



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA
EDUCAÇÃO SUPERIOR

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS SERVIDORES DA
SAÚDE DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC

MARCELO PINHEIRO TEIXEIRA

FORTALEZA
2016

MARCELO PINHEIRO TEIXEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS SERVIDORES DA
SAÚDE DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre. Linhas de Pesquisa: Políticas Públicas da Educação Superior.

Orientador: Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre

FORTALEZA

2016

MARCELO PINHEIRO TEIXEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS SERVIDORES DA
SAÚDE DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre. Linhas de Pesquisa: Políticas Públicas da Educação Superior.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre
Universidade Federal do Ceará (Orientador-UFC)

Profª. Dra. Sueli Maria de Araújo Cavalcante
Universidade Federal do Ceará (Examinador Interno-UFC)

Prof. Dr. Francisco Agileu de Lima Gadelha
Universidade Estadual do Ceará (Examinador Externo-UECE)

Dedico esta dissertação aos meus queridos filhos, Bernardo e Bárbara, e a minha grande parceira na vida, minha esposa Ildikó.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a efetivação deste trabalho, especialmente:

À Deus.

Ao meu orientador Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre por sua paciência, dedicação, bom humor e maravilhosa contribuição para a realização deste estudo.

Aos Professores Doutores Sueli Maria de Araújo Cavalcante e Francisco Agileu de Lima Gadelha pelas pertinentes e enriquecedoras sugestões.

Ao Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior – POLEDUC da UFC pela oportunidade.

Aos Professores do POLEDUC pelos conhecimentos compartilhados.

À minha querida esposa Ildikó, pelo apoio incondicional.

Aos meus filhos Bernardo e Bárbara, pela paciência nas ausências do pai.

Aos meus pais Gilson e Marly, pelos valores que me passaram.

Às minhas irmãs Sâmia e Patrícia, pela torcida de sempre.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão e apoio.

Aos companheiros da turma de 2014 do POLEDUC, pelo excelente convívio e integração.

“Escolha um trabalho que você ame e não terá
que trabalhar um único dia em sua vida”
(Confucio)

RESUMO

Atualmente novas exigências trazem constantes mudanças nas instituições, no que se refere à gestão de pessoas. A interação do homem com o seu trabalho e os processos advindos desta relação estão cada vez mais na ordem do dia. No setor público, o estudo da Qualidade de Vida no Trabalho se reveste de fundamental importância, notadamente no setor saúde com suas limitações orçamentárias. Este estudo teve como objetivo principal avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho dos profissionais de saúde do complexo hospitalar da UFC (HUWC e MEAC). Ademais, visou comparar o perfil de QVT em suas quatro premissas básicas - física, psicológica, relações sociais e meio ambiente -, levando em consideração as seguintes variáveis sócio demográficas: gênero, faixa etária, função, setor de trabalho e turno de trabalho. O estudo caracteriza-se por ser de levantamento, com abordagem quantitativa. Trata-se de uma pesquisa descritiva, onde a coleta de dados realizada se deu através do instrumento de avaliação de qualidade de vida – World Healthy Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-bref) - da Organização Mundial da Saúde, associado ao questionário de variáveis sociodemográficas. O WHOQOL-bref já encontra-se amplamente validado, apresentando boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo, confiabilidade teste-reteste, e boa consistência interna medida pelo coeficiente α de Cronbach. A amostra foi estabelecida com 182 profissionais da saúde nas funções de médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem. A análise dos dados envolveu a aplicação de métodos estatísticos clássicos: análise exploratória de dados e inferência estatística, em particular, os testes de hipóteses de Mann-Whitney e Kruskal Wallis. A amostra pesquisada é predominantemente do sexo feminino, e de meia idade. O domínio psicológico foi o melhor avaliado. Por sua vez, o domínio meio ambiente destacou-se negativamente entre os demais. A faceta melhor avaliada foi a que pesquisou a respeito da “espiritualidade, religião e crenças pessoais”, enquanto a faceta com pior desempenho foi a “ambiente físico”. Quando avaliamos o perfil de QVT dos servidores das duas instituições hospitalares foi evidenciada diferença estatística significativa somente no domínio relações sociais, onde a MEAC apresentou médias mais elevadas do que o HUWC. Com os achados encontrados, sugere-se o foco na implantação de programas de QVT relacionados com o meio ambiente. Projetos que visem à melhoria das instalações físicas do complexo hospitalar seriam os mais urgentes de acordo com a avaliação encontrada.

Palavras-chave: qualidade de vida no trabalho, whoqol-bref, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Currently new requirements bring constant changes in the institutions, in relation to people management. The interaction of man with his work and the processes resulting from this relationship have increasingly lay on the agenda. In the public sector the study of Quality of Working Life has crucial importance, especially in the health sector with their budgetary constraints. This study aimed to assess the Quality of Working Life of the hospital complex of UFC (HUWC and MEAC) health professionals. Moreover, aimed at comparing the QWL profile in its four basic premises - physical, psychological, social relationships and environment - taking into account the following sociodemographic variables: gender, age, function, job sector and shift. This is a survey study, with quantitative approach. It is a descriptive research where data collection performed was through the quality of life assessment tool - World Healthy Organization Quality of Life Instrument Bref (WHOQOL-BREF) - World Health Organization, together with the questionnaire of sociodemographic variables. The WHOQOL-BREF is widely validated, with good internal consistency, discriminant validity, concurrent validity, content validity, test-retest reliability, and good internal consistency measured by Cronbach's α . The sample was established with 182 health professionals in the functions of doctors, nurses, nursing assistant and nursing technician. Data analysis involved the application of classical statistical methods: exploratory, data analysis and statistical inference, in particular, the Mann-Whitney test hypotheses, and Kruskal Wallis. The study sample is predominantly female, and middle-aged. The psychological domain was the best rated. In turn, the environment field stood out among the others negatively. The best assessed aspect was that researched about "spirituality, religion and personal beliefs", while the facet with the worst performance was the "physical environment". When we evaluated the QWL profile of the two hospitals employees there was no significant statistical difference, except in the domain social relationships where the MEAC had higher averages than HUWC. With important findings, we suggest focusing on implementation of QWL programs related to the environment. Projects that aim to improve the hospital complex physical facilities would be the most urgent according to the assessment found.

Key words: quality of working life, WHOQOL-BREF, worker health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Arcabouço insumo/produto.....	32
Figura 2 – Abordagem de Huse e Cummings (1985).....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Da Medicina do Trabalho à Qualidade de Vida no Trabalho.....	25
Quadro 2 - Principais modelos teóricos de QVT.....	28
Quadro 3 – Modelo de Walton para aferição da Qualidade de Vida no Trabalho	29
Quadro 4 - Abordagem de Westley (1979).....	30
Quadro 5 - Categorias de Dimensões Básicas da Tarefa.....	31
Quadro 6 - Domínios e facetas do WHOQOL-Bref.....	36
Quadro 7 – Servidores atingidos por ações da Divisão de Apoio Psicossocial....	44
Quadro 8 – Servidores atingidos por ações da Divisão de Programas e Projetos Culturais (DIPPC) em 2014.....	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Domínios do WHOQOL-bref segundo o sexo.....	60
Gráfico 2 - Domínios do WHOQOL-bref segundo a faixa etária.....	62
Gráfico 3 - Domínios do WHOQOL-bref segundo a função.....	63
Gráfico 4 - Domínios do WHOQOL-bref segundo o setor.....	65
Gráfico 5 - Domínios do WHOQOL-bref segundo o turno.....	66
Gráfico 6 - Distribuição da média no domínio físico.....	68
Gráfico 7 - Distribuição da média no domínio psicológico.....	70
Gráfico 8 - Distribuição da média no domínio relações sociais.....	72
Gráfico 9 - Distribuição da média no domínio meio ambiente.....	75
Gráfico 10 - Distribuição da média de cada domínio.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Coeficiente de fidedignidade de Chronbach dos domínios e questões.	37
Tabela 2 - Exames Periódicos dos servidores.....	48
Tabela 3 - Avaliação dos Exames Periódicos dos servidores.....	49
Tabela 4 - Distribuição do número de funcionários por função e hospital.....	51
Tabela 5 - Determinação do tamanho da amostra de cada estrato.....	53
Tabela 6 - Variáveis sociodemográficas dos profissionais amostrados.....	57
Tabela 7 - Domínios do WHOQOL-bef segundo o sexo.....	59
Tabela 8 - Domínios do WHOQOL-bef segundo a faixa etária.....	61
Tabela 9 - Domínios do WHOQOL-bef segundo a função.....	63
Tabela 10 - Domínios do WHOQOL-bef segundo o setor.....	64
Tabela 11 - Domínios do WHOQOL-bef segundo o turno.....	66
Tabela 12 - Percentagem de respostas das questões do domínio físico.....	67
Tabela 13 - Distribuição da média e desvio padrão no domínio físico.....	68
Tabela 14 - Percentagem de respostas das questões do domínio psicológico.....	69
Tabela 15 - Distribuição da média e desvio padrão no domínio psicológico.....	70
Tabela 16 - Percentagem de respostas das questões do domínio relações sociais...	71
Tabela 17 - Distribuição da média e desvio padrão no domínio relações sociais....	72
Tabela 18 - Percentagem de respostas das questões do domínio meio ambiente....	73
Tabela 19 - Distribuição da média e desvio padrão no domínio meio ambiente.....	74
Tabela 20 - Percentagem de respostas das questões do domínio global.....	76
Tabela 21 - Distribuição da média e desvio padrão no domínio global.....	76
Tabela 22 - Distribuição da média e desvio padrão de cada domínio.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CPBS	Contexto de Produção de Bens e Serviços
CPASE	Coordenadoria de Perícia e Assistência ao Servidor e ao Estudante
DIPAT	Divisão de Informação de Pessoal Ativo – DIPAT
DORT	Doenças Osteoarticulares Relacionadas ao Trabalho
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
LER	Lesão por Esforços Repetitivos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PQVT	Programa de Qualidade de Vida no Trabalho
PROGEP	Pro-reitoria de Gestão de Pessoas
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SESI	Serviço Social da Indústria
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SSPS	Statiscal Package for Social Science
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHOQOL-BREF	World Healthy Organization Quality of Life Instrument Bref
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
SAMEAC	Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	DA MEDICINA DO TRABALHO À QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	20
2.1	Primórdios da Medicina do Trabalho	20
2.2	Da Medicina do Trabalho à Saúde Ocupacional	21
2.3	Da Saúde Ocupacional à Qualidade de Vida no Trabalho	22
3	A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	26
3.1	Conceito de QVT	26
3.2	Mensuração da QVT	27
4	O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF	35
5	PROGRAMAS DE QVT – COQVT/UFC.....	39
5.1	Programas de QVT – Aspectos Conceituais.....	39
5.2	Atividades da Divisão de Apoio Psicossocial – DIAPS	41
5.2.1	Projeto Elaborar Compreender e Transformar o Trabalho	41
5.2.2	Projeto Mediação de Conflitos no Contexto de Trabalho	41
5.2.3	Projeto de Preparação para a Aposentadoria – PPA	41
5.2.4	Projeto de Valorização do Aposentado – PVA	41
5.2.5	Projeto Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e outras Drogas	43
5.2.6	Atendimento Psicológico Clínico Individual	43
5.2.7	Atendimento Social Individualizado	43
5.3	Atividades da Divisão de Programas e Projetos Culturais – DIPPC	44
5.3.1	Orquestra de Flautas	44
5.3.2	Dança de Salão	45
5.3.3	Massoterapia	45

5.3.4	Yoga	46
5.3.5	Teatro	46
5.4	Atividades da DESMT	47
5.4.1	Realização de Exames Médicos Periódicos	47
5.4.2	Campanhas Pontuais do Ministério da Saúde	48
6	METODOLOGIA	50
6.1	Tipo de estudo e local	50
6.2	Critérios de exclusão e inclusão da Amostra	51
6.3	População e amostra	51
6.4	Redimensionamento do erro em função da amostra obtida.....	54
6.5	Instrumento e Procedimento para coleta de dados	54
6.6	Análise estatística dos dados	55
6.7	Aspectos éticos da pesquisa	55
7	ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
7.1	Dados Sociodemográficos.....	57
7.2	Comparação dos domínios por sexo.....	59
7.3	Comparação dos domínios por faixa etária.....	60
7.4	Comparação dos domínios por função.....	62
7.5	Comparação dos domínios por setor.....	64
7.6	Comparação dos domínios por turno.....	65
7.7	Análise do Domínio Físico.....	67
7.8	Análise do Domínio Psicológico.....	69
7.9	Análise do Domínio Relações Pessoais	71
7.10	Análise do Domínio Meio Ambiente.....	73

7.11	Análise do Domínio Global.....	75
7.12	Análise comparativa dos domínios do WHOQOL-bref.....	76
8	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A – Questionário de Variáveis Sociodemográficas.....	85
	APÊNDICE B – Consentimento Livre	86
	ANEXO A – Whoqol-Abreviado.....	89
	ANEXO B – Cartas de Anuência	94

1 INTRODUÇÃO

O construto qualidade de vida é um termo utilizado de duas formas distintas, a saber: coloquial e científica. O primeiro aspecto costuma ser abordado por jornalistas, políticos e pela população em geral. Neste estudo, manter-se-á o foco no segundo aspecto, mais precisamente na área da saúde.

