos critérios da Categoria **Compensação Justa e Adequada**, todos se encontram no grau de muita importância, em especial o critério Equidade externa. Isso demonstra a valorização dada pelo enfermeiro ao mercado de trabalho.

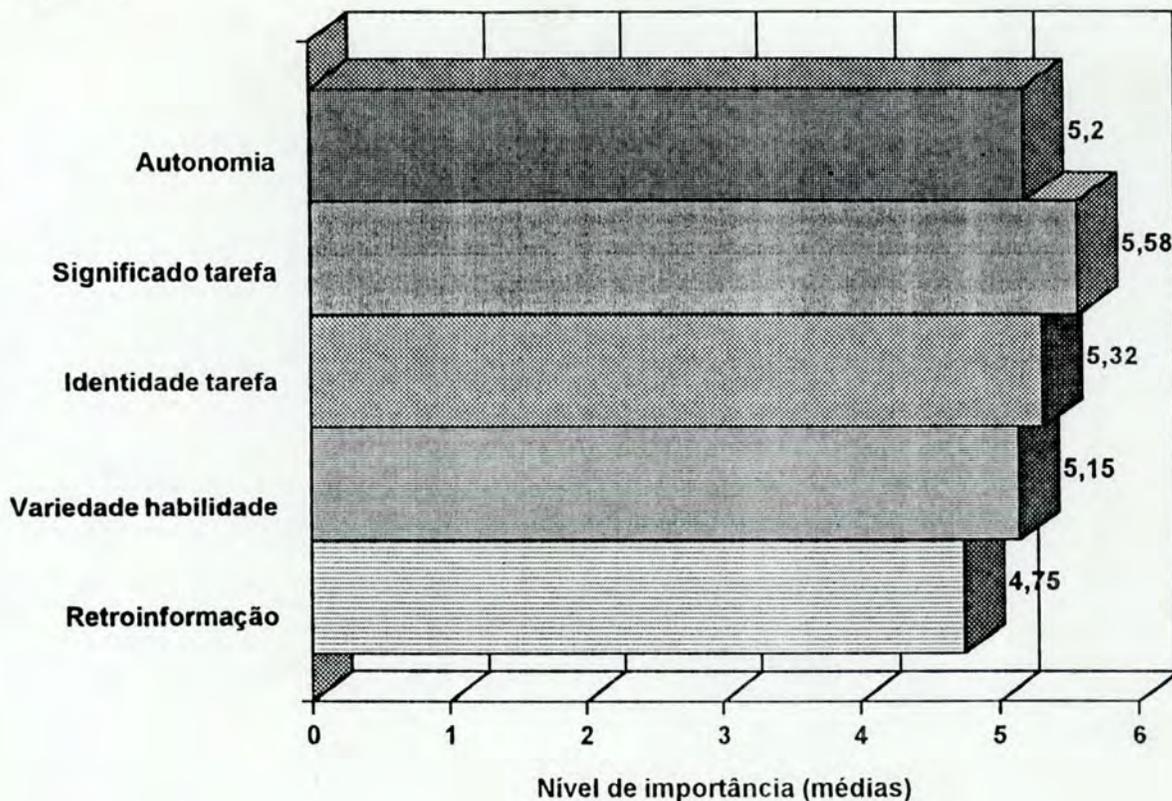


**GRÁFICO 3**  
**GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS**  
**CRITÉRIOS DE CONDIÇÕES DE TRABALHO**

FONTE: Dados da pesquisa

Em relação à Categoria **Condições de Trabalho**, encontram-se, em ordem decrescentes de importância, os critérios Ambiente saudável, Carga de trabalho, Ambiente físico, Material e equipamento, Estresse. O critério Jornada de trabalho mostra-se em nível de moderada importância. Esse último critério também apresentou, na análise do grau de satisfação, um nível intermediário, o que evidencia que a Jornada de trabalho não constitui, para o enfermeiro, peculiaridade significativa.

**Crítérios**

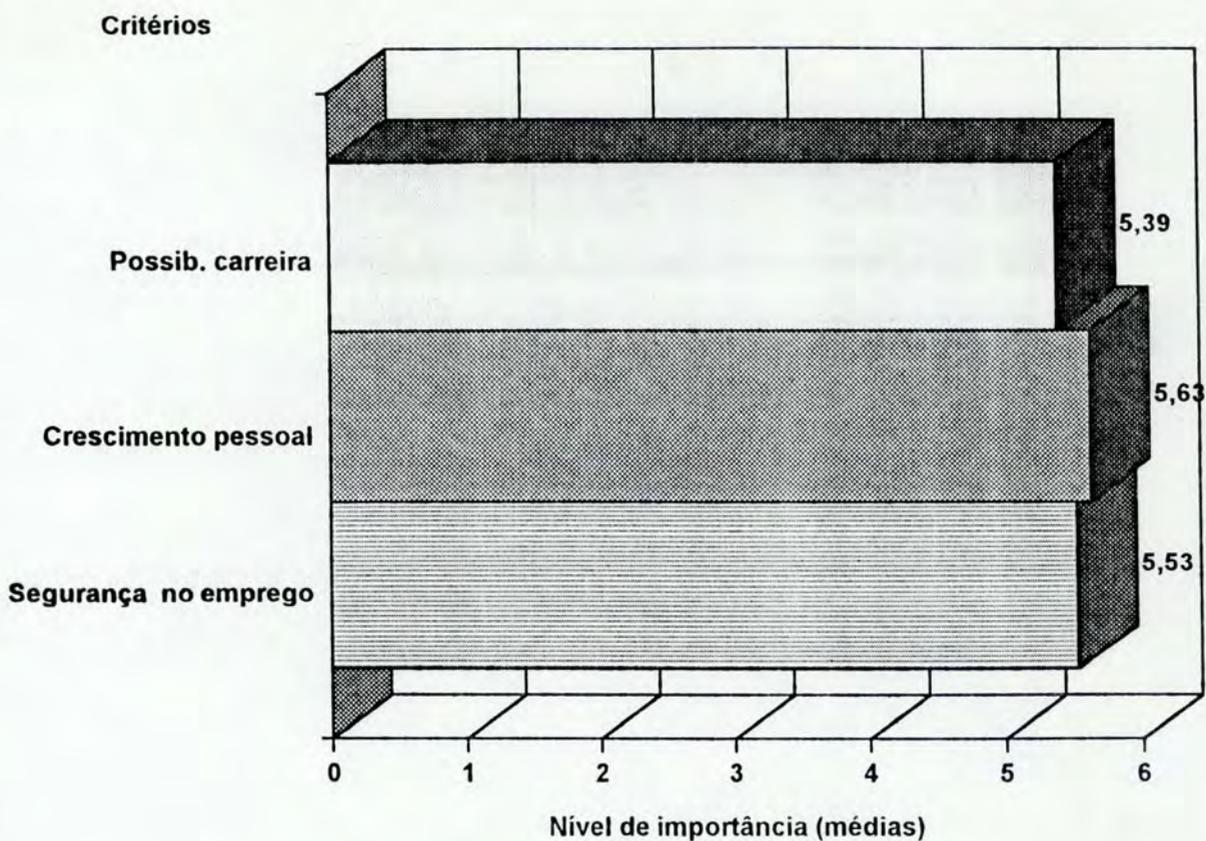


**GRÁFICO 4**

**GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DO  
USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES**

**FONTE:** Dados da pesquisa

Para a categoria **Uso e Desenvolvimento de Capacidades** os critérios distribuem-se da seguinte forma: em grau de muita importância está Significado da tarefa, depois Identidade da tarefa, Autonomia e Variedade da habilidade. O critério Retroinformação encontra-se em nível de moderada importância, demonstrando não ser tão relevante como os demais.



**GRÁFICO 5**

**GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA**

FONTE: Dados da pesquisa

Em relação à Categoria **Oportunidade de Crescimento e Segurança**, os critérios, em ordem decrescente, são, respectivamente, **Crescimento pessoal**, **Segurança no emprego** e **Possibilidade de carreira**. Todos os critérios estão a nível de muita importância para os enfermeiros.

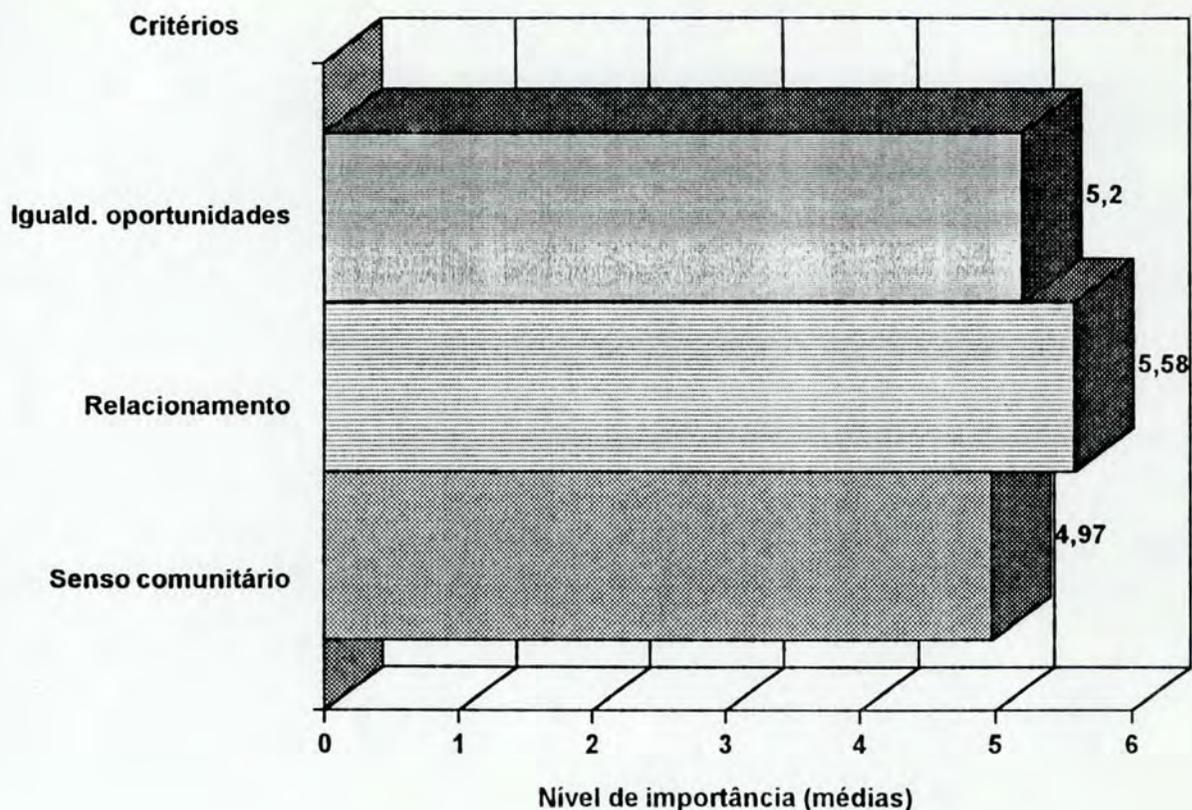
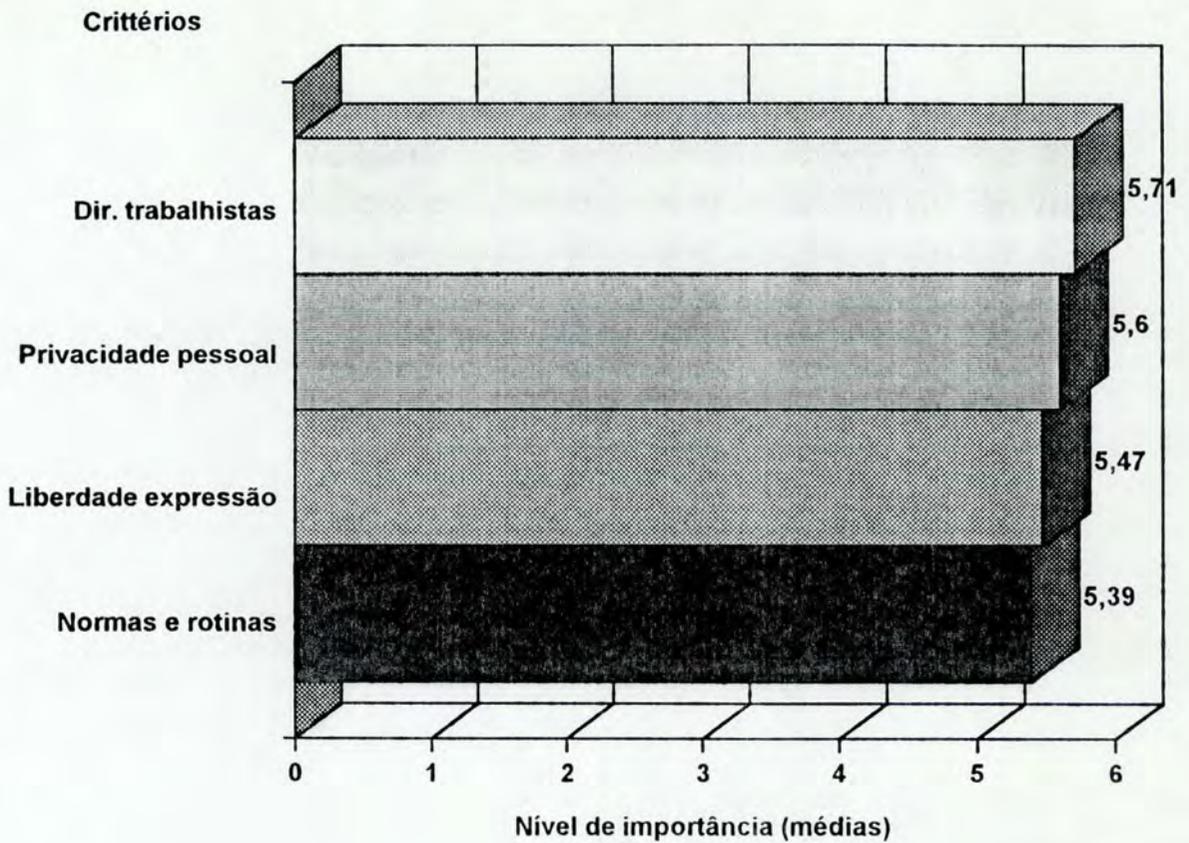


GRÁFICO 6

GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS DE INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

FONTE: Dados da pesquisa

Para a Categoria **Integração Social na Instituição**, os critérios de muita importância distribuem-se, respectivamente, em Relacionamento e Igualdade de Oportunidade. O critério Senso comunitário está identificado em nível de moderada importância, evidenciando sua menor relevância por parte do enfermeiro.

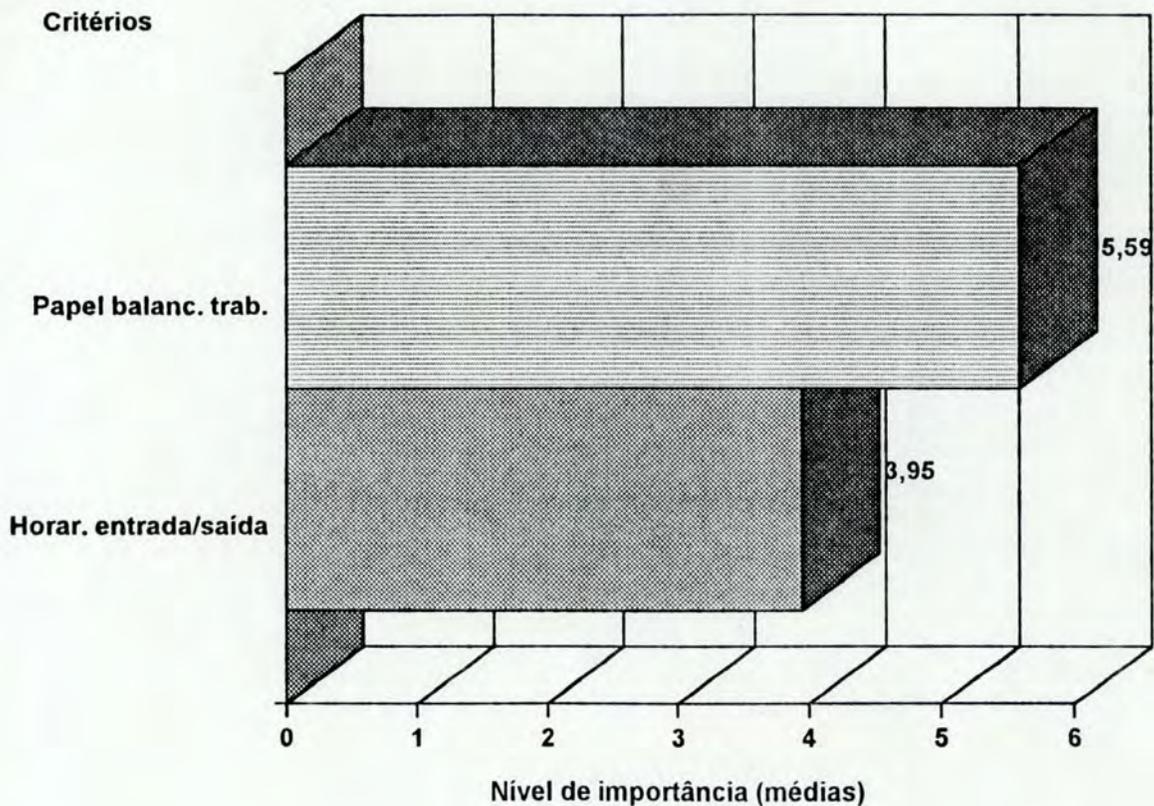


**GRÁFICO 7**

**GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS  
CRITÉRIOS DE CONSTITUCIONALISMO**

**FONTE:** Dados da pesquisa

Quanto à Categoria **Constitucionalismo**, os critérios, em ordem decrescente, estão assim distribuídos: Direitos trabalhistas, Privacidade pessoal, Liberdade de expressão e Normas e rotinas. Todos os critérios são considerados de muita importância.



**GRÁFICO 8**

**GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS  
DE TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA**

FONTE: Dados da pesquisa

Em relação à Categoria Trabalho e Espaço Total de Vida, o critério Papel balanceado no trabalho foi considerado como muito importante, enquanto o critério Horário de entrada/saída ficou em nível de alguma importância, demonstrando não ser tão relevante.

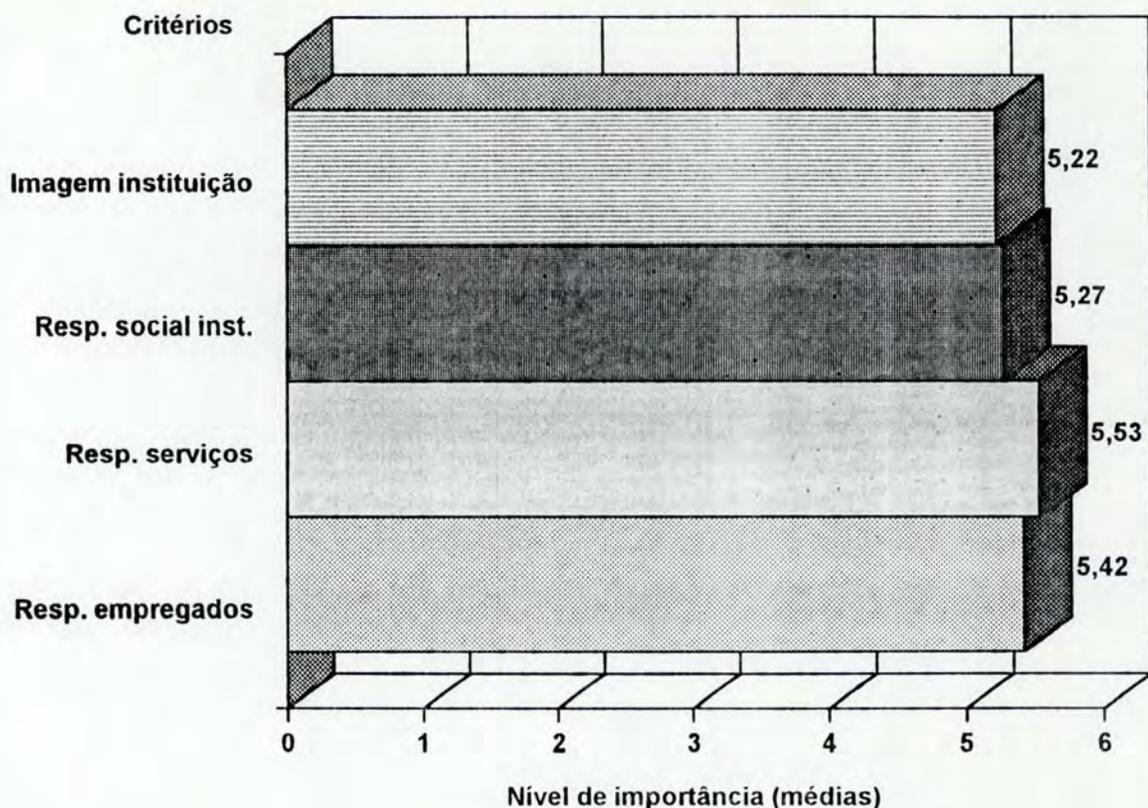


GRÁFICO 9

GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS CRITÉRIOS  
DE RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO

FONTE: Dados da pesquisa

Para a Categoria **Relevância Social da Vida no Trabalho**, os critérios assim se distribuem em ordem decrescente: Responsabilidade pelos serviços, Responsabilidade pelos empregados, Responsabilidade social da instituição e Imagem da instituição. Para os enfermeiros todos os critérios desta categoria enquadram-se em nível de muita importância.

### 4.3 TESTAGEM DAS HIPÓTESES

Neste tópico, analisa-se a percepção dos enfermeiros quanto a sua QVT em relação às variáveis demográficas de pesquisa. Tendo em vista a possibilidade de haver diferenças estatisticamente significativas, cada um dos componentes é analisado em função das variáveis de segmentação, de modo a identificar elementos diferenciadores, que devem ser considerados na Qualidade de Vida no Trabalho de tais profissionais.

Convém lembrar que a utilização de variáveis agregadas, conforme explicitado anteriormente, gerou escalas intervalares para a mensuração do sentimento de satisfação, possibilitando, com isso, o uso do testes estatísticos paramétricos.

A esquematização das técnicas estatísticas empregadas para a verificação da hipótese encontra-se no Quadro 5. Os testes foram diferenciados pelo número de Categorias da variável demográfica utilizada no cruzamento, o que definiu os grupos independentes para os testes de significância das distribuições amostrais. Algumas variáveis demográficas apresentaram, nas Categorias, baixas frequências (instrução, cargo, faixa salarial e renda familiar), sendo necessário agrupá-las para elevar a significância dos resultados<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup>As variáveis demográficas Sexo e Número de empregos deixaram de ser analisadas: a primeira, porque, na população estudada, somente quatro pessoas eram do sexo masculino, não sendo possível realizar testes estatísticos; e a segunda, porque a questão ficou prejudicada por erro de formulação e de interpretação.

**QUADRO 5**  
**ESQUEMATIZAÇÃO DOS TESTES PARAMÉTRICOS**

VARIÁVEL DEMOGRÁFICA	CATEGORIAS	TESTE PARAMÉTRICOS	Ho
Idade	Nível de mensuração intervalar	Coef. Correlação de Pearson "r"	$\rho = 0$
Número de Dependentes	Nível de mensuração intervalar	Coef. Correlação de Pearson "r:"	$\rho = 0$
Instrução	Graduação Especialização ou mestrado incompleto	Teste t de Student	$\mu_1 = \mu_2$
Tempo de Graduação	Nível de mensuração intervalar	Coef. Correlação de Pearson "r"	$\rho = 0$
Tempo de Instituição	Nível de mensuração intervalar	Coef. Correlação de Pearson "r"	$\rho = 0$
Cargo	Enf. Unidade Enf. Chefe Unidade	Test t de Student	$\mu_1 = \mu_2$
Estado Civil	Solteiro Casado Desquitado ou viúvo ou separado	Análise de variância (ANOVA)*	$\mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_n$
Turno de Trabalho	Manhã Tarde Noite Variável Manhã e Tarde	Análise de variância (ANOVA)*	$\mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_n$
Local de Trabalho	Unidade Aberta Unidade Fechada Unidade Diagnóstica Unidade Ambulatorial Supervisão	Análise de variância (ANOVA)*	$\mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_n$
Faixa Salarial	De 5 a 7 s. mín De 11 a 19 s. mín. De 20 a 32 s. mín > de 32 s. mín.	Análise de variância (ANOVA)*	$\mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_n$
Renda Familiar	De 5 a 10 sal. mín. De 11 a 19 sal. mín. De 20 a 32 sal. mín > de 32 sal. mín.	Análise de variância (ANOVA)*	$\mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_n$
Sindicato	Associado Não associado	Test t de Student	$\mu_1 = \mu_2$
ABEn	Associado Não associado	Test t de Student	$\mu_1 = \mu_2$
Associação dos Enfermeiros da Instituição	Associado Não associado	Test t de Student	$\mu_1 = \mu_2$
Outra Associação	Associado Não associado	Test t de Student	$\mu_1 = \mu_2$

\* Foi realizado o teste Kruskal-Wallis sempre que o resultado do teste Cochran demonstrou variâncias diferentes, não sendo possível aplicar o teste de análise de variâncias.

As variáveis demográficas **idade, número de dependentes, tempo de graduação e tempo de serviço** foram submetidas ao teste de correlação "r" de Pearson com objetivo de determinar a força do relacionameto entre duas variáveis contínuas. O coeficiente de correlação varia de -1,00 a + 1,00, a correlação positiva indica que variam na mesma direção e a correlação negativa em direções opostas. Estatisticamente as variáveis são independentes quando o coeficiente de correlação é zero (Stevenson, 1981).