A interação entre o homem e seu labor, e os processos de trabalho advindos desta relação são o material de estudo da Saúde do Trabalhador, outrora nomeada Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional. Esta área da prática de saúde (omite-se a palavra médica propositalmente por se tratar de área multidisciplinar) tem como foco nos dias atuais a promoção da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

A expressão “*qualidade de vida*” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao afirmar que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, e sim através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de “*qualidade de vida*” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK, 1999).

A revolução tecnológica tão importante quanto a revolução industrial, mudou consideravelmente a relação homem-trabalho. O maior tempo de permanência do empregado no trabalho e o ingresso cada vez mais cedo na vida laboral veio somente incrementar ainda mais esta importância.

Após a derrocada em dominó dos governos socialistas da Europa Central e do Leste Europeu, a visão hegemônica da sociedade capitalista terminou por dominar os meios de produção. Uma nova relação passou a ditar os rumos de como o homem se relaciona com o seu trabalho: trabalho saudável x produtividade. O núcleo deste novo problema seria descobrir até que ponto seria possível aumentar a produtividade, sem afetar negativamente a saúde do trabalhador.

Chegando-se a este ponto, a QVT passa a ser recorrente e obrigatória em qualquer

estudo sobre o tema. Pouco a pouco evoluímos então para a concepção atual que acredita que o verdadeiro capital das organizações é o homem. Atualmente, motivação e comprometimento fala mais alto que o conhecimento técnico para exercer determinada função.

Analisando o perfil de Qualidade de Vida no Trabalho do servidor, encontram-se subsídios para implementação efetiva de programas de Qualidade de Vida direcionados para o diagnóstico encontrado.

Este retrato fornece a possibilidade de se trabalhar com grupos específicos, respeitando suas vicissitudes. Pode-se encontrar em um determinado setor um perfil de Qualidade de Vida no Trabalho impactado negativamente em uma dada premissa. Sabe-se desta forma, quais os programas mais indicados para este determinado setor.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente, e decorre dos novos paradigmas que tem influenciado as políticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde doença são multifatoriais e complexos, relacionando-se com aspectos econômicos, socioculturais, experiências pessoais e estilo de vida. A partir dessa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser uma dos resultados esperados tanto nas práticas de assistência médica, quanto na formulação de políticas públicas para o setor de prevenção de doenças e promoção da saúde (SCHUTTINGA, 1995).

A QVT constitui um tema que se reveste de fundamental importância nos dias de hoje. A inovação tecnológica, que ocorre na quase totalidade das áreas de atuação humana, vendeu a ideia durante um bom tempo, que com o natural aumento de produtividade gerado, haveria um ganho de qualidade na execução do trabalho cotidiano.

Na direção oposta do prometido, o que se evidencia atualmente é que a maioria das mudanças ocorridas na relação homem-trabalho, não foram acompanhadas de inovações organizacionais.

Acompanha-se, é verdade, o surgimento de diversas campanhas e ações de Gestão em Qualidade de Vida em vários setores de atuação, sejam eles, público ou privado. Estas iniciativas louváveis vão de atividades relacionadas diretamente à saúde, como programas médicos de gerenciamento de fatores de risco (colesterol elevado, obesidade, incentivo ao aleitamento materno, pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino, mama e próstata, etc.), a ações voltadas

ao bem-estar do trabalhador (yoga, pilates, academias de ginástica subsidiadas ou no próprio local de trabalho, cineclubes no almoço, oficina de dança, etc.).

Não se percebe nessas ações uma visão mais global, onde as diversas facetas das necessidades humanas sejam contempladas em todas suas nuances - humanas, biológicas, psicológicas, sociais e organizacionais.

Infelizmente, do ponto de vista organizacional as iniciativas voltadas para mudanças, encontrou bem menos fôlego do que as acima expostas. Ações diretas e efetivas de incentivo à meritocracia, respeito mútuo na relação gestor-subordinado, horários flexíveis e incentivo ao companheirismo entre colegas, não constituem as ações da ordem do dia. A balança da Gestão de Qualidade de Vida tem pendido cada vez menos para as necessidades psicológicas e organizacionais.

Quanto às necessidades sociais, a despeito da melhora ocorrida nos últimos vinte anos, continuam desempenhando papel complicador, impactando negativamente a Qualidade de Vida do empregado. Poucos negariam a importância de temas como a disparidade social, a concentração urbana nas grandes cidades, o desemprego, e a informalidade.

No que tange às questões demográficas, com o envelhecimento cada vez maior da população e a queda da taxa de natalidade brasileiras, espera-se que a expectativa com relação a aposentadoria se torne cada vez mais desgastante e penosa, haja vista não somente a mesma ser protelada, como também as perdas financeiras serem ampliadas com os novos regimes previdenciários.

Sabe-se que a Qualidade de Vida no Trabalho pode trazer impactos positivos ou negativos na capacidade para o trabalho. Dentro desta linha de pesquisa, este estudo, desenvolvido no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), foca na percepção que os servidores têm da sua Qualidade de Vida no Trabalho.

A pergunta central aqui proposta é a seguinte: Como os servidores do HUWC e da MEAC avaliam sua qualidade de vida no trabalho, e em qual de suas facetas ela estaria impactada negativamente?

Espera-se contribuir com informações decorrentes desta pesquisa, ao se encontrar subsídios para implementação de programas de prevenção à saúde que respeitem mais a visão holística da Qualidade de Vida no Trabalho.

Este estudo tem como objetivo geral avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho dos servidores do complexo hospitalar da UFC.

Como objetivos específicos apresentamos:

- a) Descrever os principais modelos teóricos de mensuração de Qualidade de Vida no Trabalho;
- b) Descrever os programas de Qualidade de Vida no Trabalho que a UFC oferece aos seus servidores;
- c) Destacar os fatores críticos que afetam a Qualidade de Vida no Trabalho dos servidores do complexo hospitalar da UFC;
- d) Comparar o Perfil de Qualidade de Vida no Trabalho dos servidores do HUWC e da MEAC.

Sabe-se que o diagnóstico do grupo com o qual se quer trabalhar é tão importante quanto o trabalho em si, ou sua avaliação. Este projeto objetiva fundamentalmente melhorar este diagnóstico para maximizar os resultados encontrados. Espera-se assim, contribuir com a Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) para a definição de Programas de Qualidade de Vida no Trabalho (PQVTs) que melhor se adequem ao complexo hospitalar desta instituição.

Este trabalho está estruturado em quatro sessões que antecedem a metodologia, os resultados e a conclusão. A primeira sessão contextualiza do ponto de vista histórico a ciência que estuda a relação homem x trabalho desde os primórdios da Medicina do Trabalho até o que se entende hodiernamente como Qualidade de Vida no Trabalho, passando pela Saúde Ocupacional.

A segunda sessão discorrerá sobre a QVT, tendo como base sua conceituação e mensuração. Serão citados os diversos modelos teóricos e questionários já estruturados para mensurar QVT, e os distintos conceitos atribuídos a este construto.

A terceira sessão ater-se-á ao instrumento elegido para este estudo - o questionário WHOQOL-bref - com suas características e vantagens de utilização.

A quarta sessão trará os programas de QVT implantados pela Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho da UFC, com suas peculiaridades e com os respectivos atingidos pelas diversas ações em curso.

2 DA MEDICINA DO TRABALHO À QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Neste capítulo tenta-se contextualizar historicamente a relação existente entre o homem e seu trabalho, tendo por base a ciência que se dedica ao estudo dessa interação e sua mudança de rótulos.

2.1 Primórdios da Medicina do Trabalho

“A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica, surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial” (SCHILLING, 1981, p. 3-26)

De acordo com Mendes (1991, p. 341):

Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. Na verdade, despontam na resposta do fundador do primeiro serviço médico de empresa, os elementos básicos da expectativa do capital quanto às finalidades de tais serviços:

- deveriam ser serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo;
- deveriam ser serviços centrados na figura do médico;
- a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica;
- a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico.

Em 1956, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na ordem-do-dia da Conferência Internacional do Trabalho de 1958, substituiu a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho" (MENDES, 1991).

A experiência dos países industrializados transformou-se na Recomendação 112, sobre "Serviços de Medicina do Trabalho", aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho em 1959 (MENDES, 1991).

De acordo com a Recomendação 112 (OIT, 1966. p. 1054-8):

"a expressão 'serviço de medicina do trabalho' designa um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, destinado a:

- assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;
- contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;
- contribuir ao estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores"

Tanto a expectativa de promover a "adaptação" do trabalhador ao trabalho, quanto a da "manutenção de sua saúde", refletem a influência presente do pensamento mecanicista. No campo das ciências da administração, o mecanicismo vai sustentar o desenvolvimento da "Administração Científica do Trabalho", onde os princípios de Taylor – racionalização da produção e maximização dos lucros, ampliados por Ford, encontram na medicina do trabalho uma aliada para a perseguição do seu objetivo: a *produtividade* (FLEURY, 1987).

2.2 Da Medicina do Trabalho à Saúde Ocupacional

A Segunda Guerra Mundial trouxe um novo contexto econômico, no qual o custo provocado pela perda de vidas - abruptamente por acidentes do trabalho, ou mais insidiosamente por doenças do trabalho - começou a ser também sentido tanto pelos empregadores (ávidos de mão-de-obra produtiva), quanto pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho. Com a evolução bastante rápida da tecnologia industrial, traduzida pelo desenvolvimento de novos processos nas indústrias, novos equipamentos, e pela síntese de novos produtos químicos, ao mesmo tempo que se modifica a divisão internacional do trabalho. Entre muitas outras nuances desta evolução, mostra-se a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção (MENDES, 1991).

A Saúde Ocupacional surge, sobretudo, dentro das corporações, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes formadas por diversos profissionais, e a ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados (MENDES, 1991).

Com efeito, segundo Mendes (1991, p. 344):

Nas instituições, a marca mais característica expressa-se na criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), versão nacional dos modelos de "Institutos" de Saúde Ocupacional desenvolvidos no exterior, a partir da década de 50, entre eles, os de Helsinque, Estocolmo, Praga, Budapeste, Zagreb, Madrid, o NIOSH em Cincinnati, Lima e de Santiago do Chile. Na *legislação*, expressou-se na regulamentação do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), reformada na década de 70, principalmente nas normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho (atual Norma Regulamentadora 4 da Portaria 3214/ 78); na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de "limites de tolerância" (Normas Regulamentadoras 7 e 15), entre outras.

O modelo da saúde ocupacional - desenvolvido para atender a uma necessidade da produção - não conseguiu atingir os objetivos propostos, e esta insuficiência se deveu segundo Mendes (1991, p. 344) a diversos fatores:

- o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo;
- não concretiza o apelo à interdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas;
- a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho;
- o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde;
- a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde.

2.3 Da Saúde Ocupacional à Qualidade de Vida no Trabalho

Segundo Mendes (1991, p. 344-345),

Um movimento social renovado, revigorado e redirecionado surge nos países industrializados do mundo ocidental - notadamente Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália - mas que se espalha mundo afora. São os anos da segunda metade da década de 60, (maio de 1968 tipifica a exteriorização deste fenômeno). Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores, novas políticas sociais tomam a roupagem de lei, introduzindo significativas mudanças na legislação do trabalho e, em especial, nos aspectos de saúde e segurança do trabalhador.

A década de 70 do século XX testemunha profundas modificações nos *processos de trabalho*. Num sentido mais "macro", observa-se uma forte tendência de declínio do setor secundário (indústria), e o crescimento acentuado do setor terciário (serviços), com óbvia mudança do perfil da força de trabalho empregada (PROGRAMA REGIONAL DE EMPREGO PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (PREALC), 1989).

Ainda na década de 1970, é publicado o clássico estudo de Walton (1973), um dos mais citados na literatura, que propõe o equilíbrio entre trabalho e vida, destacando o papel social da organização e a importância de conjugar produtividade com os PQVTs.