As variáveis demográficas **estado civil, turno de trabalho, local de trabalho, faixa salarial e renda familiar** foram submetidas ao teste de análise de variância, (ANOVA) para verificar se as médias de mais de duas populações são iguais. Para aplicar a análise de variância são necessários três requisitos básicos: as amostras devem ser aleatórias e independentes; devem ser extraídas de populações normais e devem ter variâncias iguais. Para verificar se as variâncias eram iguais, foram realizados os testes de Coohran C e Bartlett, disponíveis no pacote "Statgraphics-Statistical Graphics System". Quando verificado que as variâncias eram diferentes, foi realizado, ao invés do teste de análise de variância, o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis que exige somente a distribuição contínua da variável básica e emprega postos ao invés de mensurações (Stevenson, 1981; Siegel, 1975).

O teste t de Student, (Stevenson, 1981), cujo objetivo é verificar se a média de duas populações é igual, foi realizado nas variáveis demográficas **instrução, cargo e participação em entidades de classe** (Sindicato, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação dos enfermeiros da instituição e outras associações).

O quadro 6 apresenta a síntese dos testes realizados para cruzamento das variáveis demográficas e do grau de satisfação da QVT. Todos os testes estatísticos foram realizados com nível de significância igual a 5%. A aceitação da hipótese nula é representada por "NS" (não significativo) e a rejeição da hipótese nula, por "S" (significativo).

QUADRO 6

SUMÁRIO DA SIGNIFICÂNCIA DOS CRUZAMENTOS ENTRE O GRAU DE  
SATISFAÇÃO DA QVT E AS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS CATEGORIAS	I	E.C	N.D.	INS	T.G.	T.S.	C	T.T.	L.T.	F.S.	R.F.	SIN	ABEn	A	O
1 Compensação Justa e Adequada	S	NS	NS	NS	S	S	S	S	S	S	NS	NS	NS	NS	NS
2 Condições de Trabalho	S	NS	NS	NS	S	S	NS	S	S	NS	NS	NS	NS	NS	NS
3 Uso e Desenv. Capacidades	NS	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	S	S	NS	NS	NS	NS	NS
4 Oport. de Cresc. e Segurança	NS	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS	NS
5 Integração Social na Instituição	S	NS	NS	NS	S	S	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS	NS
6 Constitucionalismo	S	NS	NS	NS	S	S	S	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS	NS
7 Trabalho e Espaço Total de Vida	S	NS	S	NS	S	S	NS	S	S	NS	NS	NS	NS	NS	NS
8 Relevância Social Vida Trabalho	S	NS	NS	NS	S	S	NS	NS	S	S	NS	NS	NS	S	NS

LEGENDA:

- I = Idade  
 E.C. = Estado Civil  
 N.D. = Número de dependentes  
 INS = Instrução  
 T.G. = Tempo de graduação  
 T.S. = Tempo de serviço  
 C = Cargo  
 T.T. = Turno de trabalho  
 L.T. = Local de trabalho  
 F.S. = Faixa salarial  
 R.F. = Renda familiar  
 SIN = Sindicato  
 ABEn = Associação Brasileira de Enfermagem  
 A = Associação dos Enfermeiros da Instituição  
 O = Outras Associações de classe  
  
 NS = Não significativo (aceitação da hipótese nula)  
 S = Significativo (rejeição da hipótese nula)

Após esses esclarecimentos, passou-se à etapa da testagem das hipóteses.

**Hipótese<sub>0,1</sub>** A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR EM RELAÇÃO À COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO ESTUDADA NÃO ESTÁ ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DE PESQUISA

A Categoria **Compensação Justa e Adequada**, em relação à *idade* dos respondentes, demonstrou uma correlação positiva ( $r = 0,22$  para um nível de significância  $< 0,05$ ), isto é, com o aumento da idade dos enfermeiros cresce o nível de satisfação da QVT. O mesmo ocorre em relação ao *tempo de graduação* e *tempo de serviço* que também apresentaram uma correlação positiva ( $r = 0,23$  e  $0,17$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) com o grau de satisfação de QVT dos enfermeiros. Isso demonstra que, quanto mais velhos e experientes os enfermeiros, diminui o seu grau de insatisfação em relação a essa Categoria.

Em relação ao *cargo*, na Tabela 29, observa-se, através do Teste t de Student, que os enfermeiros com *cargo* de chefia estão menos insatisfeitos em relação aos enfermeiros de unidade. Isso ocorre, possivelmente, pelo fato de o salário das chefias ser mais alto do que o dos enfermeiros de unidade, já que essa variável não afeta a maioria das outras Categorias.

**TABELA 29** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA E CARGO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)			
Cargo	N	Média	Grupos homogêneos <sup>20</sup>
Enfermeiros de Unidade	191	2,09	*
Enfermeiros chefes	32	2,42	*

FONTE: Dados da Pesquisa

Observação:  $t = 2,86$

Nível de significância =  $0,046$

<sup>20</sup> Nas Tabelas 29 a 46, os asteriscos dispostos no mesmo eixo vertical indicam que não existe diferença significativa entre as médias; quando dispostos em eixo vertical distinto, indicam existência de diferença.

A variável *turno de trabalho* apresentou, no teste de Cochran, o valor de 0,39 com um  $P = 0,000041$  significando que as variâncias não são homogêneas, o que não permitiu realizar o teste de análise de variância e sim o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. A Tabela 30 evidenciou maior grau de insatisfação entre os enfermeiros que trabalham nos turnos manhã e manhã e tarde. Os menos insatisfeitos são os do turno variável.

**TABELA 30** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA E TURNO DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Turno	N	Média	Grupos homogêneos	
Manhã	55	1,97	*	
Manhã e tarde	14	2,07	*	*
Noite	83	2,12		*
Tarde	59	2,22		*
Variável	12	2,72		*

FONTE: Dados da Pesquisa

Observação: K-W = 9,52

Nível de significância = 0,04

Também não foi possível realizar o teste de análise de variância para *local de trabalho*, devido ao teste de Cochran ter apresentado valor 0,36 e  $P = 0,00053$ , significando que as variâncias não são iguais. Desse modo, foi realizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. A Tabela 31 demonstra que os enfermeiros da unidade ambulatorial são os mais insatisfeitos e os supervisores, os menos insatisfeitos.

**TABELA 31** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Local de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos
U. Ambulatorial	14	1,83	*
U. Aberta	95	2,08	*
U. Fechada	102	2,16	* *
U. Diagnóstico	8	2,42	*
Supervisão	4	3,70	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: K-W = 16,64

Nível de significância= 0,00226

A última variável demográfica que influencia significativamente essa Categoria é *faixa salarial*. Também não foi possível realizar o teste de análise de variância por não ter variâncias iguais, segundo o teste Cochran que obteve o valor 0,44 e  $P = 0,034$ . Por isso, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis. Observa-se, na Tabela 32, que os enfermeiros da faixa salarial de mais de 10 salários mínimos estão mais satisfeitos que os enfermeiros das duas primeiras faixas. Comprova-se também que não há diferença estatisticamente significativa entre a primeira e a segunda faixa. Feito um cruzamento da variável faixa salarial com as variáveis *cargo*, *turno de trabalho* e *local de trabalho*, com objetivo de verificar os extratos de menor insatisfação por faixa salarial, observou-se que 74,2% das chefias, 53,8% do turno variável e 80% da supervisão localizavam-se na faixa de mais de dez salários mínimos. Pode-se inferir, portanto, que, quanto maior o salário, maior é a satisfação dos enfermeiros quanto a Compensação Justa e Adequada.

**TABELA 32** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA E FAIXA SALARIAL: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Faixa Salarial	N	Média	Grupos homogêneos
de 08 a 10 salários	102	2,08	*
de 05 a 07 salários	72	2,09	*
mais de 10 salários	41	2,41	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: K-W = 6,92

Nível de significância= 0,03

Quanto às variáveis *estado civil, número de dependentes, instrução, renda familiar e participação em entidades de classe*, foram realizados os testes estatísticos, conforme o Quadro 5, e todas apresentaram resultado não significativo, isto é, não houve diferença entre as médias dos grupos estudados. Logo, aceita-se a hipótese nula de que as variáveis demográficas não estão associadas à Categoria.

A Categoria **Compensação Justa e Adequada** rejeita a hipótese nula em relação às variáveis demográficas *idade, tempo de graduação, tempo de admissão, cargo, turno de trabalho, local de trabalho e faixa salarial*. Além disso, demonstra ser a Categoria que sofre influências de um maior número de variáveis demográficas, assim como apresenta o maior índice de insatisfação entre as Categorias. Em síntese, pode-se inferir que, quanto maior a idade, o tempo de graduação, tempo de serviço, nível hierárquico e remuneração, no turno variável e na supervisão, menor é a insatisfação quanto à Categoria.

**Hipótese<sub>0,2</sub> A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO ESTUDADA NÃO ESTÁ ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DE PESQUISA**

A Categoria **Condições de Trabalho** apresenta uma correlação positiva ( $r = 0,16$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) no item *idade* dos respondentes, significando que, com aumento da *idade*, diminui o grau de insatisfação na Categoria.

O *tempo de graduação* apresenta uma correlação populacional positiva ( $r = 0,14$  para um nível de significância  $< 0,05$ ). Assim, à medida que aumenta o tempo de formatura, diminui o grau de insatisfação na referida Categoria.

O mesmo se observa em relação ao *tempo de serviço* que também apresenta uma correlação positiva ( $r = 0,10$  para um nível de significância  $< 0,05$ ). Quanto maior o *tempo de serviço*, menor é o grau de insatisfação dos enfermeiros em relação a sua QVT.

Nessa Categoria, pode-se inferir que, quanto mais velhos e experientes, menos insatisfeitos são os enfermeiros.

Em relação ao *turno de trabalho*, não foi possível realizar o teste de análise de variância, porque o resultado do teste Cochran de valor 0,30 e  $P = 0,021$  significa que não há homogeneidade de variâncias, por isso foi realizado o teste Kruskal-Wallis. Os dados da Tabela 33 demonstram que os enfermeiros dos turnos da manhã e da manhã e tarde são os mais insatisfeitos e os do turno variável e noite, os mais satisfeitos.

**TABELA 33** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA CONDIÇÕES DE TRABALHO E TURNO DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Turno de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos
Manhã	54	3,20	*
Manhã e tarde	14	3,47	* *
Tarde	59	3,48	* *
Noite	84	3,59	* * *
Variável	12	3,84	* *

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: K-W= 14,99

Nível de significância = 0,0047

Para demonstrar o relacionamento entre essa Categoria e o *local de trabalho* foi realizado o teste de análise de variância demonstrando que, nas unidades abertas, encontra-se o maior grau de insatisfação e, na supervisão, a maior satisfação, segundo Tabela 34. Observa-se que para essa Categoria os enfermeiros da unidade ambulatorial encontram-se satisfeitos.

**TABELA 34** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA CONDIÇÕES DE TRABALHO E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Local de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos
U. Aberta	96	3,28	*
U. Fechada	101	3,52	*
U. Ambulatorial	13	3,82	*
U. Diagnóstico	8	3,89	*
Supervisão	5	4,63	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: F = 7,29

Nível de significância= 0,000093

Pode-se inferir que os enfermeiros das unidades abertas, no turno da manhã, que encontram-se mais insatisfeitos em relação às Condições de Trabalho. Analisando aprofundadamente os critérios que compõem essa Categoria, observa-se que Carga de trabalho é o ponto de maior insatisfação.

Em relação a *estado cívil, número de dependentes, instrução, cargo, faixa salarial, renda familiar e participação em entidades de classe*, após realização dos testes estatísticos, conforme o Quadro 5, não se observou discriminação para a Categoria, desse modo, aceita-se a hipótese nula.

Para as demais já relacionadas, *idade, tempo de graduação e serviço, turno e local de trabalho* rejeita-se a hipótese nula, pois elas interferem no grau de satisfação da Categoria.

Em síntese, quanto maior a idade, tempo de graduação e tempo de serviço, turno: variável e local: supervisão, maior é a satisfação dos enfermeiros com a Categoria.

**Hipótese<sub>0,3</sub> A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR EM RELAÇÃO AO USO E DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO ESTUDADA NÃO ESTÁ ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DE PESQUISA**

A Categoria **Uso e Desenvolvimento das Capacidades** apresenta uma correlação positiva ( $r = 0,13$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) em relação à variável demográfica *tempo de serviço*. Os enfermeiros que estão há mais tempo na instituição são mais satisfeitos do que aqueles com menos tempo.

Para *local de trabalho* observa-se, através do teste de análise de variância, na Tabela 35, que os enfermeiros do ambulatório e das unidades abertas são os menos satisfeitos e os enfermeiros das trabalham nas unidades de diagnósticos são os mais satisfeitos em relação a essa Categoria.

**TABELA 35 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA USO E DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS**

(escala 1 a 6)

Local de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos	
U. Ambulatorial	13	3,84	*	
U. Aberta	95	4,06	*	
U. Fechada	102	4,17		*
Supervisão	5	4,23	*	*
U. Diagnóstico	8	4,68		*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: F = 3,58

Nível de significância = 0,0044

Analisando profundamente as questões de insatisfação nessa Categoria, foram ressaltados os critérios de Identidade da tarefa (resultados não aparecem com facilidade) e Variedade da habilidade (atividades repetitivas), podendo-se inferir que esses pontos afetam o trabalho do enfermeiro do ambulatório. Convém ressaltar também que essa Categoria possui o grau de maior satisfação para esse grupo de profissionais.

Verifica-se, na Tabela 36, que os resultados do teste de análise de variância demonstram que os enfermeiros de menor *faixa salarial* são os menos satisfeitos.

**TABELA 36** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA USO E DESENVOLVIMENTO DAS CAPACIDADES E FAIXA SALARIAL: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Faixa Salarial	N	Média	Grupos homogêneos
de 05 a 07 salários	74	3,83	*
de 08 a 10 salários	99	3,99	*
mais de 10 salários	41	4,07	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: F = 3,37

Nível de significância = 0,036

As variáveis demográficas *idade, estado civil, número de dependentes, instrução, tempo de graduação, cargo, turno de trabalho, renda familiar e participação em atividades de classe* foram submetidas aos testes estatístico, conforme Quadro 5. Verificou-se que para todas essas variáveis não houve diferença das médias. Assim, aceita-se a hipótese nula, pois não há relação destas variáveis com a Categoria. Por outro lado, rejeita-se a hipótese nula para as variáveis *tempo de serviço, local de trabalho e faixa salarial*, pois estão associadas à Categoria.

Em síntese, quanto maior o tempo de serviço, a faixa salarial e o local de trabalho: unidade diagnóstica, maior é a satisfação. A Categoria **Uso e Desenvolvimento das Capacidades** obteve maior grau de satisfação na QVT dos respondentes e é uma das que sofre menor número de associações em relação às variáveis demográficas.

**Hipótese<sub>0,4</sub>** A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR EM RELAÇÃO À OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO ESTUDADA NÃO ESTÁ ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DE PESQUISA

A Categoria **Oportunidade de Crescimento e Segurança** está associada ao grau de instrução dos enfermeiros. Na Tabela 37, apresentam-se os resultados do teste t de Student, indicando que os enfermeiros com apenas curso de graduação têm um sentimento maior de satisfação quanto a sua oportunidade de crescimento e segurança em relação aos enfermeiros pós-graduados. Pode-se inferir que as expectativas do profissional com pós-graduação aumentam em relação à Categoria.

**TABELA 37** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA E NÍVEL DE INSTRUÇÃO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Nível de Instrução	N	Média	Grupos homogêneos
Graduação	106	3,47	*
Pós-Graduação	115	3,21	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: t = 2,15

Nível de significância = 0,03

Quanto ao *local de trabalho*, não foi possível realizar o teste de análise de variância, pois as variâncias segundo o teste de Cochran de valor 0,30 e P = 0,039 não são iguais, sendo necessário optar pelo teste não-paramétrico Kruskal-Wallis. Os resultados, demonstrados na Tabela 38, evidenciam que os enfermeiros do ambulatório são os mais insatisfeitos, e os enfermeiros das unidades de diagnóstico e supervisão, os mais satisfeitos. Tentando fazer um

paralelo entre os resultados encontrados a nível de critérios da Categoria, observa-se que a maior insatisfação encontrada diz respeito às questões relativas ao plano de carreira e ascensão nos diferentes níveis hierárquicos.

**TABELA 38** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Local de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos
U. Ambulatorial	14	2,64	*
U. Aberta	94	3,23	*
U. Fechada	102	3,47	*
U. Diagnóstico	4	3,87	* *
Supervisão	8	3,93	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: K-W= 18,54

Nível de significância= 0,00097

As variáveis demográficas *idade, estado civil, número de dependentes, tempo de graduação, tempo de serviço, cargo, turno de trabalho, faixa salarial, renda familiar e participação em associações de classe*, após realização dos testes estatísticos, conforme Quadro 5, demonstraram não haver diferenças entre as médias dos grupos. Logo, aceita-se a hipótese nula para todas essas variáveis.

Essa Categoria também é a que menos sofre influência das variáveis demográficas, somente *instrução e local de trabalho* rejeitam a hipótese nula.

Em síntese, em relação à Categoria, os enfermeiros mais satisfeitos são os que têm somente curso de graduação e trabalham nas unidades de diagnóstico.

**Hipótese<sub>0,5</sub>** A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR EM RELAÇÃO À INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO ESTUDADA NÃO ESTÁ ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DE PESQUISA

A Categoria **Integração Social na Instituição** apresenta, quanto à *idade* dos respondentes, uma correlação positiva ( $r = 0,11$  para um nível de significância  $< 0,05$ ). Quanto maior a idade, maior o grau de satisfação.

O *tempo de graduação* apresenta correlação positiva ( $r = 0,10$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) com a Categoria. À medida que aumenta o tempo de graduação, aumenta o grau de satisfação.

O mesmo ocorre em relação ao *tempo de serviço* que também possui uma correlação positiva ( $r = 0,13$  para um nível de significância de  $0,05$ ).

Para essa Categoria também se pode inferir que os enfermeiros mais insatisfeitos são os mais jovens e menos experientes, e os mais satisfeitos são os mais velhos e mais experientes.

Quanto ao *local de trabalho*, observa-se, na Tabela 39, que os enfermeiros do ambulatório são os mais insatisfeitos e os enfermeiros das unidades de diagnóstico e supervisão, os mais satisfeitos.

**TABELA 39** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Local de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos
U. Ambulatorial	13	3,00	*
U. Aberta	96	3,59	*
U. Fechada	104	3,70	*
Supervisão	5	4,32	*
U. Diagnóstico	8	4,45	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: F= 6,14

Nível de significância= 0,00027

As variáveis demográficas *estado civil, número de dependentes, instrução, cargo, turno de trabalho, faixa salarial, renda familiar e participação em entidades de classe*, após testes estatísticos esquematizados no Quadro 5, não apresentam resultados significativos, isto é, aceita-se a hipótese nula de que a Categoria referida não está associada a essas variáveis demográficas.

Já as variáveis demográficas *idade, tempo de graduação, tempo de serviço e local de trabalho* obtiveram grau significativo, rejeitando-se a hipótese nula.

Em síntese, os enfermeiros mais satisfeitos são os mais velhos, com maior tempo de serviço e trabalham em unidades de diagnóstico e supervisão.

**Hipótese<sub>0,6</sub> A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR EM RELAÇÃO AO CONSTITUCIONALISMO NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO ESTUDADA NÃO ESTÁ ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DE PESQUISA**

A Categoria **Constitucionalismo** apresenta, quanto à *idade* dos respondentes, uma correlação positiva ( $r = 0,12$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) entre as variáveis estudadas. Quanto maior a idade, maior é o grau de satisfação.

Existe correlação positiva ( $r = 0,14$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) entre o *tempo de graduação* e a Categoria. Observa-se uma tendência para aumentar o grau de satisfação, à medida que aumenta o tempo de graduação.

O mesmo pode ser dito, quanto ao *tempo de serviço*, que também mantém uma correlação positiva ( $r = 0,16$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) com a Categoria. Aumentando o tempo de serviço, aumenta a satisfação.

Logo, quanto maior a idade e a experiência profissional, maior é a satisfação dos enfermeiros quanto à referida Categoria.

Quanto ao *cargo*, após o teste t de Student, verifica-se que os dois níveis hierárquicos possuem médias estatisticamente diferentes, influenciando o nível de satisfação dos enfermeiros. Os dados da Tabela 40 mostram que os enfermeiros com cargo de chefia são mais satisfeitos do que os enfermeiros da unidade. Pode-se inferir que o nível de hierarquia dá ao profissional uma visão diferenciada da Categoria Constitucionalismo.

**TABELA 40** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA CONSTITUCIONALISMO E CARGO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Cargo	N	Média	Grupos homogêneos
Enfermeiro de Unidade	191	3,52	*
Enfermeiros Chefes	33	3,86	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação:  $t = 2,22$

Nível de significância = 0,02

A percepção dos enfermeiros em relação à Categoria referida está associada à variável *local de trabalho*, segundo teste de análise de variância. Essa variável, conforme a Tabela 41, demonstra que os enfermeiros da unidade ambulatorial são os mais insatisfeitos e os enfermeiros da supervisão e unidade de diagnóstico são os mais satisfeitos.

**TABELA 41** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA CONSTITUCIONALISMO E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Local de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos
U. Ambulatorial	13	3,03	*
U. Aberta	97	3,43	*
U. Fechada	101	3,64	*
Supervisão	8	4,61	*
U. Diagnóstico	5	4,65	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação:  $F = 8,55$

Nível de significância = 0,000018

Verifica-se que as variáveis demográficas *estado civil*, *número de dependentes*, *instrução*, *turno de trabalho*, *faixa salarial*, *renda familiar* e *participação em entidades de classe*, após tratamento estatístico conforme Quadro 5, não estão associadas à percepção dos

enfermeiros da referida Categoria. Desse modo, aceita-se a hipótese nula dessas variáveis demográficas.

Por outro lado, rejeita-se a hipótese nula para as variáveis *idade*, *tempo de graduação*, *tempo de serviço*, *cargo* e *local de trabalho*, pois os testes estatísticos demonstram que existe relação entre essas variáveis demográficas e a Categoria.

Em síntese, verifica-se que a maior satisfação ocorre quanto maior a idade, o tempo de graduação, o tempo de serviço, o nível hierárquico e os locais de trabalho de supervisão e unidades de diagnóstico.

**Hipótese<sub>0,7</sub> A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR EM RELAÇÃO AO TRABALHO E O ESPAÇO TOTAL DE VIDA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO ESTUDADA NÃO ESTÁ ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DE PESQUISA**

A Categoria **Trabalho e Espaço Total de Vida**, em relação à *idade* dos respondentes, apresenta uma correlação positiva ( $r = 0,19$  para um nível de significância  $< 0,05$ ), entre as variáveis. Quanto maior a idade, maior é o grau de satisfação com a Categoria.

Em relação à variável *tempo de graduação*, há uma correlação positiva ( $r = 0,14$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) com a Categoria. Quanto maior o tempo de graduação, maior é a satisfação dos enfermeiros.

O mesmo ocorre em relação ao *tempo de serviço*, onde também existe uma correlação positiva ( $r = 0,16$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) com a Categoria. Cresce a satisfação, à medida que aumenta o tempo de serviço.

O *número de dependentes* evidencia uma correlação negativa ( $r = 0,11$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) entre a variável e a Categoria. Pode-se inferir que, à medida que aumenta o número de dependentes, diminuiu a disponibilidade do profissional para a instituição e

aumenta a necessidade de tempo para atividades fora do trabalho, gerando insatisfação no trabalho.

Quanto ao *turno de trabalho*, realizou-se o teste de análise de variância e observa-se, na Tabela 42, que os enfermeiros do turno da manhã estão mais insatisfeitos com a Categoria e os de turno variável e noite menos insatisfeitos. Provavelmente por terem horários mais flexíveis em relação aos outros turnos, esses enfermeiros manifestam menor insatisfação na Categoria Trabalho e Espaço Total de Vida.

**TABELA 42** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA E TURNO DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Turno de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos	
Manhã	54	2,53	*	
Tarde	59	2,93	*	
Manhã e tarde	14	3,12	*	*
Noite	86	3,29	*	
Variável	13	3,43	*	

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: F= 4,63

Nível de significância= 0,0015

Quanto ao *local de trabalho*, segundo o teste de análise de variância, os enfermeiros mais insatisfeitos são os das unidades abertas; os mais satisfeitos, os das unidades de diagnóstico e supervisão, conforme dados demonstrados na Tabela 43. Pode-se inferir, através de uma análise dos critérios levantados na análise descritiva, que os enfermeiros do turno da manhã e das unidades abertas se sentem mais insatisfeitos do que os demais em relação à falta de equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, à necessidade de trabalho nos fins de semana e feriados e às trocas de horário.

**TABELA 43 RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA TRABALHO E ESPAÇO TOTAL DE VIDA E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS**

(escala 1 a 6)

Local de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos	
U. Aberta	98	2,63	*	
U. Fechada	103	3,18	*	
U. Ambulatorial	12	3,61	*	*
Supervisão	5	3,97	*	
U. Diagnóstico	8	4,08	*	

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: F = 7,99

Nível de significância = 0,000081

Observou-se que as variáveis demográficas *estado civil, instrução, cargo, faixa salarial, renda familiar e participação em entidades de classe*, após tratamento estatístico conforme Quadro 5, não influenciam nos resultados da percepção dos enfermeiros quanto à Categoria referida. Por isso, aceita-se a hipótese nula para essas variáveis demográficas.

Rejeita-se a hipótese nula para as variáveis *idade e número de dependentes, tempo de graduação, tempo de admissão, turno de trabalho, local de trabalho e renda familiar*, pois essas discriminam a percepção dos enfermeiros quanto a **Trabalho e Espaço Total de Vida**. Essa Categoria está entre as três que mais influência sofrem das variáveis demográficas.

Em síntese, a maior satisfação é encontrada entre os enfermeiros de maior idade, menor número de dependentes, maior tempo de graduação e tempo de admissão, trabalho no turno da noite e variável e atividade nas unidades de diagnóstico e supervisão.