Ocorre um processo de transferência de indústrias para o Terceiro Mundo, principalmente daquelas relacionadas à poluição ambiental ou risco para a saúde (ex.: asbesto, chumbo, agrotóxicos, e outros), e das que necessitam intensiva mão-de-obra, com baixa tecnologia, que rapidamente se instalam nas "zonas livres" ou "francas", mundo afora. Os países do Terceiro Mundo, afligidos pela disparada dos preços do petróleo e pressionados pela recessão

que se instala mundialmente, buscam o desenvolvimento econômico a qualquer custo, terminando por aceitar e estimular esta transferência, supostamente capaz de amenizar o desemprego e gerar divisas (CASTLEMAN, 1979).

Num nível mais "micro", observa-se a rápida implantação de *novas tecnologias*, entre as quais podem ser destacadas duas vertentes que se completam: a *automação* (máquinas de controle numérico, *robots*, e outros) e a *informatização* (PREALC, 1989).

Apesar de a automação e a informatização virem cercadas de uma certa aura mítica de se constituírem na "última palavra da ciência a serviço do homem", elas introduziram, na verdade, profundas modificações na organização do trabalho. Por exemplo, permitiram ao capital diminuir sua dependência dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que aumentaram a possibilidade de controle. Ressurge, com vigor redobrado, o *taylorismo*¹, através de dois de seus princípios básicos: o da primazia da gerência (via apropriação do conhecimento operário e pela interferência direta nos métodos e processos), e o da importância do planejamento e controle do trabalho (FLEURY, 1987).

O exercício da *participação do trabalhador* em questões de saúde termina por questionar, em muitos casos, conceitos e procedimentos amplamente consagrados pela saúde ocupacional, como por exemplo, o valor e a ética de exames médicos pré-admissionais e periódicos, utilizados, segundo a denúncia dos trabalhadores, para práticas altamente discriminatórias (KENNEDY, 1991).

À medida em que a *organização do trabalho* amplia sua importância na relação trabalho/saúde, requerem-se novas estratégias para a modificação de condições de trabalho, que "atropelam" a Saúde Ocupacional (até então trabalhando na lógica "ambiental") (GUSTAVSEN, 1980).

A utilização de novas tecnologias - em especial as que introduzem a automação e a informatização nos processos de trabalho - embora possa contribuir para a melhoria das

¹ Forma de organização de produção industrial criada pelo engenheiro mecânico Frederick Winslow Taylor (1856 – 1915) no início do século XX. Visava à racionalização extrema da produção e, conseqüentemente, à maximização do lucro. De acordo com Taylor, o funcionário deveria apenas exercer sua função/tarefa em um menor tempo possível durante o processo produtivo, não havendo necessidade de conhecimento da forma como se chegava ao resultado final. O método baseava-se na padronização e a realização de atividades simples e repetitivas. Taylor apresentava grande rejeição aos sindicatos, fato que desencadeou diversos movimentos grevistas.

condições de trabalho, acabam por introduzir novos riscos à saúde, quase sempre decorrentes da organização do trabalho, e portanto, de difícil tratamento médico (MENDES, 1991, p. 346).

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa compreender como e porque ocorre este processo, e desenvolver alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho (MENDES, 1991).

Apesar das dificuldades teórico-metodológicas enfrentadas, a saúde do trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviços, na "moderna" civilização urbano-industrial (DIAS, 1991).

Configura-se o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade. No âmbito das relações entre saúde e trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais "saudáveis". É um processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sócio-político de uma determinada sociedade (RIGOTTO, 1990).

Surgem "novas" doenças tanto profissionais, como aquelas relacionadas com o trabalho – Lesões por Esforços Repetitivos (LER) constitui o exemplo mais emblemático.

Passam a ser mais valorizada a circulação das informações e a ampliação do debate democrático, através de canais existentes como negociação coletiva ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

As modificações dos processos de trabalho em nível "macro" (aumento do setor terciário na economia), e "micro" (automação e informatização), acrescentados à eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, provocam uma mudança da morbidade causada pelo trabalho: as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer, e a preocupação desloca-se para as outras "doenças relacionadas com o trabalho" (*work related diseases*). Passam a ser valorizadas as doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial e doença coronariana), os

distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras. A vocação da saúde ocupacional, passa então a se ocupar da "promoção de saúde", cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida" (GREEN, 1990).

Os programas de conscientização ou de mudanças de hábito ganham espaço, junto das medidas higiênico-dietéticas. A prevenção de doenças crônico-degenerativas entram na ordem do dia, trazendo a reboque a valorização do trabalho interdisciplinar e o labor conjunto de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, em busca de um objetivo comum – a qualidade de vida do trabalhador.

No Quadro 1 resume-se a contextualização histórica que nos fez chegar até a Qualidade de Vida no Trabalho, diferenciando as principais características de cada período – surgimento, profissionais envolvidos, propostas e doenças a serem enfrentadas.

Quadro 1 – Da Medicina do Trabalho à Qualidade de Vida no Trabalho

	Medicina do Trabalho	Saúde Ocupacional	Qualidade de Vida no Trabalho
Surgimento	Primeira metade do século XX	Após Segunda Grande Guerra	Walton (1973)
Profissionais	Centrado no médico	Interdisciplinar desarticulada	Inter e Multidisciplinar
Proposta	Promover a adaptação do trabalhador ao trabalho	Trabalhador como objeto das ações de saúde	Participação efetiva do trabalhador
Doenças	Foco nas doenças que provocam absenteísmo	Doenças Profissionais clássicas	Doenças relacionadas ao trabalho
Palavras-chave	Administração científica do trabalho Taylorismo Produtividade	Higiene Industrial Limite de tolerância Índice biológico máximo permitido	Promoção da saúde Mudança do estilo de vida Automação Informatização

Fonte: Elaborado pelo autor.

3 A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

No Brasil, ainda é recente o movimento em torno do estudo relacionado diretamente à qualidade de vida no trabalho. A avaliação da Qualidade de Vida (QV) dos trabalhadores objetiva identificar as mudanças necessárias para a promoção do bem-estar e adequação das condições para a sua reabilitação (FLECK *et al.*, 1999).

Dependendo dos domínios que afetam a QV, esses trabalhadores podem deparar-se com o isolamento social, afetivo e psicológico, comprometendo suas funções e atribuições no trabalho, dentre outros transtornos (ASSUNÇÃO, 2010).

Neste capítulo apresenta-se a conceituação do termo Qualidade de Vida no Trabalho. Ademais, são expostos os principais modelos de mensuração deste construto.

3.1 Conceito de QVT

Qualidade de Vida no Trabalho é entendido como um conceito amplo e relativamente impreciso, com contornos múltiplos. QVT é um movimento de reação ao rigor dos métodos tayloristas e, por extensão, um instrumento que tem por objetivo propiciar uma maior humanização do trabalho, o aumento do bem-estar dos trabalhadores e uma maior participação dos mesmos nas decisões e problemas do trabalho. Considerando as interfaces existentes, não é descabido falar que o conceito de QV, que é geral, por si só abarca questões específicas que estão contidas no mundo do trabalho. Com efeito, pode-se inferir que QVT é o potencializar positivo das múltiplas dimensões que interferem na vida humana. Em termos práticos, é necessário que, de uma ideia intensamente divulgada pelas mídias e propagada em manuais administrativos, quase sempre associada à saúde, hábitos, comportamentos, ambiente e atividade física, forme-se uma prática. Pensando no mundo globalizado, está se falando de algo necessário e distante (PILLATI, 2005).

Gestão da qualidade de vida no trabalho é a busca do equilíbrio dinâmico e harmônico entre as necessidades humanas, biológicas, psicológicas, sociais e organizacionais e os princípios do trabalho ergonomicamente correto e sustentável (LIMONGI-FRANÇA, 2006).

QVT é ouvir as pessoas e utilizar ao máximo sua potencialidade. Ouvir é procurar saber o que as pessoas sentem, o que as pessoas querem, o que as pessoas pensam e utilizar ao máximo sua potencialidade, é desenvolver as pessoas e procurar criar condições para que as pessoas, em se desenvolvendo consigam desenvolver a empresa (FERNANDES, 1996).

Qualidade de Vida no Trabalho é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista o seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Ter qualidade de vida depende, pois, de fatores intrínsecos (pessoais) e extrínsecos (ambientais). Assim há uma conotação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo, que é decorrente da inserção deste na sociedade (DEJOURS, 1992).

QVT implica criar, manter e melhorar o ambiente organizacional, seja em suas condições físicas – higiene e segurança – seja em suas condições psicológicas e sociais. Para se alcançar produtividade e qualidade, as organizações precisam ser dotadas de pessoas participantes e motivadas nos trabalhos que executam e recompensadas adequadamente por sua contribuição. Sendo assim, a QVT envolve não somente os aspectos intrínsecos do cargo, como todos os aspectos extrínsecos e contextuais, afetando atitudes pessoais e comportamentos importantes para a produtividade (CHIAVENATO, 2006).

3.2 Mensuração da QVT

Para estudar QVT, vários estudiosos desenvolveram modelos, dentre eles, destacam-se: Walton (1973); Hackman e Oldham (1975); Westley (1999); Werther e Davis (1983); Huse e Cummings (1985).

Todos estes modelos foram amplamente utilizados como referência para diversas pesquisas acadêmicas, especialmente no Brasil. Ao se realizar uma análise comparativa destes modelos pôde-se constatar a existência de grande complementaridade entre eles, conforme mostra o Quadro 2 (LIMONGI-FRANÇA, 2006).

Quadro 2 - Principais modelos teóricos de QVT

AUTOR	PRINCIPAIS ASPECTOS	DEFINIÇÃO DE QVT	ÊNFASE
Walton, 1973	Compensação justa e adequada Condições de trabalho seguras e saudáveis Oportunidades imediatas para desenvolver e usar as capacidades humanas Oportunidades futuras para o crescimento contínuo Integração social na organização Constitucionalismo na organização Trabalho e espaço total na vida Relevância social do trabalho	Atendimento de necessidades e aspirações humanas, calcado na ideia de humanização e responsabilidade social da empresa	Humanização e responsabilidade social, com foco no poder da empresa
Hackman e Oldham, 1975	Variedade de Habilidade Identidade da Tarefa Significado da Tarefa Autonomia Feedback	Satisfação de necessidades pessoais importantes, por meio de suas experiências de trabalho e de vida na organização	Dimensões básicas da tarefa
Westley, 1979	Política Econômica Psicológica Sociológica	Esforços voltados para a humanização do trabalho, buscando solucionar problemas gerados pela própria natureza das organizações produtivas	Pessoas, trabalho e organização
Werther e Davis, 1983	Organizacional Ambiental Comportamental	Esforços para melhorar a qualidade de vida, procurando tornar os cargos mais produtivos e satisfatórios	Valorização dos cargos, mediante análise de elementos organizacionais, ambientais e comportamentais
Huse e Cummings, 1985	Participação do trabalhador Projeto de cargos Inovação no sistema de recompensas Melhoria no ambiente de trabalho	Preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional	Valorização dos cargos

Fonte: Modificado de Limongi-França, 1996, p. 10-11, Medeiros, Oliveira, 2011.

O modelo de Walton identifica oito categorias de QVT, cada um com seus respectivos fatores, que permite analisar diversos aspectos passíveis de serem abrangidos em cada uma das categorias propostas. Segundo Walton, a QVT pode ser avaliada de acordo com o grau de satisfação dos trabalhadores com os fatores que interferem em seu bem-estar no trabalho (FERNANDES, 1996).

Destaca-se no Quadro 3, as dimensões propostas pelo autor.

Quadro 3 - Modelo de Walton para aferição da Qualidade de Vida no Trabalho

CRITÉRIOS	INDICADORES DE QVT
Compensação justa e adequada	Renda adequada ao trabalho Equidade interna Equidade externa
Condições de trabalho	Jornada de trabalho razoável Ambiente físico seguro e saudável
Uso e desenvolvimento de capacidades	Autonomia Significado da tarefa Identidade da tarefa Variedade de habilidade Retroinformação
Oportunidade de crescimento e segurança	Possibilidade de carreira Crescimento pessoal Segurança no emprego
Integração social na empresa	Igualdade de oportunidades Relacionamento Senso comunitário
Constitucionalismo	Respeito às leis e direitos trabalhistas Privacidade pessoal Liberdade de expressão Normas e rotinas
O trabalho e o espaço total da vida	Papel balanceado do trabalho
Relevância social da vida no trabalho	Imagem da empresa Responsabilidade pessoal pelos empregados Responsabilidade pelos produtos e serviços

Fonte: Walton (1973).

O modelo elaborado por Westley (1979) está baseado em quatro fatores, os quais apresentam estreita ligação com a qualidade de vida no trabalho, a saber: político, econômico, psicológico e sociológico, conforme o Quadro 4. A junção desses fatores no âmbito individual ou social pode determinar situações de injustiça, insegurança, alienação e anomia, que representa a falta de leis e regulamentos (MEDEIROS E OLIVEIRA, 2011).

Quadro 4 - Abordagem de Westley (1979)

ESFERA DO TRABALHO	PROBLEMA DO TRABALHO	RESPONSÁVEL PELA SOLUÇÃO	INDICADORES	PROPOSTAS
Econômica (1850-1950)	Injustiça	Sindicatos	Insatisfação Greves Sabotagens	Cooperação Divisão de lucros Acordos de produtividade
Política (1850-1950)	Insegurança	Partidos Políticos	Insatisfação Greves Sabotagens	Autosupervisão do trabalho Conselho de Trabalhadores
Psicológica (1950...)	Alienação	Agentes de Mudança	Desinteresse Absentéismo	Enriquecimento das tarefas
Sociológica (1950...)	Anomia	Grupos de Trabalho	Sentimento de falta de significado Absentéismo	Grupos de trabalho estruturados sociotecnicamente

Fonte: Westley (1979), Sant'Anna, Klimnik (2011).

Os estudos conduzidos por Hackman e Oldham (1975) demonstraram que, para alcançar resultados positivos nas esferas pessoais e organizacionais (alta motivação interna, alta satisfação no trabalho, alta qualidade no desempenho e baixo absenteísmo e *turnover*), é necessária a presença de três estados psicológicos que representam a importância e o significado do trabalho, o quanto o indivíduo se sente responsável pelo trabalho que executa e a compreensão que tem da tarefa a ele designada, conforme mostra o Quadro 5.

Hackman e Oldham, desta maneira, desenvolveram um modelo fundamentado nas Dimensões Básicas da Tarefa, acreditando serem elas responsáveis pelo surgimento dos três estados psicológicos críticos, a saber: significância percebida do trabalho, a responsabilidade percebida pelos resultados do trabalho e o conhecimento dos resultados do trabalho (KLIMNIK, 1998). A significância demonstra a importância atribuída pelo empregado ao trabalho, mostrando quão valioso e significativo é o trabalho para ele. A responsabilidade percebida pelos resultados do trabalho revela quanto a pessoa se sente responsável pelo resultado do seu trabalho. Já o conhecimento dos resultados do trabalho mostra que o indivíduo conhece e compreende a forma como exerce a tarefa (RODRIGUES, 2011).

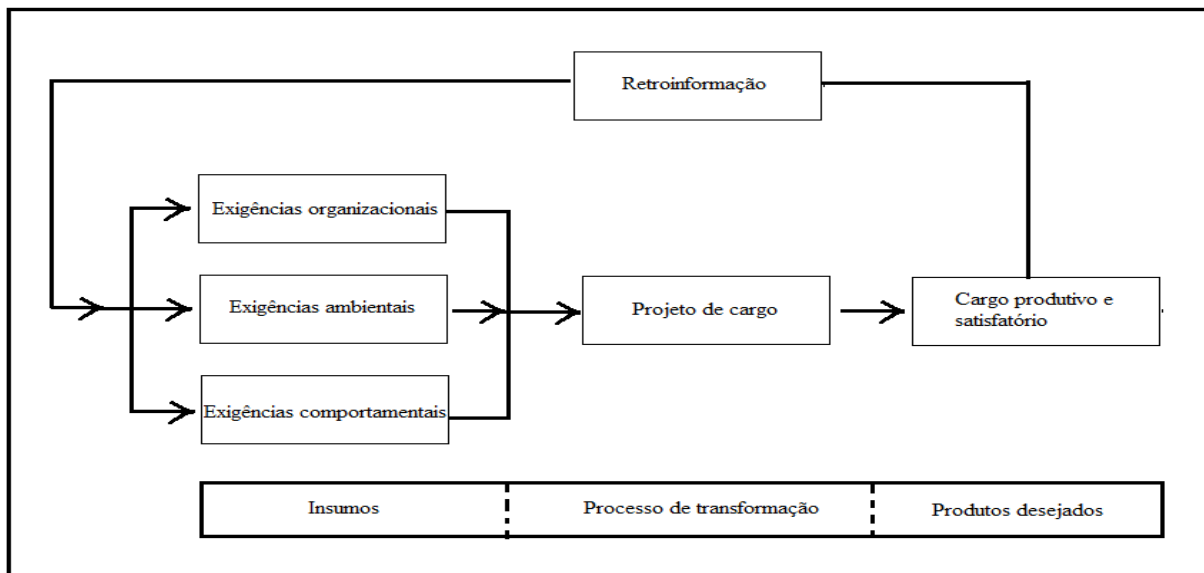
Quadro 5 - Categorias de Dimensões Básicas da Tarefa

DIMENSÕES	CARACTERÍSTICAS
Percepção de Significância do Trabalho	Variedade de Habilidade Identidade da Tarefa Significação da Tarefa Inter-relacionamento
Percepção de Responsabilidade pelos Reais Resultados do Trabalho	Autonomia
Conhecimentos dos Resultados do Trabalho	Feedback Intrínseco Feedback Extrínseco

Fonte: Hackman & Oldman (1975).

De acordo com Werther e Davis (1983) muitos fatores afetam a qualidade de vida no trabalho, como a supervisão, condições de trabalho, pagamento, benefícios e o projeto do cargo. No entanto, o trabalho propriamente dito é o que “envolve mais intimamente o trabalhador”. Por mais que os colaboradores possuam um bom salário, boas condições de trabalho e uma boa supervisão, as atividades que estes desenvolvem podem, sob a ótica dos mesmos, ser tediosas. Este modelo enfatiza que a rotina na vida de trabalho constitui um fator negativo às partes envolvidas. De acordo com os autores, a maioria das pessoas afirma que, para se ter uma boa vida no trabalho, é necessário ter um cargo interessante, desafiador e compensador. Para que haja a satisfação mútua na relação existente entre o empregado e a organização, faz-se necessário que as exigências organizacionais, ambientais e comportamentais, sejam combinadas a um apropriado projeto de cargo, conforme explicitado na Figura 1 (WERTHER E DAVIS, 1983).

Figura 1 - Arcabouço insumo/produto

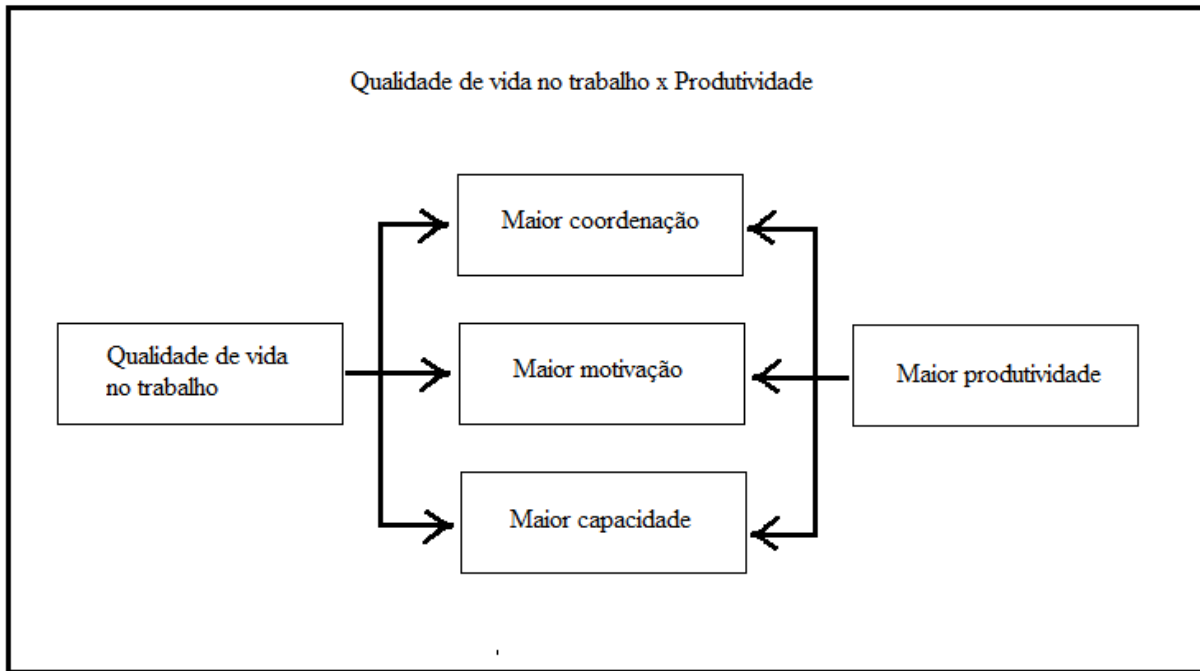


Fonte: Werther e Davis (1983).

Na visão de Huse e Cummings (1985) os programas de qualidade de vida no trabalho só terão validade se contarem com a participação dos trabalhadores; possuírem projeto de cargos de acordo com suas necessidades; estiverem atentos a um maior equilíbrio entre salários e status funcional; perseguirem sempre melhores condições de trabalho, através da autonomia nos grupos de trabalho, de adequações em máquinas e equipamentos e da flexibilização de horários de trabalho (SANT'ANNA; KILIMINK; MORAES, 2011). Para Huse e Cummings, a qualidade de vida no trabalho está intimamente ligada às pessoas, ao trabalho e à organização, focando a preocupação com o bem-estar do trabalhador, a eficácia organizacional e a participação dos empregados nas decisões e problemas do trabalho (RODRIGUES, 2011).

A QVT seria alcançada através de uma melhor coordenação, motivação e capacitação, conjugadas ao foco com a elevação da produtividade, conforme mostra a Figura 2.

Figura 2 - Abordagem de Huse e Cummings (1985)



Fonte: Huse e Cummings (1985).

Alguns desses modelos, concentram-se na valorização dos cargos (Hackman e Oldham, 1975; Werther e Davis, 1983; Huse e Cummings, 1985), o que os torna questionáveis, dado o surgimento do modelo competitivo de gestão por competências. Neste modelo busca-se identificar se o perfil dos colaboradores (conhecimentos, habilidades e atitudes) de uma corporação estão alinhados ao perfil ideal exigido pelos cargos. Procura-se então a lacuna de competência eventualmente existente em determinada organização ou equipe e procura-se eliminá-la ou até mesmo minimizá-la (Fischer, 2002).

Uma meta-análise realizada sobre as pesquisas desenvolvidas sobre QVT entre 2000 e 2005 no Brasil mostra que os modelos de QVT mais utilizados são os de Walton (1973) e Hackman e Oldham (1975), e aqueles estudos que necessitaram de questionários para realizar suas pesquisas, criaram instrumentos próprios (LIMONGI-FRANÇA, 2006).

Dentre estes instrumentos, os principais já validados no Brasil são: WHOQOL 100, WHOQOL-bref, Quality of Working Life Questionnaire – Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho (QWLQ-78), Quality of Working Life Questionnaire – Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho-versão abreviada (QWLQ-bref), Total Quality of Work Life – Qualidade de Vida no Trabalho Total (TQWL-42), QVT da sociedade hodierna brasileira (FERRO, 2012).

Para este estudo elegeu-se o WHOQOL-BREF, pelas razões que tentaremos elencar na próxima sessão.

4 O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Os instrumentos de avaliação em QV em geral são desenvolvidos em um único país e então traduzidos para diferentes línguas. Esta metodologia tem como desvantagem não levar em consideração as peculiaridades do país no qual o instrumento traduzido vai ser aplicado. Visando criar um instrumento para avaliação de QV que levasse em consideração as peculiaridades de diferentes países de distintas culturas, em 1991, a OMS desenvolveu o “World Health Organization Quality of Life Instrument” (WHOQOL). Este questionário foi desenvolvido durante quatro anos, a partir de 15 centros, envolvendo 45000 participantes. Para isso foram selecionados centros com diferentes níveis de industrialização, assim como estágios diversos de recursos de saúde disponíveis e outros marcadores relevantes para medida de qualidade de vida, como papel da família, percepção de tempo, percepção do ser, domínio religioso, entre outros (Power et al., 1999).

Elegeram-se o WHOQOL-bref para este estudo, dado o seu caráter internacional e transcultural, o que resultou na progressiva utilização deste questionário ao longo dos anos, principalmente a partir de 2005 (THE WHOQOL GROUP, 1997).

Acredita-se que essa tendência deva manter-se no futuro pela maior divulgação do instrumento por meio dos estudos publicados (KLUTHCOVSKY, 2009).

Uma das vantagens dos instrumentos WHOQOL é o fato de possuir caráter transcultural, podendo, assim, ser utilizado em um local em particular, além de permitir desenvolver pesquisas colaborativas em diversos centros, com culturas diferentes, e comparar os resultados desses diferentes países e populações (THE WHOQOL GROUP, 1997). Dado estas características, este instrumento já foi traduzido para mais de 20 idiomas.