**Hipótese<sub>0,8</sub>** A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR EM RELAÇÃO À RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO ESTUDADA NÃO ESTÁ ASSOCIADA ÀS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DE PESQUISA

A Categoria **Relevância Social da Vida no Trabalho**, em relação à *idade*, apresenta uma correlação positiva ( $r = 0,15$  para um nível de significância  $< 0,05$ ). Quanto maior a *idade*, maior é o grau de satisfação em relação à Categoria.

Quanto maior o *tempo de graduação*, maior é a satisfação dos enfermeiros. Há a correlação positiva ( $r = 0,11$  para um nível de significância  $< 0,05$ ) da variável *tempo de graduação* em relação à Categoria.

O mesmo acontece em relação à variável demográfica *tempo de serviço* que também possui uma correlação positiva ( $r = 0,12$  para um nível de significância  $< 0,05$ ).

Mais uma vez pode-se afirmar que, quanto mais velho e experiente, mais satisfeito em relação à Categoria é o profissional.

Quanto ao *local de trabalho*, através da análise de variância, observa-se, na Tabela 44, que os enfermeiros do ambulatório, unidades aberta e fechada estão menos satisfeitos em relação aos enfermeiros da supervisão e unidades de diagnóstico.

**TABELA 44** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO E LOCAL DE TRABALHO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Local de Trabalho	N	Média	Grupos homogêneos
U. Ambulatorial	13	3,80	*
U. Aberta	96	4,00	*
U. Fechada	102	4,05	*
U. Diagnóstico	8	4,56	*
Supervisão	5	3,98	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: F= 3,35

Nível de significância= 0,01

Verifica-se, através da análise de variância, demonstrado na Tabela 45, que os enfermeiros de maior *faixa salarial* são os mais satisfeitos. Não há diferença estatisticamente significativa entre as duas primeiras faixas.

**TABELA 45** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO E FAIXA SALARIAL: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Faixa Salarial	N	Média	Grupos homogêneos
de 08 a 10 salários	102	3,99	*
de 05 a 07 salários	73	4,02	*
mais de 10 salários	41	4,34	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação: F= 3,48

Nível de significância= 0,03

Quanto à *participação em entidades de classe*, foi pesquisada a filiação na Associação Brasileira de Enfermagem, no Sindicato, na Associação dos Enfermeiros da instituição e em outras entidades. A participação na ABEn, sindicato e outras associações obteve resultado não significativo no teste t de Student, significando que se pode aceitar a hipótese nula para essas associações de classe. O mesmo não foi observado para a participação na Associação dos enfermeiros da instituição. Ao realizar o teste t Student, fica demonstrado que existe diferença entre as duas médias, sugerindo que os enfermeiros associados são menos satisfeitos que os não associados, conforme a Tabela 46.

**TABELA 46** RELAÇÃO ENTRE GRAU DE SATISFAÇÃO NA CATEGORIA RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO E PARTICIPAÇÃO EM ENTIDADES DE CLASSE - ASSOCIAÇÃO ENFERMEIROS DA INSTITUIÇÃO: MÉDIA E GRUPOS HOMOGÊNEOS

(escala 1 a 6)

Associação dos Enfermeiros da Instituição	N	Média	Grupos homogêneos
Associado	180	4,00	*
Não Associado	44	4,27	*

FONTE: Dados da pesquisa

Observação:  $t = 2,11$

Nível de significância  $< 0,03$

Para as variáveis demográficas *estado civil, número de dependentes, instrução, cargo, turno de trabalho, renda familiar e associação nas entidades de classe* (Sindicato, ABEN e outros) foram realizados testes estatísticos, conforme Quadro 5, não sendo observada uma relação com a Categoria referida. Desse modo, aceita-se a hipótese nula.

Em relação às variáveis demográficas *idade, tempo de graduação, tempo de serviço, local de trabalho, faixa salarial, e participação na associação dos enfermeiros da*

*instituição*, não se pode dizer o mesmo, pois elas influenciam na opinião dos enfermeiros quanto à Categoria. Logo, rejeita-se a hipótese nula.

Em síntese, os enfermeiros com maior idade, tempo de serviço e faixa salarial, que trabalham nas unidades de diagnóstico e supervisão e não são filiados à Associação dos Enfermeiros da instituição são mais satisfeitos.

## **CAPÍTULO 5 CONCLUSÃO**

## **CAPÍTULO 5 CONCLUSÃO**

Partindo da análise da percepção dos enfermeiros que atuam em hospital de ensino, a pesquisa apresenta seus dados conclusivos. Em primeiro lugar fornece um perfil do profissional atuante e o diagnóstico de QVT do profissional através da análise das diferentes Categorias estudadas.

Como passo seguinte, discute as implicações que semelhante estudo pode trazer para futuros trabalhos na área.

### **5.1 SITUAÇÃO DA QVT DOS ENFERMEIROS**

A pesquisa permitiu, além de traçar um perfil do profissional de enfermagem de nível superior, estabelecer quais as Categorias que mais decisivamente contribuem para a sua QVT.

#### **5.1.1 Perfil do Profissional**

Pelas variáveis demográficas, o estudo permitiu delinear, na instituição estudada, o perfil do enfermeiro. É predominantemente um sujeito de sexo feminino (98,27%), com idade média de 32,9 anos, casado (46,75%) e sem dependentes (58,44%). Quanto à instrução, possui pós-graduação (52,61%) e está formado, em médias, há 8,7 anos. Quanto à situação funcional, trabalha, em média, há 6,6 anos, possui um único emprego (75,83%) é enfermeiro de unidade (80,08%), atua no turno diurno (56,28%) e em unidade de internação (88,31%), tem remuneração de até 10 salários mínimos (80,45%) e renda familiar de até 13 salários mínimos (44,4%). Além disso, é membro participante da Associação dos Enfermeiros da Instituição (80,5%).

## 5.1.2 Diagnóstico de QVT por Categoria

As oito Categorias analisadas possibilitaram a determinação de um diagnóstico da população estudada quanto à QVT, no que se refere a satisfação e importância.

### 5.1.2.1 Compensação Justa e Adequada

Esta Categoria é a que acarreta maior insatisfação ( $\bar{x} = 2,14$ ). É um ponto nevrálgico da QVT dos enfermeiros. Como é o governo federal que determina a política salarial da instituição e dada a crise econômica sem precedentes do país, o resultado é de certa forma esperado.

A insatisfação está manifestada na baixa remuneração em comparação com o mercado de trabalho. Segundo Herzberg, a remuneração pode não ser um elemento motivador, mas, quando não adequada, gera um alto fator de insatisfação, refletindo-se até em outras Categorias.

A insatisfação também se manifesta acentuadamente nos mais jovens, com pouca experiência, que trabalham no turno da manhã, têm menor nível hierárquico e atuam nas unidades ambulatoriais, abertas e fechadas.

O grau de insatisfação diminui à medida que os enfermeiros se tornam mais velhos, mais experientes, ocupam cargo de chefia, trabalham em turno variável e em supervisão e têm maior nível salarial.

O fato de aumentar a satisfação com a idade e com o tempo de serviço representa apenas um reflexo do nível hierárquico atingido e o conseqüente crescimento salarial, conforme já tinham descrito Wherther e Davis (1983) e Moraes et al. (1990).

Todos os critérios foram considerados pelos enfermeiros de muita importância.

Quanto à ação administrativa, sugere-se uma reformulação na política salarial com base em pesquisa de mercado.

#### 5.1.2.2 Condições de Trabalho

Esta Categoria classifica-se no nível intermediário ( $\bar{x} = 3,48$ ) de satisfação. A satisfação decorre da disponibilidade e da qualidade de material e equipamentos. A insatisfação é decorrente da carga de trabalho, identificada como fatigante, e da falta de substituição de pessoal em períodos de férias.

Somente o critério jornada de trabalho foi considerado pelos enfermeiros de moderada importância; os demais foram considerados de muita importância.

Dada a crise econômica e social do país onde, a cada dia, mais pessoas são afetadas pelas más condições de vida, a instituição hospitalar sofre com o elevado contingente de pessoas que procuram seus serviços. Cada vez mais, a demanda à instituição aumenta, ocasionando dificuldades nas condições de trabalho do profissional atuante.

Em termos de variáveis demográficas, os enfermeiros mais jovens, com menos experiência, das unidades abertas e fechadas e do turno da manhã são os que se sentem mais afetados por essa problemática.

Quanto às ações administrativas, sugere-se um estudo de redimensionamento de pessoal. Para aqueles locais mais críticos, sugere-se também a implantação de gratificação ou benefícios especiais, com o intuito de estimular o pessoal envolvido.

### 5.1.2.3 Uso e Desenvolvimento de Capacidades

É a Categoria com maior grau de satisfação ( $\bar{x} = 4,13$ ) na percepção dos enfermeiros e com um dos menores números de variáveis demográficas nela interferindo. Os critérios foram considerados de muita importância, com exceção do critério de Retroinformação.

Convém ressaltar que o grau de satisfação aumenta com o tempo de serviço e a faixa salarial e depende do local de trabalho. Este é um dos resultados mais relevantes desta pesquisa, pois demonstra que o profissional acredita no significado e na importância do seu trabalho. É um profissional que tem autoridade de decisão e liberdade de ação, desempenha tarefas complexas que exigem conhecimento específico e vê seu trabalho como um todo. Isso contribui para o desenvolvimento do ego, da auto-estima e serve de desafio para sua realização.

É, pois, uma fonte de motivação que pode ser aproveitada em programas de educação continuada e participação em projetos.

### 5.1.2.4 Oportunidade de Crescimento e Segurança

Esta Categoria encontra-se no limite mínimo de insatisfação ( $\bar{x} = 3,35$ ). Todos os critérios foram considerados pelos enfermeiros de muita importância.

Relacionada à valorização do empregado através das oportunidades de manifestação e da expansão de potencialidades, o ponto de insatisfação se dá em virtude da inexistência de um plano de carreira efetivo e de incentivos para crescimento e desenvolvimento pessoal.

Em termos de variáveis demográficas, instrução e local de trabalho foram as únicas que discriminam a Categoria. A insatisfação foi manifestada pelos enfermeiros pós-graduados e, quanto ao local, pelos que trabalham em unidade ambulatorial e unidade aberta.

Adicionalmente em relação ao local de trabalho, os enfermeiros da supervisão e das unidades de ambulatório e diagnóstico apontaram a Categoria analisada neste item como o segundo ponto de maior insatisfação na classificação geral<sup>21</sup>. Cabe destacar que esses três locais detêm a maior média de idade, tempo de graduação e tempo de admissão.

Pode-se concluir, com base em Walton, que os profissionais, ao terem atingido o ponto máximo de seus ganhos, iniciam um processo de reavaliação de suas carreiras, necessitando de perspectiva profissional para não caírem no desinteresse e na esterilidade de suas vidas, com uma conseqüente diminuição de produtividade e de qualidade dos serviços. Muitas vezes o profissional vai procurar caminhos para desenvolver o seu potencial em outros locais, acarretando perda de um profissional treinado, experiente e qualificado.

Tudo isso demonstra a importância da implantação, o quanto antes, de um programa de educação continuada, somado a estudos de reestruturação do plano de carreira na instituição.

#### 5.1.2.5 Integração Social na Instituição

Esta Categoria encontra-se no limite mínimo de satisfação ( $\bar{x} = 3,66$ ). O ponto de maior satisfação diz respeito ao bom relacionamento com a chefia e com o grupo de trabalho. O ponto de insatisfação está relacionado com a diferenciação de tratamento conforme o cargo.

Os critérios relacionamento e igualdade de oportunidades foram considerados de muita importância, já o critério senso de comunidade foi considerado de moderada importância.

Quanto às variáveis demográficas, estão mais satisfeitos os enfermeiros mais velhos, com maior experiência, e que trabalham em unidades de diagnóstico e na supervisão.

---

<sup>21</sup> Para todos locais de trabalho, o ponto de maior insatisfação é a Categoria Compensação Justa e Adequada.

Em termos de ação administrativa, é necessário trabalhar o grau de relacionamento fundado não apenas no auxílio recíproco e na individualidade de cada um, mas, sobretudo, na igualdade de tratamento independente da estrutura hierárquica.

#### 5.1.2.6 Constitucionalismo

Esta Categoria está classificada em nível intermediário de satisfação ( $\bar{x} = 3,59$ ). Todos os critérios foram considerados de muita importância.

O ponto de satisfação refere-se ao respeito da instituição à privacidade pessoal. A insatisfação recai sobre o excesso de normas e rotinas, de atividades burocratizadas, dificultando o desenvolvimento dos trabalhos.

Por ser uma instituição de grande porte, com necessidade de normatização, e por ser o serviço de enfermagem marcado por um história de submissão e de hierarquias rígidas, é possível entender esse ponto de insatisfação apontado.

Assim, em termos de ação administrativa, pode ser pensada uma política de descentralização e um incentivo a grupos semi-autônomos de trabalho que atinjam de forma mais direta o pessoal nela envolvido.

Em relação às variáveis, o grau de satisfação aumenta quanto maior for a idade, a experiência e o nível hierárquico e manifesta-se principalmente nos enfermeiros que trabalham nas unidades de diagnóstico e supervisão. Pode-se deduzir que a maturidade do profissional leva-o a compreender e a aceitar melhor o papel da instituição.