A necessidade de instrumentos curtos, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref* (WHOQOL GROUP, 1998b).

A versão abreviada demonstrou características satisfatórias quanto à confiabilidade teste-reteste e à validade discriminante. Ademais, a principal vantagem desta versão reside na rapidez de seu preenchimento (Spitzer et al., 1994).

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, abrangendo duas questões gerais de qualidade de vida e as restantes 24 representando cada uma das 24 facetas individuais que compõem o instrumento em sua origem (ANEXO I).

Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (THE WHOQOL GROUP, 1998).

No Quadro 6, destaca-se os domínios com suas respectivas facetas:

Quadro 6 - Domínios e facetas do WHOQOL-Bref

DOMÍNIOS	FACETAS
QV GLOBAL	Qualidade de vida de modo geral Satisfação com a própria saúde
FÍSICO	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
PSICOLÓGICO	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais
RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
MEIO AMBIENTE	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte

Fonte: Adaptado de Fleck et al. (2000).

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida

da OMS de que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio *meio ambiente* foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio *psicológico*. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão (FLECK, 1999).

Ao se comparar os resultados do teste de campo realizado com o WHOQOL-bref com a versão WHOQOL-100 brasileira observou-se que as características psicométricas são semelhantes (FLECK, 1999).

As características psicométricas do WHOQOL-bref na sua versão em português são semelhantes às da amostra do estudo multicêntrico que deu origem ao instrumento (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O WHOQOL-bref apresentou boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste, ao utilizar-se uma amostra heterogênea de pacientes com enfermidades distintas e tratados tanto em regime ambulatorial como hospitalar. A consistência interna do WHOQOL-bref medida pelo coeficiente α de Cronbach foi boa, quer se tomem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Coeficiente de fidedignidade de Chronbach dos domínios e questões

Função	Coeficiente de Chronbach	Número de casos	Número de itens
Domínios	0,77	286	6
26 questões	0,91	284	100
Domínio 1	0,84	293	7
Domínio 2	0,79	292	6
Domínio 3	0,69	299	3
Domínio 4	0,71	297	8

Fonte: Adaptado de Fleck et al. (2000).

Ao preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original (o WHOQOL-100), a versão abreviada preservou a abrangência do construto qualidade de vida incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e relações sociais (FLECK, 1999).

Nesta pesquisa, a coluna central do questionário (ANEXO I) foi retirada, para fins de evitar que o entrevistado posicione-se muitas vezes numa posição neutra (nem ruim, nem boa; nem satisfeito, nem insatisfeito; médio; mais ou menos; etc). Dessa forma, obrigou-se o entrevistado a posicionar-se de forma positiva ou negativa a cada questionamento.

5 PROGRAMAS DE QVT – COQVT/UFC

Neste capítulo apresenta-se as principais abordagens para QVT existentes e os programas de qualidade de vida e promoção à saúde desenvolvidos pela Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT) da UFC.

5.1 Programas de QVT - Aspectos Conceituais

O interesse por QVT toma impulso após a Primeira Guerra Mundial, quando uma série de fatores econômicos, políticos e sociais contribuiu para a necessidade de mudanças na forma de tratamento dos trabalhadores. Naquela época, a produtividade dos empregados necessitava ser garantida de qualquer modo. As preocupações com eles eram muito mais de cunho econômico do que ético (FERREIRA, 2009).

A principal repercussão das mudanças, no que concerne ao bem-estar dos trabalhadores, deu-se na criação dos primeiros programas de segurança no trabalho, difundidos nas décadas de 1930 e 1940. Em seguida, na década de 1950, surge, na Inglaterra, o primeiro modelo de QVT tendo por base os estudos de Eric Trist e colaboradores (RODRIGUES, 2011).

O equilíbrio entre o bem-estar dos trabalhadores, a satisfação de usuários/clientes e a missão/objetivos organizacionais ganham importância e colocam na ordem do dia a pertinência da temática qualidade de vida no trabalho. A concepção e a implantação dos programas de QVT, feitas de forma participativa, vêm-se afirmando como uma alternativa para compatibilizar bem-estar, eficiência e eficácia nas organizações (FERREIRA, 2009).

Identificam-se, de forma geral, duas abordagens para QVT: uma clássica, de caráter essencialmente assistencialista, e uma contra-hegemônica, de natureza preventiva. A abordagem assistencialista é predominante e concentra a maior parte dos estudos sobre QVT (FERREIRA, ALVES e TOSTES, 2006). Essa abordagem tem como principais características: responsabilização do trabalhador por sua QVT, atividades de QVT de natureza compensatória, com vistas a diminuir o desgaste que os trabalhadores vivenciam e ênfase na produtividade, resultado da competitividade advinda da globalização, tornando-se, então, produtivismo. Entre as principais variáveis trabalhadas nas organizações, com base nessa abordagem, destacam-se o enriquecimento do cargo e das tarefas, a motivação, a satisfação pessoal, o comprometimento, a

realização de atividades de lazer, físicas e culturais (KIRBY e HARTER, 2001).

A desvantagem por parte da concepção assistencialista evidencia-se, basicamente, pela dificuldade de conseguir, por parte dos trabalhadores, adesão duradoura aos programas (ANTLOGA e LIMA, 2007).

Fazendo uma contraposição à concepção assistencialista, nos últimos anos vem emergindo uma concepção contra-hegemônica de QVT, de caráter preventivo, com base em estudos, pesquisas e intervenções em instituições que se apoiam na abordagem da ergonomia da atividade aplicada à qualidade de vida no trabalho. O foco desta abordagem está em remover os problemas geradores de mal-estar no trabalho nos contextos de produção, atuando em três dimensões interdependentes: condições, organização e relações socioprofissionais de trabalho. Nessa concepção, a QVT é concebida como uma tarefa de todos na organização, devendo haver uma busca permanente pela harmonia entre o bem-estar, a eficiência e a eficácia nos ambientes organizacionais (FERREIRA, 2009).

O campo científico da QVT, de viés preventivo, guarda uma nítida interface de interesses com o campo da ergonomia da atividade em face, principalmente, dos objetivos comuns e afinidades teóricas. Todavia, existe uma distinção entre os dois campos, que consiste no fato de que as abordagens de QVT, de modo geral, filiam-se a uma perspectiva analítica de natureza macroprocessual focada no estudo da organização como um todo, enquanto a tradição de estudos em Ergonomia da Atividade alinha-se em uma perspectiva de natureza microprocessual, focada em setores específicos da organização (FERREIRA, 2009).

Costumeiramente, oferecem-se diversas atividades orientadas para o bem-estar físico (ginástica laboral, massagens e cursos de dança, por exemplo) ou com a proposta de equilibrar aspectos físicos e emocionais (*tai chi chuan*, ioga, coral, por exemplo). As atividades, *per se*, não são inúteis, mas somente paliativas. O problema começa quando são utilizadas como forma de mascarar a perspectiva ideológica de trabalho e de ser humano que lhes são subjacentes. Sob essa ótica, o trabalhador é a variável de ajuste e não haveria necessidade de modificar seu contexto de produção de bens e serviços — CPBS (FERREIRA e MENDES, 2003). Conforme essa perspectiva não é no contexto de produção que se encontra a gênese das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores.

Os programas de qualidade de vida e promoção à saúde desenvolvidos pela Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho (COQVT) da UFC encontram-se em sintonia

com a política pública do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Serão mostrados a seguir:

5.2 Atividades da Divisão de Apoio Psicossocial (DIAPS)

Composta por profissionais prioritariamente da área de Psicologia e Serviço Social. Tem como competência atuar junto às questões psicossociais em suas variadas expressões, implantando e desenvolvendo ações que oportunizem a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da UFC e dos órgãos integrantes da Unidade SIASS/UFC, além do consequente crescimento institucional.

Esta divisão desenvolve diversos projetos voltados para promoção e prevenção da saúde.

5.2.1 Projeto Elaborar Compreender e Transformar o Trabalho

O projeto visa à promoção da saúde dos servidores a partir das mudanças no contexto de trabalho. Espera-se que estas mudanças favoreçam a saúde dos trabalhadores, bem como a qualidade dos serviços prestados. Tem por objetivo compreender como se constitui a atividade laboral realizada na instituição, de modo a suscitar transformações nos contextos de trabalho. Esse projeto tem como diretriz fundamental a participação dos servidores em todas as etapas previstas, bem como a disponibilidade e a disposição dos gestores em dialogar e negociar com sua equipe de trabalho com intuito de melhorar a organização, condições e relações de trabalho.

Utiliza a metodologia de auto confrontação cruzada, onde um servidor vê e analisa vídeo gravado de outro colega exercendo sua atividade. Após análise são colhidas as oportunidades de melhorias. Possui como referencial teórico o ramo da Psicologia do Trabalho, através da Clínica da Atividade.

Os seguintes setores já solicitaram este programa: Imprensa universitária, Centro de Ciências Agrário, Departamento de Administração, CPASE e Almoxarifado Central.

Em 2014 foram realizados 94 encontros e foram atingidos 102 servidores.

5.2.2 Projeto Mediação de Conflitos nos Contextos de Trabalho

A existência de conflitos dentro das organizações é algo corriqueiro, pois além de se constituírem como locais onde pessoas desempenham atividades profissionais, são espaços de sociabilidade e construção de vínculos. Dentro desta perspectiva, visualiza-se a ocorrência de conflitos sócio profissionais que podem repercutir negativamente para a saúde dos trabalhadores. As atividades relacionadas à mediação de conflitos presentes nos contextos de trabalho, atende a demandas oriundas de diversos setores da Instituição. O objetivo é atuar na perspectiva da promoção à saúde do servidor a partir de ações que visem à mediação de conflitos nos contextos de trabalho.

Visa fundamentalmente evitar processos administrativos, tendo como premissas básicas não procurar culpados, e não participar de eventuais questionamentos futuros via processos. Em 2014 foram atingidos 06 servidores em 18 atendimentos realizados na MEAC, Curso de Educação Física e Curso de Fisioterapia.

5.2.3 Projeto de Preparação para a Aposentadoria (PPA)

Efetiva-se através de curso preparatório para a aposentadoria voltado aos servidores docentes e técnico-administrativos com até 02 anos para integralizar tempo de serviço necessário à aposentadoria. São realizados módulos referentes à saúde, direitos do aposentado e qualidade de vida.

Em 2014 participaram dessa atividade 440 servidores em 22 encontros.

5.2.4 Projeto de Valorização do Aposentado (PVA)

Propicia aos servidores aposentados da UFC, uma atitude positiva em face da atual situação socioeconômica em que estão inseridos, valorizando-os e incentivando-os a novas buscas e realizações.

Em 2014 foram atendidos 440 servidores aposentados em 22 encontros.

5.2.5 Projeto Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e outras Drogas

Atua na desmistificação do assunto álcool e outras drogas na organização, desestimulando, por meio de campanhas e abordagens sociais, o consumo entre os trabalhadores. O projeto também incentiva a procura espontânea de ajuda por aqueles que apresentam problemas de uso, abuso ou dependência de álcool e drogas, facilitando sua reinserção no ambiente de trabalho e na família.

Viabiliza-se tratamento clínico, psicológico e social a servidores que apresentem dificuldades relacionadas ao uso de drogas, por meio de encaminhamentos a instituições parceiras.

Em 2014 foram realizados 55 atendimentos a servidores e familiares que são acompanhados pelo projeto. Outras ações incluem palestras, capacitação de gestores, seminários e distribuição de material informativo.

5.2.6 Atendimento Psicológico Clínico Individual

Acolhe a demanda de atendimento em psicologia clínica dos servidores docentes e técnico-administrativos em exercício e aposentados e dos órgãos integrantes da unidade SIASS.

Em 2014 foram atendidos 48 servidores em 244 atendimentos clínicos, através de demanda espontânea.

5.2.7 Atendimento Social Individualizado

Trata-se de prestação de atendimento social e fornecimento de orientações acerca de questões econômico-financeiras, direitos do servidor, benefícios previdenciários, recursos da comunidade e relacionamento familiar.

Em 2014 foram atendidos 25 servidores em 81 atendimentos sociais.

No Quadro 7 apresenta-se o quantitativo de servidores, sejam eles aposentados ou na ativa, atingidos pelas diversas ações da Divisão de Apoio Psicossocial da UFC no ano de 2014.

Além desses projetos esta divisão realiza ações de promoção a saúde como 2º

seminário de enfrentamento ao uso/abuso de drogas: Experiência e saberes; Cozinha Brasil; e realização do Outubro Rosa (data comemorativa relacionada à prevenção do câncer de mama) e Novembro Azul (data comemorativa relacionada à prevenção do câncer de próstata), as duas últimas ações nacionalmente consolidadas.