#### 5.1.2.7 Trabalho e Espaço Total de Vida

Esta Categoria está em nível de insatisfação ( $\bar{x} = 3,03$ ). O resultado não surpreende, apenas comprova as queixas contínuas dos enfermeiros em relação ao equilíbrio

entre trabalho, família e lazer. Não somente os enfermeiros como também toda a equipe de enfermagem é afetada pela jornada de trabalho em fins de semana, feriados e horas extras.

O critério papel balanceado no trabalho encontra-se em nível de muita importância; horário de entrada e saída foi identificado a nível de alguma importância.

Em relação às variáveis, os enfermeiros mais insatisfeitos são os mais jovens, com menor tempo de graduação e de serviço, com maior número de dependentes, que trabalham no turno da manhã e nas unidades abertas e, em segundo plano, nas unidades fechadas.

Os dois locais integram todas as unidades de internação do hospital e constituem a maioria da população. Para esses locais essa Categoria encontra-se como o segundo ponto de maior insatisfação dos enfermeiros na escala geral de Classificação.

Como inexistente a possibilidade de não se trabalhar nos fins de semana e inexistente diferenciação salarial, sugere-se uma política de remuneração diferenciada para os que trabalham em fins de semana, sob forma de benefícios.

#### 5.1.2.8 Relevância Social da Vida no Trabalho

É a segunda Categoria encontrada em grau de satisfação ( $\bar{x} = 4,07$ ). Para os enfermeiros, todos os critérios da Categoria foram considerados de muita importância.

Os enfermeiros estão satisfeitos em relação à imagem da instituição, responsabilidade social com a comunidade, prestação e qualidade dos serviços. O enfermeiro se orgulha de trabalhar numa instituição que tem um papel de destaque na comunidade. Isso, aliás, é um fator de motivação que pode ser utilizado na implantação de ações administrativas.

Em relação às variáveis demográficas, cabe ressaltar que a satisfação aumenta com a idade, o tempo de serviço, o tempo de graduação, a faixa salarial, a não participação na Associação dos Enfermeiros da instituição e depende do local de trabalho.

O ponto de insatisfação diz respeito à política de Recursos Humanos, ou seja, à percepção do enfermeiro em relação à responsabilidade da instituição para com seu empregado.

Nesta perspectiva, sugere-se uma reavaliação na política de Recursos Humanos adotada pela instituição.

### 5.1.3 Resultado de QVT do Profissional

Resumindo o que foi analisado nas Categorias, a pesquisa demonstra que efetivamente a QVT do profissional de enfermagem está afetada: a remuneração não é adequada; não existe equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal; não há perspectiva de crescimento na carreira; há excesso de trabalho; há enorme obediência à burocracia da instituição; a política de recursos humanos não contempla as necessidades dos empregados. É fundamental que os órgãos dirigentes, em consonância com o grupo de enfermagem, repensem na QVT existente na instituição. Num esforço conjunto, é preciso reunir Administração Central e Grupo de Enfermagem, para estabelecer uma política de Recursos Humanos mais voltada para a QVT. Se não reverter, pelo menos pode amenizar as dificuldades que se refletem no desempenho do profissional e na qualidade do seu trabalho diário, harmonizando os interesses individuais e organizacionais.

Pelos dados da pesquisa, o profissional de enfermagem responde positivamente à tarefa que desempenha, ressaltando a importância do seu fazer e a imagem e a relevância social da instituição. Esse reconhecimento e essa consciência do fazer precisam ser resguardados. Daí a necessidade imperiosa de implantar ações que revertam as outras Categorias no tocante à satisfação.

Em relação às variáveis demográficas, *estado civil, renda familiar e participação em entidades de classe: Sindicato, ABEn e outras entidades* são variáveis que não discriminam as categorias, isto é, elas não influenciam no resultado da satisfação em ações administrativas.

Já as variáveis *instrução* (excetuando-se a Categoria Oportunidade de Crescimento e Segurança), *número de dependentes* (excetuando-se a Categoria Trabalho e Espaço Total de Vida), *participação em entidades de classe: Associação dos enfermeiros da instituição* (exceto a Categoria Relevância Social da Vida no Trabalho), *cargo* (exceto as Categorias Condições de Trabalho e Constitucionalismo), *turno de trabalho* (fora as Categorias Compensação Justa e Adequada, Condições de Trabalho e Trabalho e Espaço Total de Vida) e, por último, *faixa salarial* (excetuando-se as Categorias Compensação Justa e Adequada, Uso e Desenvolvimento das Capacidades e Relevância Social da Vida no Trabalho) influenciam, em parte, o resultado da satisfação. É, pois, importante que o administrador observe essas variáveis quando for implantar ações administrativas.

Por fim as variáveis demográficas *idade*, *tempo de graduação*, *tempo de serviço* e, principalmente *local de trabalho*, discriminam totalmente as Categorias, evidenciando a necessidade de analisá-las sempre que for iniciada uma avaliação administrativa. Há, inclusive, uma relação estreita entre essas quatro variáveis, pois os enfermeiros com maior média de idade, tempo de graduação e tempo de serviço são aqueles que se encontram na supervisão, ambulatório e unidade diagnóstica. Isso demonstra a necessidade de um aprofundamento futuro no tocante a essas variáveis demográficas e as Categorias QVT.

Uma outra questão relevante do estudo refere-se às questões de política salarial, plano de carreira e educação continuada.

Quanto à política salarial, mesmo vivendo num momento de crise e sabendo que o salário é determinado pela esfera federal, a Equidade externa é um fator que deve ser levado em consideração pela instituição. É preciso criar uma política mais agressiva que defenda com veemência os interesses do profissional envolvido com as questões de saúde. Além disso, pode ser pensada a implantação de benefícios que, de uma ou de outra forma, acarretem ganhos salariais.

Quanto à reformulação do plano de carreira, a instituição deve agilizar sua implantação, com vistas ao incentivo do crescimento profissional. É necessário valorizar a atividade de prestação de cuidados exercida pelo profissional e não condicionar a sua ascensão ao desempenho de cargos administrativos. É preciso implantar uma carreira em Y, conforme aponta Van Fleet (1967), e não uma carreira em linha reta, como, aliás, tradicionalmente tem sido a tônica constante nas instituições hospitalares.

Em relação à educação continuada, a instituição pode pensar num programa especial de treinamento voltado para aquele profissional recém admitido, com a finalidade de conhecimento da instituição e treinamento em serviço. Para os mais experientes, deve-se pensar na preparação e participação em desenvolvimento de projetos de forma que os enfermeiros sintam a possibilidade de novos desafios.

## 5.2 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Não se pode deixar de registrar que a preocupação com o anonimato dos respondentes, fato que contribuiu para o alto índice de devoluções dos questionários, dificultou uma melhor análise dos locais de insatisfação. Se a análise por serviços de Enfermagem poderia apontar para uma ação mais conseqüente, o cuidado e o respeito à informação recebida foi mais forte, principalmente por ser tratar de um primeiro trabalho com este tema.

Um outro ponto a ressaltar diz respeito à fidedignidade. Somente 50% das variáveis agregadas apontaram um grau de fidedignidade positiva em relação aos critérios no grau de satisfação; menos de 50% das variáveis apontaram fidedignidade positiva em relação às Categorias no grau de importância. Isso dificultou a análise entre os graus de satisfação e de importância.

Não obstante, os resultados alcançados na pesquisa podem efetivamente fornecer um painel claro acerca da situação do profissional de enfermagem de nível superior, no tocante a

sua Qualidade de Vida no Trabalho e acerca das medidas que podem ser tomadas no sentido de reverter esse quadro.

Não se pode esquecer que, por ser uma atividade hegemonicamente feminina, a profissional reflete, na sua bagagem, a própria luta da mulher no mercado de trabalho. Ela busca a conquista do seu espaço, na tentativa de romper com a imagem servil, submissa, que vê a enfermagem como uma profissão desempenhada como mera vocação.

Ela procura permanente atualização, constante crescimento, na medida em que acredita no significado e na importância do seu trabalho.

Mas, acima de tudo, a luta da mulher se reflete na questão salarial. Embora tenha uma remuneração inferior ao salário do mercado de trabalho, a profissional almeja uma remuneração mais compatível e mais adequada ao seu papel na sociedade.

Apesar da situação difícil, a enfermeira é uma profissional que, sem sombra de dúvida, acredita na sua atividade.

Nessa medida, este trabalho, sem ser conclusivo, procura abrir caminho para outras pesquisas e estender-se para a equipe de enfermagem e para outros profissionais da área da saúde.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. 128p.
- 2 ANGERAMI, E.L.S., CORREIA, F.A. Em que consiste a enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO, 1., Brasília, 1987. **Anais...** Brasília: CEDRHUS, 1987. p.38-48.
- 3 BERGERON, J.L., PETIT, A., BÉLANGER, L. **Gestion des ressources humaines: une approche globale et intégrée**. Quebec: Galton Moun Editeur, 1984.
- 4 BELINATI, W. Perfil e competência de uma profissão. In: SEMINÁRIO NACIONAL O PERFIL E A COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO, 1., Brasília, 1987. **Anais...** Brasília: CEDRHUS, 1987. p.223-227.
- 5 BERGAMINI, C.W. **Motivação**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989. 122p.
- 6 BERNHOEFT, R. Qual é a responsabilidade social da empresa? **Exame**, n. 208, p.96-97, 27 ago. 1980.
- 7 BOYD, H., WESTFALL, R., STASCHS, S. **Marketing Research**, Boston: Irwin, 1989.
- 8 BURLAMAQUE, C.S., KRUSE, M.H., CUNHA, M.L. O trabalho na enfermagem: condições e alternativas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.5, n.2, p.173-183, jul. 1984.
- 9 BYINGTON, C. O martelo das feiticeiras - Malleus Maleficarum à luz de uma teoria simbólica da história. In: MALEFICARUM, M. **O martelo das feiticeiras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991. p.19-41.
- 10 CARVALHO, A.C. Condições de trabalho de pessoal de enfermagem 61ª Conferência de Organização Internacional do Trabalho (OIT) - comunicação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.30, n.2, p.157-161, 1977.
- 11 CASTRO, C.M. **A prática da pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977. 156p.
- 12 CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983. 617p.
- 13 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil**

- 1982/1983: força de trabalho em enfermagem.** Rio de Janeiro: COFEN/ABEn, 1985. v.1, 236p.
- 14 CRONBACH, L. J. Coefficient Alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v.16, n.3, p.297-334, sept. 1951.
- 15 DAVIS, Keith. **El comportamiento humano en el trabajo.** México: McGraw-Hill do Brasil, 1981.
- 16 DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. **Salário mínimo real.** São Paulo: D.I.E.E.S.E., nov. 1992. Mimeogr.
- 17 FERNANDES, E.C. Qualidade de Vida no Trabalho: um desafio e uma perspectiva para a gerência de RH. **Informação Profissional**, São Paulo, n.25, 1988a.
- 18 \_\_\_\_\_. Qualidade de vida no trabalho (QVT): a renovação das empresas para os anos 90. **Tendências do Trabalho**, Rio de Janeiro, p.10-12, 21, ago. 1988b.
- 19 FERNANDES, E.C, GUTIERRES, L.H. QVT - uma experiência brasileira. **Revista de Administração**, v.23, n.4, p.29-38, out./dez. 1988.
- 20 FERNANDES, E.C., BECKER, J.L., PRICE, R.T. **Qualidade de vida no trabalho (QVT) nas empresas do ramo de informática: contribuições à formulação de políticas e estratégias de C&T.** Porto Alegre: PPGA-UFRGS, 1988. 60p. (Série Relatórios de Pesquisas).
- 21 GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1985. 118p.
- 22 GUEST, R. Quality of work life learning from Torrytown. **Harvard Business Review**, p.76-87, Jul./Aug. 1979.
- 23 HACKMAN, J.R. Enriquecimento de funções: apenas outra moda. **Exame**, 26 maio 1976.
- 24 HACKMAN, J.R., OLDFHAM, G.R. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v.60, n.2, p.159-170, 1975.
- 25 HACKMAN, J.R., SUTTLE, J.L. **Improving life of work: behavioral science approaches to organizational change.** Santa Mônica: Goodyear, 1977.
- 26 HANASHIRO, D. **Contribuições a um sistema integrado de compensação de executivos: estudo exploratório sobre recompensas não-financeiras.** Porto Alegre: PPGA/UFRGS, 1988. 204p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1988.
- 27 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Regimento da Área Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Porto Alegre, 1975. 62p. Aprovado pela Administração Central em 4 de abril de 1975.
- 28 \_\_\_\_\_. **Relatório Anual**, Porto Alegre, 1989. 52p.
- 29 \_\_\_\_\_. **Relatório Anual**, Porto Alegre, 1990. 27p.
- 30 HERSEY, P., BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional.** São Paulo: EPU, 1986. 428p.
- 31 HORTA, W.A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979. 99p.

- 32 KERLINGER, F.N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. 4.ed. São Paulo: EPU, 1980. 378p.
- 33 LIPPITT, G. Quality of work life: organizational renewal in action. **Training and Development Journal**, v.32, n.1, p.4, July, 1978.
- 34 LOPES, M.J.M. **O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado - feminino, doméstico e desvalorizado**. Porto Alegre: PUCRS, Pós-Graduação em Sociologia, 1987. 157p. Dissertação (Mestrado em Sociologia Industrial) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1987.
- 35 LORENZETTI, J. A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.40, n.2/3, p.167-176, abr./set. 1987a.
- 36 \_\_\_\_\_. Legislação adequada para a enfermagem: uma necessidade a ser conquistada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.40, n.4, out./dez. 1987b. (editorial)
- 37 \_\_\_\_\_. A lei do exercício profissional. In: 4º CICLO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE ENFERMAGEM, Porto Alegre, 1988. **Anais...** Porto Alegre, 1988. Mimeogr.
- 38 NUNNALLY, J. **Psychometric theory**. 2.ed. New York: McGraw-Hill Book, 1978. 701p.
- 39 MARCONI, M.A. , LAKATOS, M.A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1982.
- 40 MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. New York: Harper & Row, 1954.
- 41 MORAES, L.F.R. et al. Qualidade de vida no trabalho: uma pesquisa de diagnóstico com administradores cujo trabalho é mediado pelo computador. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 14., Florianópolis, 1990. **Anais...** Belo Horizonte: ANPAD, 1990. p.343-366.
- 42 MOTTA, F.C. P. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Pioneira, 1975. 212p.
- 43 MURARO, R. M. Breve introdução histórica. In: MALEFICARUM, M. **O martelo das feiticeiras**, Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991. p. 5-17.
- 44 NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987. 120p.
- 45 NASCIMENTO, K. Nosso quadragésimo sexto artigo. **INCISA**, n. 46, p. 16-18, 1979.
- 46 OGUISSO, T., SCHMIDT, M.J. A enfermagem e a insalubridade. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.2, p.43-48, abr./jun. 1984.
- 47 OLIVEIRA, F.V.S. Associação Brasileira de Enfermagem: mudanças e continuidade a propósito do movimento participação (1979/1989). Natal: UFRN, 1990. Dissertação (Mestrado)
- 48 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Plan decenal de salud para las Americas. IN: REUNIÃO ESPECIAL DE MINISTROS DA SAÚDE DE LAS AMERICAS 3, Santiago, Chile, 1972. **Informe**. Washigton: OPS, 1973. (Documento oficial)
- 49 ORTSMAN, O. **Mudar o trabalho: as experiências, os métodos, as condições de experimentação social**. Lisboa: Fundação Colouste Gulbenkian, 1984. 410p.
- 50 PAIXÃO, W. **História de enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Julio Reis, 1979. 141p.

- 51 PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.
- 52 POLIT, D.F., HUNGLER, B.P. **Investigación científica en ciencias de la salud**. 2.ed. México: Interamericana, 1985. 595p.
- 53 QUIRINO, T., XAVIER, O. Qualidade de vida no trabalho em organizações de pesquisa. **Revista de Administração**, v.1, n.22, p.71-82, jan./mar. 1987.
- 54 RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho: uma análise na alta gerência das indústrias de confecções do estado do Ceará**. Belo Horizonte: UFMG/PPGA, 1989. 291p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 1989.
- 55 ROSSI, A.M. **Autocontrole: nova maneira de controlar o estresse**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991. 138p.
- 56 RUSCHEL, A. **Qualidade de vida no trabalho em empresas do ramo imobiliário - uma abordagem político-econômica e psicossocial**. Porto Alegre: UFRGS/PPGA, 1987. Proposta de dissertação.
- 57 SEKIOU, L., BLONDIN, L. **Gestion du personnel**. Montreal: Les Éditions 4 L, 1984.
- 58 SELTZ, E. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1987. v. 2.
- 59 SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica (para as ciências do comportamento)**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975. 350p.
- 60 SILVA, V.E.F. **Estudo sobre acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino**. São Paulo: EEUSP, 1988. 176p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1988.
- 61 STATISCAL GRAPHICS CORPORATION. **Stratgraphics: statistical graphics system**. s/l: STSC, 1986.
- 62 STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada a administração**. São Paulo: HARBRA, 1981. 495p.
- 63 TAYLOR, F.W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1970. 138p.
- 64 TIBIRIÇÁ, C.C. Sindicato dos Enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.1, n.2, p.147-152, set. 1976.
- 65 TRENTINI, M., PAIM, L. Enfermagem ciência ou profissão? **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.13, n.1, p. 28-33, jan. 1992.
- 66 TRÉPO, G., AMADO, G.E., LAUFER, I. **Monsieur. Personnel el le developpment des hommes**. Paris: Flemarion, 1978.
- 67 TRIST, E.L., HIGGIN, G.W., MURRAY, M, POLLOCK, A.B. **Organizational choice: capabilities of groups at the coal face under changing technologies**. London: Tavistock Pub, 1963.
- 68 VAN FLEET, R. Salary administration for scientific and engineering people. **Research Management**, v.10, n.6, p.379, 1967.

- 69 VIANNA, H.M. **Testes de educação**. São Paulo: IBRASA, 1976.
- 70 VIEIRA, D.F.V.B., HANASHIRO, D.M.H. Visão introdutória de qualidade de vida no trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.11, n.2, p. 41-46, jul. 1990.
- 71 WALTON, R. Quality of working life: what is this? **Sloan Management Review**, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.
- 72 \_\_\_\_\_. Improving the quality of work life. **Harvard Business Review**, p. 12-13, 155, May-June, 1974 .
- 73 \_\_\_\_\_. Criteria for quality of working life. In: DAVIS, Louis E., CHERNS, Albert B. **The quality of working life**. London: Free Press, 1975. p. 91-103.
- 74 \_\_\_\_\_. From control to commitment in the workplace. **Harvard Business Review**, p. 77-84, Mar./Apr. 1985.
- 75 WERTHER, W., DAVIS, K. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983. 499p.
- 76 WESTLEY, W.A. Qualidade de vida no trabalho: problemas e soluções. **INCISA**, n. 46, p. 19-31, 1979.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Porto Alegre, 05 de dezembro de 1990.

Prezado colega:

Esta pesquisa objetiva coletar informações sobre a "**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM HOSPITAL DE ENSINO**".

A natureza da presente pesquisa é, essencialmente, acadêmica. Os resultados serão utilizados para elaboração de Dissertação de Mestrado a ser apresentada no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para tanto, solicita-se sua colaboração no sentido de responder o questionário em anexo, manifestando sua opinião sobre aspectos considerados, de acordo com sua situação de trabalho.

Se você possuir mais de um emprego, responda somente sobre a sua relação de trabalho vivenciada neste hospital de ensino.

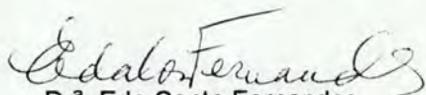
As informações obtidas serão tratadas com extremo sigilo, preservando-se o anonimato dos respondentes, e suas respostas serão utilizadas globalmente de forma estatística. Não haverá divulgação personalizada das informações. Os resultados da pesquisa serão divulgados, após o término da mesma. Caso você tenha interesse na exposição posterior pela autora dos resultados, preencha o cupom abaixo.

Sua opinião pessoal e criteriosa é da maior importância para a validade dos objetivos finais do estudo.

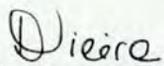
Para devolução use envelope próprio em anexo lacrando-o e entregando-o à pesquisadora em seu local de trabalho, até 14 de dezembro.

Antecipadamente, agradece-se a participação, colocando-se o fone: 222-9387 à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

  
Dr<sup>a</sup>. Eda Conte Fernandes

Orientadora

  
Enf<sup>a</sup>. Débora Feijó Vieira

Mestranda do PPGA

.....  
Estou interessado(a) na exposição dos resultados da pesquisa.

Nome: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

ANEXO B

PEQUISA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS EM HOSPITAL DE ENSINO

O questionário abaixo se subdivide em seis blocos. Nos primeiros cinco blocos é apresentada uma série de proposições que se referem a vários aspectos de uma relação de trabalho. No sexto bloco, são solicitados alguns dados pessoais.  
Para preenchê-lo necessita-se mais ou menos 40 minutos de seu tempo. É importante que o questionário seja respondido de uma só vez, porque as perguntas são interligadas e dependentes.  
Não existem questões certas ou erradas. Seu julgamento pessoal é que interessa à pesquisa. Evite discutir com outras pessoas sobre sua opinião.  
Muito obrigada pela colaboração.

B L O C O 1

Expresse sua opinião em termos de grau de CONCORDANCIA/DISCORDANCIA em relação a cada proposição abaixo, assinalando com um "X" nos parênteses que correspondem ao número de sua resposta, observando a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
DT	DB	DL	CL	CB	CF
<i>discordo fortemente</i>	<i>discordo bastante</i>	<i>discordo levemente</i>	<i>concordo levemente</i>	<i>concordo bastante</i>	<i>concordo fortemente</i>

PROPOSIÇÕES	DISCORDANCIA/CONCORDANCIA					
	DF (1)	DB (2)	DL (3)	CL (4)	CB (5)	CF (6)
01.Os horários de início e término da jornada de trabalho NÃO me trazem problemas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
02.Material e equipamentos utilizados no desempenho de minhas atividades são de qualidade satisfatória.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
03.Regimento, normas, rotinas limitam minhas iniciativas pessoais na solução de problemas relativos ao cargo que exerco.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
04.Os resultados do meu trabalho NÃO são aparentes com facilidade.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
05.A instituição NÃO procura melhorar a qualidade dos serviços que presta à clientela.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
06.A prestação de serviços em fins-de-semana e feriados NÃO influi no relacionamento familiar e lazer.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

PROPOSIÇÕES	DISCORDANCIA/CONCORDANCIA					
	DF (1)	DB (2)	DL (3)	CL (4)	CB (5)	CF (6)
07.O relacionamento interpessoal na equipe é desarmonioso.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
08.Tenho estabilidade no meu emprego.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
09.Minha vida pessoal NÃO é preservada pela instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10.A instituição é uma organização inovadora, dinâmica com normas flexíveis.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11.A instituição impossibilita meu crescimento pessoal.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12.No mercado de trabalho, outros profissionais com cargos semelhantes ao meu, recebem melhor remuneração.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13.Os benefícios concedidos pela instituição (alimentação subsidiada, atendimento de saúde, auxílio doença e seguro de vida e acidente) refletem a sua responsabilidade social por seus empregados.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14.O plano de carreira da instituição NÃO é bem estruturado.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15.Esta instituição não é reconhecida como um hospital de referência no município, estado e país.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16.Os direitos do trabalhador assegurados pela Constituição Brasileira e CLT são cumpridos devidamente pela instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17.Minha jornada de trabalho NÃO é excessiva.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18.Minhas atividades expõem-me ao risco de contrair doenças, incapacidades ou acidentes de trabalho por exposição a agentes físicos, químicos e biológicos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19.O resultado do meu trabalho NÃO afeta significativamente a vida e o bem estar de outras pessoas da instituição ou fora dela.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20.Meio salário é desproporcional às responsabilidades do meu cargo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

GRAU DE CONCORDANCIA PROPOSIÇÕES	DISCORDANCIA/CONCORDANCIA					
	DF (1)	DB (2)	DL (3)	CL (4)	CB (5)	CF (6)
21.Os membros da instituição são valorizados e mais considerados em função do nível hierárquico.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
22.Consigo realizar meu trabalho com tranquilidade, atendo-me às atividades que dizem respeito à enfermagem.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23.A instituição NÃO se preocupa com a comunidade a que pertence.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24.A falta de substituição de enfermeiros em certos períodos (férias, licença de saúde e gestação ...) aumenta minha carga de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25.NÃO posso expressar minha opinião livremente no local de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26.O ambiente físico onde exerço minhas atividades é desconfortável.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27.Meu superior hierárquico NÃO fornece informações sobre meu desempenho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
28.Acho injusto o que ganho, ao comparar minhas contribuições e recompensas com os meus colegas de trabalho que exercem o mesmo cargo na instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29.Meu trabalho envolve a execução de atividades repetitivas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30.Nas equipes de trabalho as decisões são tomadas de forma democrática.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

B L O C O 2

Expresse a FREQUÊNCIA com que ocorrem as situações abaixo, assinalando um "X" nos parênteses que correspondem ao número da escala que representa sua opinião:

1	2	3	4	5	6
N	R	PV	AV	F	S
nunca	raramente	poucas vezes	algumas vezes	frequentemente	sempre

FREQUÊNCIA PROPOSIÇÕES	NUNCA ← → SEMPRE					
	N (1)	R (2)	PV (3)	AV (4)	F (5)	S (6)
01.Meu trabalho permite as tarefas por mim iniciadas sejam concluídas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
02.A instituição demonstra interesse em resolver os problemas de sua clientela.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
03.Existe compatibilidade entre meu salário e o salário de enfermeiros de outras instituições, que exercem, funções semelhantes as minhas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
04.O local onde trabalho possui condições físicas satisfatórias (iluminação, ventilação, nível de ruídos, etc ).	( )	( )	( )	( )	( )	( )
05.Minha privacidade pessoal é respeitada pela chefia.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
06.Permaneco espontaneamente em serviço, além do horário estabelecido.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
07.Possuo autoridade para decidir como e quando meu trabalho pode ser feito.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
08.Sinto-me insegura quanto à manutenção de meu emprego.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
09.Constantemente a burocracia e as normas da instituição limitam minha atividade profissional.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10.São proporcionadas oportunidades de crescimento na instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11.Os horários de entrada e saída da jornada de trabalho interferem em minha vida particular.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12.Existe equilíbrio salarial entre diferentes profissionais que desempenham cargos do mesmo nível na instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13.Falta cooperação e ajuda mútua entre os membros da equipe.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14.Deixo o local de trabalho preocupada com problemas da unidade.	( )	( )	( )	( )	( )	( )