Quadro 7 – Servidores atingidos por ações da Divisão de Apoio Psicossocial (DIAPS) em 2014.

PROGRAMAS	ATINGIDOS PELO PROGRAMA
Projeto Elaborar Compreender e Transformar o Trabalho	102 servidores em 94 encontros
Projeto Mediação de Conflitos nos Contextos de Trabalho	06 servidores em 18 atendimentos
Projeto de Preparação para a Aposentadoria (PPA)	440 servidores em 22 encontros
Projeto de Valorização do Aposentado (PVA)	440 servidores aposentados em 22 encontros
Projeto Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e outras Drogas	55 servidores com atendimentos individuais
Atendimento Psicológico Clínico Individual	48 servidores em 244 atendimentos clínicos
Atendimento Social Individualizado	25 servidores em 81 atendimentos sociais.

Fonte: pesquisa direta do autor.

5.3 Atividades da Divisão de Programas e Projetos Culturais (DIPPC)

Esta divisão promove durante todo o ano atividades e ações que visam à qualidade de vida do servidor. Também atende dependentes e outros órgãos da Unidade SIASS/UFC.

Dentre as ações relacionadas com o tema, as principais são:

5.3.1 Orquestra de Flautas

Contribui para a socialização, o raciocínio, a concentração, a disciplina, o aprimoramento do senso crítico e a expansão do conhecimento musical dos participantes, valorizando o servidor e sua família. Além de aulas práticas e teóricas, a Orquestra tem apresentações públicas dentro e fora da UFC.

No projeto ‘Orquestra de flautas’, busca-se a educação musical como um instrumento

de transformação social, de equilíbrio entre o artístico e o didático. A criatividade, a sensibilidade, a imaginação e consequentemente a aquisição sistematizada do conhecimento musical são características deste projeto.

A música, como arte, é um elemento primordial para o desenvolvimento de habilidades artísticas, culturais e para a interação entre as pessoas.

Em 2014 participaram desse projeto 30 servidores entre veteranos e novatos.

5.3.2 Dança de salão

O curso de Dança de Salão visa promover a saúde física e mental e incrementar a socialização dos servidores e seus cônjuges através de uma atividade física e lúdica. Este programa visa integrar os servidores, melhorando as relações de trabalho dentro do ambiente institucional da UFC, com a redução do estresse laboral e a constituição de um clima organizacional mais harmônico.

Os exercícios físicos da dança de salão são de baixo impacto, auxiliando na melhoria das condições cardiovasculares. No aspecto mental, o exercício em grupo ajuda a fortalecer as relações de solidariedade, amizade e parceria, reduzindo a ansiedade e estimulando a memória e a concentração. No aspecto social a dança estimula o contato físico, a socialização, incentivando a criação de novos laços sociais, através da diminuição da timidez.

Em 2014, participaram 55 pessoas entre servidores, dependentes, aposentados e pensionistas.

5.3.3 Massoterapia

Estas atividades possuem como objetivo principal a diminuição do estresse laboral e a prevenção das doenças osteomusculares, notadamente a dorso lombalgia e as DORTs (doenças osteo articulares relacionadas ao trabalho).

A massagem figura como uma das mais antigas técnicas naturais para restabelecer o equilíbrio físico e psíquico. Dependendo da técnica, a massoterapia pode contribuir para amenizar e prevenir problemas do servidor como: tensão, estresse físico e mental e dores decorrentes de alterações posturais no trabalho.

A massoterapia possui foco na prevenção das doenças osteomusculares. Prática particularmente importante para trabalhadores que laboram em ambiente de escritório e/ou laboratório, como no ambiente universitário. Atua tanto no caráter preventivo, como no curativo, exercendo papel coadjuvante no tratamento dos quadros álgicos.

Em 2014 ocorreram em média 120 atendimentos por mês.

5.3.4 Yoga

Constitui uma importante prática para melhoria da consciência corporal e da elasticidade, amenizando os sintomas decorrentes da má postura na realização das atividades do dia-a-dia. Visa a redução da ansiedade, a estimulação da memória, a melhoria da concentração e da consciência corporal.

Os exercícios físicos da Ioga podem ser praticados por pessoas de várias faixas etárias, independentemente de sexo. Seu princípio fundamental é o de facilitar a conexão do corpo com a mente, através de recursos como a meditação, a respiração profunda e a execução dos ásanas, posturas corporais inspiradas em animais ou em outras referências da natureza.

Conhece-se os benefícios da Ioga para o sistema endócrino, através da redução da liberação de cortisol, sistema cardiorrespiratório, com a regulação dos batimentos cardíacos e o aumento da capacidade respiratória; e o sistema musculoesquelético, com a melhoria do alongamento, e da elasticidade muscular, e o realinhamento da postura.

Em 2014, uma média de 23 servidores em cada mês foram atingidos por esta ação.

5.3.5 Teatro

O projeto 'Quero Ver Teatro' visa proporcionar aos servidores uma melhoria na habilidade de relacionamento social, diminuir a timidez, a coordenação motora e a consciência corporal. Ademais, disponibiliza ferramentas de como trabalhar em grupo, desenvolve habilidades cognitivas como memória e raciocínio, e expande o repertório cultural daqueles envolvidos. O teatro termina por constituir uma forma de comunicação que pode auxiliar na difusão de informações, especialmente sobre a qualidade de vida e saúde no ambiente de trabalho.

Este projeto traz a oportunidade da comunicação horizontal (servidor-servidor) e vertical (servidor-instituição), além de uma comunicação descendente (da instituição com o servidor) e também uma ascendente, pois a instituição deverá estar atenta à opinião dos servidores. Trata-se de um mecanismo de contribuição para iniciativas de melhoria na QVT tanto por parte dos servidores como da instituição.

Em 2014, 16 servidores inscreveram-se para participar desta ação.

No Quadro 8 apresenta-se o quantitativo de servidores atingidos pelas diversas ações da DIPPC da UFC no ano de 2014.

Quadro 8 – Servidores atingidos por ações da Divisão de Programas e Projetos Culturais (DIPPC) em 2014.

PROGRAMAS	ATINGIDOS PELO PROGRAMA
Orquestra de Flautas	30 servidores
Dança de salão	55 pessoas entre servidores, dependentes, aposentados e pensionistas.
Massoterapia	120 atendimentos mensais em média
Yoga	23 atendimentos mensais em média
Teatro	16 servidores

Fonte: pesquisa direta do autor.

5.4 Atividades da DESMT

A Divisão de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho é composta majoritariamente por profissionais de Medicina do Trabalho, Engenheiros e Técnicos de Segurança no Trabalho.

5.4.1 Realização de Exames Médicos Periódicos

Os exames médicos periódicos com seus respectivos exames complementares são fornecidos através de convênio com o Serviço Social da Indústria (SESI). Tem por objetivo monitorar de forma preventiva a saúde dos servidores, assim como atestar a capacidade laborativa dos mesmos.

Em 2014 foram atingidos 427 servidores por esta ação, através da realização do

atestado de saúde ocupacional (ASO). Ademais são realizados exames complementares relacionados com Medicina Preventiva, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Exames Periódicos dos servidores

SERVIÇO	QUANTIDADE
ASO	427
Citologia	124
Sangue Oculto	105
PSA	26
Mamografia	41
Oftalmologia	84

Fonte: Divisão de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - DESMT

5.4.2 Campanhas Pontuais do Ministério da Saúde

Atividade que foca na prevenção dos cânceres mais prevalentes em nosso meio, como doença maligna da mama, colo do útero e próstata. São realizadas ações educativas de sensibilização a respeito da prevenção destas patologias e, para tal, utiliza a datas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Estas três divisões são as principais responsáveis pelas ações de qualidade de vida no trabalho e promoção à saúde para toda universidade, além de englobarem ações também para outros órgãos que compõe a Unidade SIASS/UFC.

As principais dificuldades elencadas no relatório 2013 dizem respeito principalmente à questão do financiamento das ações, o excesso de burocracia para contratação de serviços, e a questão da infraestrutura dos espaços, dentre outros.

Alguns desafios se aprestam para uma efetiva política de Qualidade de Vida no Trabalho como: melhoria das condições laborais dos servidores, maior participação nas decisões por parte dos empregados, planejamento que englobe a organização do trabalho, dentre outras questões que envolvam a efetivação da política de saúde do servidor público federal. Todos os programas e projetos executados na PROGEP estão em consonância com a política de Atenção à Saúde dos Servidores.

A ação relacionada com os exames médicos periódicos possui ferramenta própria de avaliação por parte dos que participaram do mesmo, com vista à melhoria contínua, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Avaliação dos Exames Periódicos dos servidores

AVALIAÇÃO	NOTA (1 - 10)
Facilidade para agendamento dos exames	9,38
Agilidade e presteza na realização dos atendimentos	9,45
Ética e profissionalismo dos profissionais de saúde ao realizar os atendimentos	9,83

Fonte: Divisão de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - DESMT

Os projetos/programas e ações supracitadas, em boa parte, não possuem avaliação dos impactos sob a perspectiva da QVT. A QVT não é mensurada entre os servidores, seja de forma prévia, antes da implantação dos programas na fase de diagnóstico do meio; ou de forma posterior, no sentido de avaliar os possíveis benefícios trazidos.

6 METODOLOGIA DE PESQUISA

O presente estudo realizou-se no complexo hospitalar da UFC (HUWC e MEAC), no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016 (coleta efetiva de dados). Neste capítulo descreve-se as características do estudo, caracteriza-se a amostra e o procedimento para a coleta e análise de dados.

6.1 Tipo de Estudo

O estudo caracteriza-se por ser de levantamento, pois se efetivou através da interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de servidores acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados. Traça-se então as características de uma população específica, a saber, os servidores do complexo hospitalar da UFC (GIL, 2008).

Trata-se de uma pesquisa descritiva, na qual tenta-se descrever as características de determinadas populações ou fenômenos através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008).

O escopo deste estudo são os servidores do HUWC e da MEAC. A análise ateve-se à caracterização do perfil de Qualidade de Vida no Trabalho em suas quatro premissas básicas (física, psicológica, relações pessoais e meio ambiente), percebidas pelo próprio empregado, com posterior comparação nas seguintes variáveis: sexo, idade, função, setor de trabalho e turno de trabalho.

Pensou-se em utilizar neste estudo o processo de amostra aleatória simples, contudo devido às características da pesquisa, os problemas relacionadas ao acesso às organizações envolvidas, como o tempo necessário para o preenchimento dos questionários e a desconfiança de alguns entrevistados, optou-se pela definição de uma amostra.

Seguem no ANEXO A as características do instrumento a ser utilizado para a coleta de dados proposta.

6.2 Critérios de Exclusão e Inclusão da Amostra

Na constituição da amostra, utilizou-se os critérios: servidor ser lotado na MEAC ou no HUWC em uma das quatro funções elegidas, a saber: médico, enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem; aceitação voluntária acerca da participação e presença no ambiente de trabalho quando da coleta de dados. Elegeram-se estas funções, por elas serem as mais representativas do ponto de vista quantitativo. As quatro ocupações aqui estudadas possuem 80,6% dos servidores das duas instituições hospitalares. Ademais, estas atividades são aquelas mais diretamente relacionadas à atividade fim dos hospitais.

Foram critérios de exclusão: servidor de férias, licença (doença em pessoa da família, afastamento do cônjuge, serviço militar, atividade política, capacitação, interesses particulares, desempenho de mandatos classistas) ou afastamentos (servir a outro órgão ou entidade, exercício de mandato eletivo, estudo ou missão no exterior, pós-graduação *stricto sensu* no país). Isso se deve ao fato dos servidores afastados do labor não possuírem a mesma percepção de sua qualidade vida no trabalho daqueles que estão imersos em sua atividade.

6.3 População e Amostra

Considerando as quatro funções elegidas para o estudo, a população dos profissionais de saúde do complexo hospitalar é constituída por 253 médicos, 180 enfermeiros, 217 técnicos em enfermagem e 309 auxiliares de enfermagem, distribuídos em dois diferentes hospitais, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição do número de funcionários por função e hospital

Função	HUWC	MEAC	TOTAL
Médico	175	78	253
Enfermeiro	106	74	180
Técnico em Enfermagem	140	77	217
Auxiliar de Enfermagem	159	150	309
Total	580	379	959

Fonte: Divisão de Informação de Pessoal Ativo – DIPAT.

A maioria dos profissionais é do sexo feminino (763), contra 196 do sexo masculino.

Quanto à faixa etária, a mais prevalente foi aquela compreendida entre 41 e 50 anos (392), seguida da faixa de 51 a 60 anos com 312 funcionários. As três faixas menos prevalentes são: 30-40 anos com 189, mais de 60 anos (65) e menos de 30 anos (1).

Quanto aos hospitais universitários do complexo, 580 profissionais encontravam-se lotados no HUWC (Hospital Universitário Walter Cantídio) e 379 profissionais na MEAC (Maternidade Escola Assis Chateaubriand).

Quanto à MEAC, a distribuição dos profissionais de saúde, distribuiu-se da seguinte forma: 77 técnicos em enfermagem, 150 auxiliares de enfermagem, 74 enfermeiros e 78 médicos.

Quanto ao HUWC, a distribuição dos profissionais de saúde, constituiu-se da seguinte maneira: 140 técnicos em enfermagem, 159 auxiliares de enfermagem, 106 enfermeiros e 175 médicos.

Na determinação do tamanho amostral aplicou-se a Amostragem Estratificada Proporcional, cuja fórmula é dada pela equação abaixo (para maiores detalhes ver COCHRAN, 1977):

$$n = \frac{\sum_{h=1}^L N_h^2 \frac{N_h P_h (1-P_h) / N_h - 1}{W_h}}{\left(\frac{Nd}{z}\right)^2 + \sum_{h=1}^L N_h \frac{N_h P_h (1-P_h)}{N_h - 1}} \quad (1)$$

Em que:

- i. n = tamanho amostral;
- ii. N = tamanho da população (número de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem do HUWC e MEAC, que correspondem a 8 estratos);
- iii. N_h = tamanho de cada estrato da população, com $h = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7$ e 8 - número de profissionais da população por hospital: $h=1$ (médico do HUWC); $h=2$ (enfermeiro do HUWC); $h=3$ (técnico em enfermagem do HUWC); $h=4$ (auxiliar de enfermagem do HUWC); $h=5$ (médico da MEAC); $h=6$ (enfermeiro do MEAC); $h=7$ (técnico em enfermagem da MEAC); $h=8$ (auxiliar de enfermagem da MEAC);
- iv. L = número de estratos (nesta pesquisa $L = 8$);
- v. $W_h = \frac{N_h}{N}$, percentual de cada estrato na população;

- vi. z = nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios- padrão (no caso deste trabalho $z = 1,96$, que corresponde a uma confiança de 95%);
- vii. P_h = proporção populacional da característica única a ser pesquisada do h-ésimo estrato, com $h= 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7$ e 8 e $0 < P_h < 1$;
- viii. d = erro de estimativa (nesta pesquisa $d = 5$ pp – pontos percentuais).

Assume-se nesta pesquisa que $P_h=0,5$, para todos os estratos, o que fornece o maior tamanho amostral para o erro de estimativa e nível de confiança escolhidos.

Assim,

$$n = \frac{\sum_{h=1}^8 N_h^2 \frac{N_h \times 0,5 \times (1-0,5) / N_h - 1}{N_h}}{959} + \left(\frac{959 \times 0,05}{1,96} \right)^2 + \sum_{h=1}^8 N_h \frac{N_h \times 0,5 \times (1-0,5)}{N_h - 1}$$

Portanto, $n \approx 276$

Para a determinação do tamanho amostral entre os estratos (profissões), leva-se em consideração W_h , percentual de cada estrato na população. Dessa forma, para o cálculo amostral para cada profissão aplicou-se o percentual equivalente da população na amostra (amostragem proporcional) conforme a Tabela 5.

$$n_h = n \times \frac{N_h}{N}$$

Em que:

n_h = tamanho amostral das h-ésima profissão

Tabela 5 – Determinação do tamanho da amostra de cada estrato

Função	Tamanho de cada estrato: $n_h = n \times (N_h/N)$		TOTAL
	HUWC	MEAC	
Médico	51 =276×(175/ 959)	23 =276×(78/ 959)	74
Enfermeiro	31 =276×(106/ 959)	22 =276×(74/ 959)	53
Técnico de Enf.	41 =276×(140/ 959)	23 =276×(77/ 959)	64
Auxiliar de Enf.	46 =276×(159/ 959)	44 =276×(150/959)	90
Total	169	112	281

Fonte: Elaborada pelo autor

É importante informar que para manter o erro máximo de estimativa assumido nesta pesquisa ($d=5$ pp), foram arredondados para o maior inteiro todos os valores de n_h , o tamanho de cada estrato. Assim o tamanho final da amostra é de aproximadamente 281 funcionários.

6.4 Redimensionamento do erro em função da amostra obtida

A amostra inicialmente elegida para possuir 281 empregados passou a um total de 182 colaboradores. Isto se deu pela dificuldade encontrada na coleta de dados devido à greve de servidores que diminuiu a presença dos mesmos nos postos de trabalho, assim como sua receptividade para com o estudo.

Outro fator impactante foi a demora na aprovação do estudo nos Comitês de Ética nas instituições coparticipantes – HUWC e MEAC, e no Comitê de Ética da própria UFC.

Por fim, o número de respostas alcançadas por meio do correio eletrônico foi bem aquém da esperada.

Com o novo quantitativo estabelecido, este estudo passou a apresentar um erro de estimativa de 6,5 pp (pontos percentuais), mantendo-se o intervalo de confiança de 95%.

6.5 Instrumento e Procedimento para Coleta de Dados

Utilizou-se o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, o World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-100), em versão abreviada, o WHOQOL- BREF. Esta versão, a despeito de ser reduzida, engloba os quatro principais domínios a serem avaliados - físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente.

Vale ressaltar que foi desnecessária a validação do questionário, por se tratar de um instrumento amplamente utilizado em pesquisas relacionadas à mensuração da QVT.

Ademais, para a caracterização do gênero, faixa etária, função, setor de trabalho e turno de trabalho, indagou-se de forma objetiva estas variáveis, através do Questionário de Variáveis Sociodemográficas (APÊNDICE A).

Existiram duas formas de coleta de dados. A forma presencial atingiu 143 colaboradores. A forma virtual, por sua vez, alcançou 39 profissionais do universo selecionado.

Presencialmente, os questionários foram entregues em mãos, para cada empregado, em seu respectivo setor de trabalho. No ato da entrega, os envolvidos foram informados sobre o objetivo da pesquisa, e tiveram a confirmação da confidencialidade e não obrigatoriedade da mesma. Neste momento, foi pedido a assinatura de um termo de consentimento.

Virtualmente, os questionários foram enviados para o correio eletrônico cadastrado na Divisão de Pagamento de Pessoal Ativo (DIPAG) da Coordenadoria de Administração de Pessoal (CAPES) da Pró-reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEP). Infelizmente vários correios retornaram para o remetente, não podendo ser enviados a contento, demonstrando uma desatualização neste banco de dados

Por fim, importante lembrar que foi necessária a natural anuência e concordância da direção dos hospitais envolvidos neste projeto.

6.6 Análise Estatística dos Dados

Utilizou-se o *Statiscal Package for Social Science* (SPSS) para a análise dos dados, acompanhado do Excel Office 2007 da Microsoft e das técnicas estatísticas de Análises Exploratória de Dados e Testes de Hipóteses.

Para as interpretações e análises dos resultados foram aplicados os métodos estatísticos clássicos: análise exploratória de dados e inferência estatística, em particular, testes de hipóteses – teste de Mann-Whitney e Kruskal Wallis - cujas explicações se encontram no capítulo 7 referente às análises desta pesquisa.

6.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Para a coleta de dados foi respeitado o consentimento informado do profissional pesquisado, salvaguardando seus interesses. O servidor foi também informado do direito de recusa à participação desta pesquisa, assim como do direito de desistência no decorrer da mesma.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, assim como pelos Comitês de Ética das instituições coparticipantes – HUWC e MEAC, após o aceite da Solicitação de Autorização para Pesquisa no Complexo Hospitalar da UFC (ANEXO B).

Foram garantidas a confiabilidade, privacidade e o anonimato da informação coletada. Os servidores leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), seja na forma impressa, ou na virtual, neste último caso através do preenchimento obrigatório acerca da concordância com o referido termo.

7 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram analisados inicialmente comparando-se os domínios com cada variável elegida. Em seguida, procedeu-se à análise dos domínios individualmente com a análise pormenorizada de suas respectivas facetas. Finalmente conclui-se com a comparação entre os domínios do questionário aplicado.

7.1 Dados Sociodemográficos

Dentre os 959 (N=959) profissionais lotados no complexo hospitalar da UFC nas funções elegidas (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico) foram avaliados 182 trabalhadores (n=182).

Quanto ao perfil dos 182 profissionais da saúde amostrados, obteve-se 9% que correspondem ao sexo masculino e 91% correspondentes ao sexo feminino, mostrando um predomínio expressivo deste último com relação ao primeiro, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6 - Variáveis sociodemográficas dos profissionais amostrados

Variável	Categorias da Variável	n	%
Gênero	Feminino	165	91
	Masculino	17	9
Faixa Etária	< 30 anos	2	1
	30-40 anos	40	22
	41-50 anos	74	41
	51-60 anos	58	32
	>60 anos	8	4
Função	Médico	22	12
	Enfermeiro	40	22
	Técnico/Auxiliar de Enfermagem	120	66
Hospital de Trabalho	HUWC	88	48
	MEAC	94	52
Turno de Trabalho	Comercial	108	59
	Plantões	74	41

Fonte: pesquisa direta

A tendência presente até os dias atuais à feminilização da área de saúde no país, principalmente aquela relacionada aos profissionais de enfermagem, é oriunda da construção dos gêneros sexuais anteriormente estabelecidos, nos quais os cargos sociais mais importantes eram

representados pelo gênero masculino, enquanto a escolha profissional da mulher deveria ser “adequada” para o seu sexo.

Quanto à faixa etária, 1% dos participantes encontraram-se com menos de 30 anos, 22% entre os 30 e 40 anos, 41% entre os 41 e 50 anos e 32% já ultrapassaram os 60 anos.

Como a maioria dos novos profissionais do complexo hospitalar estão sendo contratados com regime diferenciado através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) - empresa pública vinculada ao Ministério da Educação - o universo estudado de profissionais vinculados diretamente à UFC apresentou uma faixa etária mais elevada.

Com relação à função exercida pelos participantes da amostra, 12% foram médicos, 22% corresponderam aos enfermeiros, 66% foram técnico/auxiliar de enfermagem.

Optou-se para fins deste estudo unir as duas últimas funções em um grupo único, pois diversas vezes um determinado servidor ainda encontrava-se cadastrado como auxiliar de enfermagem, a despeito de já possuir a formação de técnico de enfermagem.

No Brasil, os técnicos e auxiliares de enfermagem correspondem respectivamente a 43% e 36,98% dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2011), sugerindo que a atenção de enfermagem está sendo pouco a pouco executada por enfermeiros e técnicos de enfermagem, conferindo maior capacitação especializada aos cuidados de enfermagem.

Quanto ao hospital de trabalho 48% corresponderam aos profissionais do HUWC e 52% aos da MEAC.

Com relação ao turno de trabalho 41% encontraram-se no regime de plantões, enquanto 59% no regime comercial, sendo a maioria com carga horária disposta por blocos de seis horas.

Inicia-se a análise dos dados fazendo a comparação dos domínios pelas variáveis sociodemográficas elegidas.

Para verificar se as diferenças entre as médias dos domínios de QVT são significativas ou não, foi aplicado o teste de hipótese de Mann-Whitney nas seções 7.2, 7.5 e 7.6. Para as análises, estabeleceu-se os níveis de significância de 1 e 5%, o que é normalmente utilizado. É importante informar que os testes realizados nestas seções são testes não paramétricos, os quais são adequados quando a suposição de normalidade dos dados é violada. De forma geral deseja-se testar as hipóteses:

- a) H₀: as médias dos dois fatores são iguais;

b)H1: as médias dos dois fatores são diferentes.

Por sua vez, as sessões 7.3 e 7.4 utilizou o teste de hipótese de Kruskal Wallis, onde deseja-se testar as hipóteses:

a) H0: as médias dos fatores são iguais;

b) H1: pelo menos uma média é diferente.

Para maiores detalhes sobre esses testes, consultar Conover (1971).

7.2 Comparação dos domínios por sexo

Quanto à análise do gênero, as mulheres apresentaram médias mais elevadas do que os homens em todos os domínios, conforme demonstra a Tabela 7.