GRAU PROPOSIÇÕES	FALSA ← → VERDADEIRA					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
08.No caso de necessidade de <b>serviços ambulatoriais e/ou de internação pessoais ou familiares</b> eu escolheria outro hospital.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
09.Os <b>horários de entrada e saída do trabalho</b> interferem em meu convívio familiar e social.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10.O fato de estar convivendo, diariamente, com <b>situações de "vida e morte"</b> afetam-me profundamente.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11.Não possuo <b>liberdade de ação</b> na execução de meu trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12.Fui questionada sobre <b>minha vida pessoal</b> , ao ser admitida na instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13.A <b>instituição NÃO</b> consulta seus funcionários a respeito de mudanças na execução e andamento do trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14.Percebo <b>igualdade no tratamento</b> de todos os funcionários da instituição independentemente de cor, sexo, credo, nacionalidade, estilo de vida e ou aparência física.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15.Não tenho oportunidades de experimentar <b>novos desafios</b> em meu trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16.A <b>liberdade de expressar meu pensamento</b> sobre o trabalho, é apoiada por meus colegas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17. <b>Meu trabalho está estruturado</b> de tal maneira que dificulta sua realização por inteiro, do início ao fim.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18.As <b>tarefas diárias</b> são incompatíveis com o atual período de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19.Na instituição <b>inexiste um relacionamento</b> amistoso e de confiança com profissionais de outras áreas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20.A <b>solução de nossas dificuldades</b> é obtida através de decisão de uma minoria.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21.A <b>instituição</b> da qual faço parte é uma organização pouco eficiente e eficaz.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

GRAU PROPOSIÇÕES	FALSA ← → VERDADEIRA					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. <b>Meu salário NÃO</b> corresponde as minhas habilidades, talentos e capacidades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23. <b>NÃO</b> tenho possibilidades de fazer carreira na instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24.Não disponho de <b>material e equipamentos</b> em quantidade suficiente para a execução de minhas atividades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25.A instituição <b>NÃO</b> procura tornar transparentes aos funcionários seus direitos legais.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26.Devido à necessidades de trabalho, muitas vezes realizo horas extras, trocas de turno, substituições, etc... comprometendo o <b>tempo dedicado à família e ao lazer</b> .	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27.A execução do meu trabalho fornece elementos para <b>avaliar o meu desempenho</b> .	( )	( )	( )	( )	( )	( )
28.A <b>instituição NÃO</b> se preocupa em reduzir os riscos de contaminação e poluição decorrentes de sua atividade.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29.As <b>condições da área física</b> onde eu trabalho dificultam o desempenho das minhas atividades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30. <b>Meu trabalho NÃO</b> tem influência na vida e trabalho de outras pessoas da instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

B L O C O 4

Indique quão SATISFEITO você está com os aspectos descritos abaixo, assinalando um "X" nos parênteses que correspondem ao número de sua resposta observando a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
FI	I	LI	LS	S	FS
<i>fortemente insatisfeito</i>	<i>insatisfeito</i>	<i>levemente insatisfeito</i>	<i>levemente satisfeito</i>	<i>satisfeito</i>	<i>fortemente satisfeito</i>

PROPOSIÇÕES	GRAU DE SATISFAÇÃO					
	INSATISFAÇÃO/ SATISFAÇÃO	FI (1)	I (2)	LI (3)	LS (4)	S (5)
01. Salário que recebo em relação ao trabalho que executo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
02. O nível de estresse a que sou submetida no meu trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
03. Políticas de Recursos Humanos da instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
04. Igualdade de tratamento que a instituição dispensa a todos os funcionários.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
05. Um trabalho realizado com participação de todos os membros da equipe.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
06. Informações que recebo sobre como estou de desempenhando minhas funções.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
07. Variedade de atividades que executo no meu trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
08. As condições físicas de trabalho do local onde desempenho minhas atividades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
09. Tempo disponível para a família e lazer além da minha jornada de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Políticas da instituição em relação à prevenção e diminuição dos riscos de insalubridade.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11. Reflexo do meu trabalho sobre a vida ou trabalho de outras pessoas, na instituição ou fora dela.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

PROPOSIÇÕES	GRAU DE SATISFAÇÃO					
	INSATISFAÇÃO/ SATISFAÇÃO	FI (1)	I (2)	LI (3)	LS (4)	S (5)
12. Incentivo dado pela instituição para que eu procure investir no meu crescimento e desenvolvimento pessoal.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13. Meu salário em relação ao mercado de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. Liberdade de expressão que possuo na instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15. A carga de trabalho existente no desempenho do meu cargo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. A quantidade de material e equipamentos de que disponho para execução de minhas atividades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17. O produto final do meu trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18. Reputação da minha instituição na comunidade.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19. A independência de planejamento e ação que tenho no cargo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20. Privacidade pessoal que a instituição me assegura.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21. Oportunidades de conhecer e relacionar-me com outras pessoas no meu trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
22. Horários de entrada e saída da jornada de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23. Normas e rotinas da instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24. Preocupação da instituição em sempre prestar serviços de boa qualidade.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25. Possibilidades de ascensão nos diferentes níveis de hierarquia.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26. As horas diárias de trabalho realizadas.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27. Tanto os enfermeiros que trabalham em fim de semana e feriados como os que NÃO trabalham recebem salários iguais.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

Biblioteca Científica e Tecnológica

GRAU DE SATISFAÇÃO PROPOSIÇÕES	INSATISFAÇÃO/ SATISFAÇÃO					
	FI (1)	I (2)	LI (3)	LS (4)	S (5)	FS (6)
28. Políticas de envolvimento da instituição junto à comunidade.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29. A defesa dos direitos dos enfermeiros exercida pela Associação dos Enfermeiros da instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30. Estabilidade de emprego que possui.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

B L O C O 5

Use a escala abaixo para expressar sua opinião pessoal em relação ao GRAU DE IMPORTANCIA, que você atribui a cada um dos aspectos expressos a seguir:

1	2	3	4	5	6
NI nenhuma importância	PI pouca importância	AI alguma importância	MI moderada importância	MI muita importância	TI total importância

NÍVEL DE IMPORTANCIA PROPOSIÇÕES	NENHUMA ← → TOTAL					
	NI (1)	PI (2)	AI (3)	MI (4)	MI (5)	TI (6)
01. Igualdade de tratamento e oportunidades para todos funcionários da instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
02. Pertencer a uma instituição que se preocupa com a comunidade da qual faz parte.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
03. Trabalhar em um ambiente físico bem planejado quanto à distribuição da área, ventilação, iluminação e conforto.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
04. Salário compatível com o mercado de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
05. Oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal no meu trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
06. Salário que a instituição me paga.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

NÍVEL DE IMPORTANCIA PROPOSIÇÕES	NENHUMA ← → TOTAL					
	NI (1)	PI (2)	AI (3)	MI (4)	MI (5)	TI (6)
07. Ter equilíbrio entre o tempo gasto com o trabalho, lazer e família.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
08. Ter relacionamento interpessoal cordial e sincero no local de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
09. Trabalhar em um ambiente com o menor risco possível de acidentes e de condições insalubres.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Desenvolver um trabalho fazendo diferentes tarefas e usando diferentes habilidades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11. Manter o horário atual de entrada e saída.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12. Estabilidade no emprego.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13. Execução de uma tarefa do começo ao fim, com um resultado concreto.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. A valorização como indivíduo e trabalhador que me é concedida no local de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15. Possibilidades de crescimento profissional na instituição.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. Manutenção da minha atual jornada de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17. Material e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para o desempenho de minhas atividades.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18. Salário equitativo na instituição, relativamente a cargos de importância comparáveis.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19. Trabalhar numa instituição dinâmica onde as normas são flexíveis.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20. Trabalhar em instituição na qual meus direitos como trabalhador são legalmente considerados.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21. Trabalhar para uma instituição, vivenciando o sentimento de "pertencer a uma grande família".	( )	( )	( )	( )	( )	( )

NÍVEL DE IMPORTANCIA PROPOSIÇÕES	NENHUMA ← → TOTAL					
	NI (1)	PI (2)	AI (3)	MI (4)	MI (5)	TI (6)
22. O tipo de trabalho que eu executo.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23. Manutenção de minha privacidade pessoal.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24. Liberdade de escolha do meu próprio método de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25. Receber avaliação constante sobre o meu trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26. Trabalhar numa instituição na qual eu tenha orgulho de pertencer.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27. Trabalhar num ambiente que proporcione baixo nível de estresse.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
28. Carga diária de trabalho compatível com a jornada e qualidade dos serviços a serem executados.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29. Possuir liberdade de expressão no local de trabalho.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30. Trabalhar numa instituição que continuamente investe na qualidade dos seus serviços.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

**B L O C O 6: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO**

01. IDADE: <u>    </u> anos	02. SEXO: feminino ( ) 1 masculino ( ) 2
03. ESTADO CIVIL: solteiro ( ) 1 casado ( ) 2 desquitado ( ) 3	divorciado ( ) 4 viúvo ( ) 5 outro ( ) 6
04. Nº DE DEPENDENTES: <u>    </u>	
05. INSTRUÇÃO: graduação ( ) 1 especialização ( ) 2 mestrado incompleto ( ) 3 Especificar:	
mestrado ( ) 4 doutorado incompleto ( ) 5 doutorado ( ) 6	

06. ANO DE GRADUAÇÃO: <u>    </u> - <u>    </u> - <u>    </u> - <u>    </u>	07. Nº DE EMPREGOS: <u>    </u> - <u>    </u>
08. DATA DE ADMISSÃO: MÊS <u>    </u> ANO <u>    </u> - <u>    </u> - <u>    </u>	
09. CARGO QUE OCUPA: enfermeiro de unidade ( ) 1 enfermeiro chefe de unidade ( ) 2 enf. assessor e enf. de unidade ( ) 3 enf. assessor e enf. chefe unid. ( ) 4 enfermeiro supervisor ( ) 5 outro: <u>                    </u> ( ) 6 (especificar)	
10. TURNO DE TRABALHO: manhã ( ) 1 tarde ( ) 2 noite ( ) 3 variável ( ) 4	
11. LOCAL DE TRABALHO: unidade de internação ( ) 1 unidade fechada (CTI, CO, UTIPED, NEO, EMERG., BC, SR, CME, PSI) ( ) 2 unidade de diagnóstico e tratamento (HEMO, RX, CCA, FISIO) ( ) 3 unidade ambulatorial ( ) 4 outra: <u>                    </u> ( ) 5 (especificar)	
12. FAIXA SALARIAL: divida o seu SALÁRIO BRUTO na instituição do mês de novembro por Cr\$ 8.329,55 (salário mínimo de novembro/90).  de 05 a 07 salários ( ) 1 de 08 a 10 salários ( ) 2 de 11 a 13 salários ( ) 3 de 14 a 16 salários ( ) 4 de 17 a 19 salários ( ) 5 de 20 a 22 salários ( ) 6 de 23 a 25 salários ( ) 7 de 26 a 28 salários ( ) 8 de 29 a 31 salários ( ) 9 de 32 a 34 salários ( ) 10 de 35 a 37 salários ( ) 11 de 38 a 40 salários ( ) 12 de 41 a 43 salários ( ) 13 de 44 a 46 salários ( ) 14 de 47 a 49 salários ( ) 15 mais de 50 salários ( ) 16	
13. RENDA TOTAL FAMILIAR: divida todos os ganhos do seu núcleo familiar pelo salário mínimo do mês de novembro CR\$ 8.329,55.  de 05 a 07 salários ( ) 1 de 08 a 10 salários ( ) 2 de 11 a 13 salários ( ) 3 de 14 a 16 salários ( ) 4 de 17 a 19 salários ( ) 5 de 20 a 22 salários ( ) 6 de 23 a 25 salários ( ) 7 de 26 a 28 salários ( ) 8 de 29 a 31 salários ( ) 9 de 32 a 34 salários ( ) 10 de 35 a 37 salários ( ) 11 de 38 a 40 salários ( ) 12 de 41 a 43 salários ( ) 13 de 44 a 46 salários ( ) 14 de 47 a 49 salários ( ) 15 mais de 50 salários ( ) 16	
14. Qual das seguintes ENTIDADES DE CLASSE você é associado?  Sindicato ( ) 1 ABEn ( ) 2 Associação dos Enfermeiros do HCPA ( ) 3 nenhuma ( ) 4 outra: <u>                    </u> ( ) 5 (especificar)	

Por favor, confira se respondeu a todas as questões.