Tabela 7 - Domínios do WHOQOL-bef segundo o sexo

Domínios	Masculino		Feminino		Nível descritivo do teste
	Média	DP	Média	DP	
Físico	2,88	0,41	2,95	0,46	0,605
Psicológico	2,89	0,37	3,01	0,41	0,213
Relações Sociais	2,49	0,65	2,99	0,54	0,000
Meio Ambiente	2,52	0,48	2,62	0,44	0,369
Global	2,79	0,56	2,88	0,51	0,575

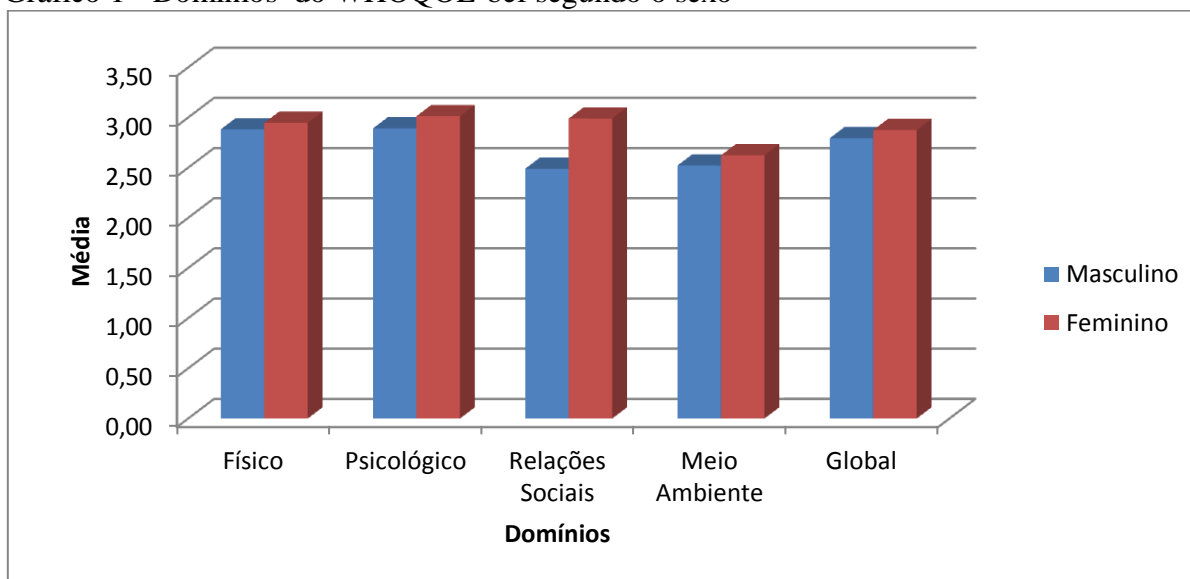
Fonte: pesquisa direta

Espera-se que as mulheres apresentem menores índices de QVT, dado o entrelaçamento das atividades domésticas e maternais com suas obrigações profissionais. Contudo, o impacto do chamado terceiro turno não se fez presente neste estudo.

Houve diferença estatística significativa para um nível de significância de 1%, no domínio *relações sociais*, no qual o sexo feminino apresentou médias bem mais elevadas, conforme apresenta o Gráfico 1.

Esta diferença deu-se fundamentalmente devido a faceta “relações pessoais”, na qual os homens (2,12) apresentaram média bem inferiores às mulheres (3,13).

Gráfico 1 - Domínios do WHOQOL-bef segundo o sexo



Fonte: pesquisa direta

Algumas características mais presentes no sexo feminino como a dedicação, o cuidado, a afetividade, e a multiplicidade de funções, além do fato das mulheres constituírem imensa maioria - o que acaba por gerar uma cumplicidade natural - certamente contribuíram para este melhor papel no domínio relações sociais.

7.3 Comparação dos domínios por faixa etária

Com relação à idade, os maiores de 60 anos apresentaram as médias mais elevadas nos domínios *psicológico* (3,15), *relações sociais* (3,38), e *global* (3,19). Os da faixa etária 41 a 50 anos por sua vez, destacaram-se com as piores médias, notadamente com relação ao domínio *meio ambiente* (2,54).

Tabela 8 - Domínios do WHOQOL-bef segundo a faixa etária

Domínios	30-40 anos		41-50 anos		51-60 anos		> 60 anos		Nível descritivo do teste
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Físico	3,02	0,55	2,90	0,40	2,92	0,46	2,95	0,44	0,356
Psicológico	3,03	0,44	2,96	0,41	3,01	0,39	3,15	0,50	0,639
Relações Sociais	3,05	0,45	2,85	0,57	2,95	0,64	3,38	0,38	0,049
Meio Ambiente	2,68	0,46	2,54	0,40	2,64	0,46	2,76	0,58	0,366
Global	2,88	0,52	2,84	0,52	2,85	0,51	3,19	0,37	0,287

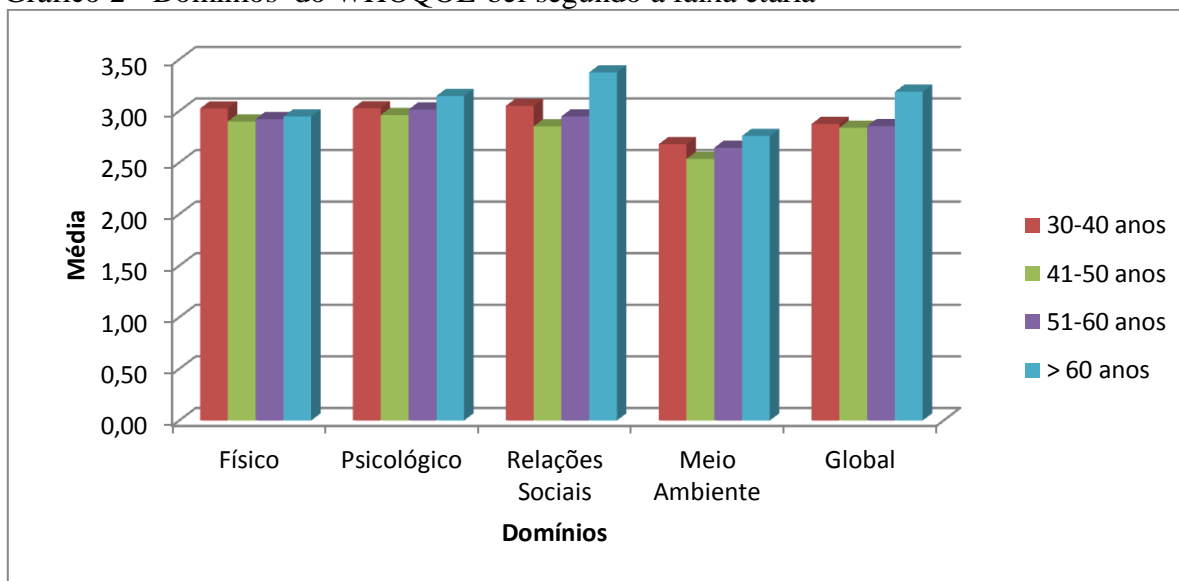
Fonte: pesquisa direta

A relação positiva entre trabalho e envelhecimento mostra que os trabalhadores idosos tendem a apresentar melhores condições de saúde que a população de idosos em geral, conduzindo a um padrão melhor de qualidade de vida.

Na nossa realidade, muitos idosos permanecem trabalhando até a aposentadoria compulsória, mesmo já tendo integralizado tempo de serviço para se aposentar. Isto se deve ao fato da aposentadoria representar na maioria das vezes, a perda dos adicionais que são recebidos quando da permanência na ativa.

Salienta-se que a amostra dos menores de 30 anos foi excluída da análise por ser demasiadamente pequena. Vale lembrar que somente dois servidores desta faixa etária responderam ao questionário aplicado, afetando inclusive a confiabilidade do teste estatístico aplicado.

Gráfico 2 - Domínios do WHOQOL-bef segundo a faixa etária



Fonte: pesquisa direta

Notou-se diferença estatística significativa para um nível de significância de 5% no domínio *relações sociais*, no qual os da faixa etária 41 a 50 anos apresentaram médias (2,85) bem inferiores aos da faixa > 60 anos, conforme apresenta o Gráfico 2.

7.4 Comparação dos domínios por função

Quanto à análise da função, os enfermeiros se destacaram com as médias mais elevadas, com exceção do domínio *psicológico*, onde os médicos apresentaram as maiores médias (3,05), conforme Tabela 9.

A pior média apresentada foi para o domínio *meio ambiente* na função dos auxiliares/técnicos de enfermagem (2,57). Como se tratam daqueles com menor remuneração, nestes empregados reside um maior impacto na insatisfação com recursos financeiros, possibilidade de tempo livre para o lazer e cuidados com a saúde.

Tabela 9 - Domínios do WHOQOL-bef segundo a função

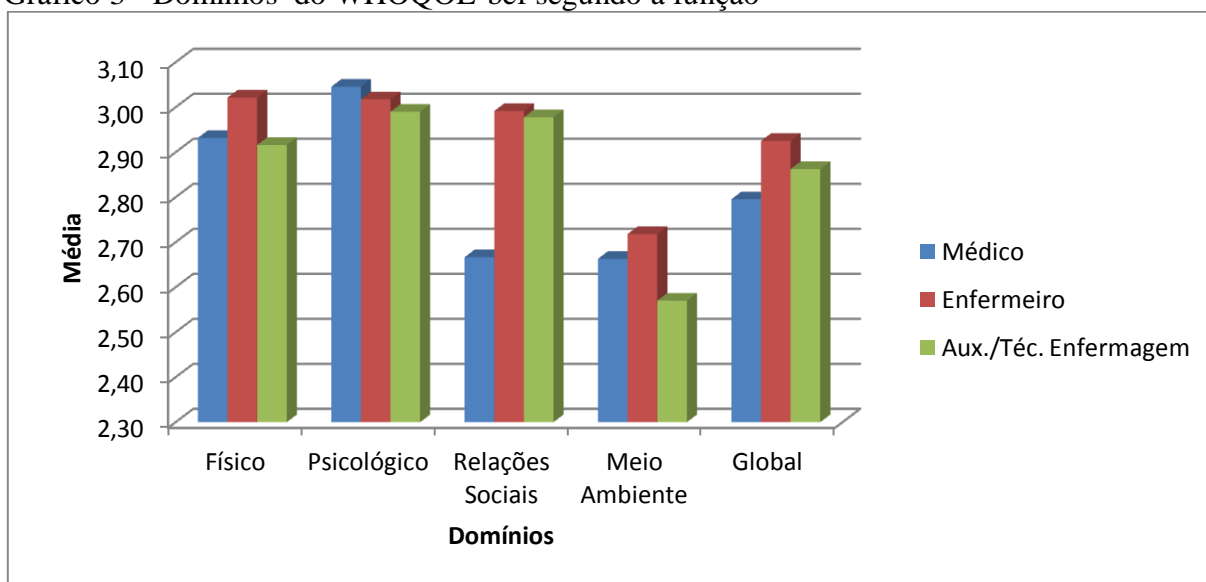
Domínios	Médico		Enfermeiro		Aux./Téc. Enfermagem		Nível descritivo do teste
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Físico	2,93	0,46	3,02	0,42	2,92	0,47	0,557
Psicológico	3,05	0,32	3,02	0,31	2,99	0,45	0,829
Relações Sociais	2,67	0,60	2,99	0,52	2,98	0,57	0,014
Meio Ambiente	2,66	0,41	2,72	0,40	2,57	0,45	0,137
Global	2,80	0,53	2,93	0,47	2,86	0,52	0,589

Fonte: pesquisa direta

Ocorreu diferença estatística significativa para um nível de significância de 5% no domínio *relações sociais*, no qual os médicos se destacaram com médias demasiadamente baixas, conforme mostra o Gráfico 3.

A profissão médica apesar de melhor remunerada, reveste-se de uma infinidade de problemas. Dentre alguns aspectos que demonstram a fragilidade da medicina atual, destacam-se: inovação tecnológica exagerada, preços dos medicamentos elevados, especialização médica acentuada que contribui para aumentar a insatisfação, a frustração e o medo dos pacientes, e por fim, a desumanização na saúde.

Gráfico 3 - Domínios do WHOQOL-bef segundo a função



Fonte: pesquisa direta

Os múltiplos empregos e a impossibilidade de dedicar-se a um projeto exclusivo, são outros fatores que possivelmente impactaram sobremaneira as relações sociais destes profissionais.

7.5 Comparação dos domínios por setor

Com relação ao setor de trabalho, o HUWC apresentou médias mais elevadas nos domínios *físico* (2,97) e *psicológico* (3,01), enquanto a MEAC apresentou suas melhores médias nos domínios *relações sociais* (3,04), *meio ambiente* (2,63) e *global* (2,87), conforme demonstra a Tabela 10.

Tabela 10 - Domínios do WHOQOL-bef segundo o setor

Domínios	HUWC		MEAC		Nível descritivo do teste
	Média	DP	Média	DP	
Físico	2,97	0,39	2,91	0,51	0,596
Psicológico	3,01	0,36	2,99	0,45	0,960
Relações Sociais	2,84	0,55	3,04	0,57	0,004
Meio Ambiente	2,59	0,38	2,63	0,49	0,633
Global	2,86	0,47	2,87	0,55	0,925

Fonte: pesquisa direta

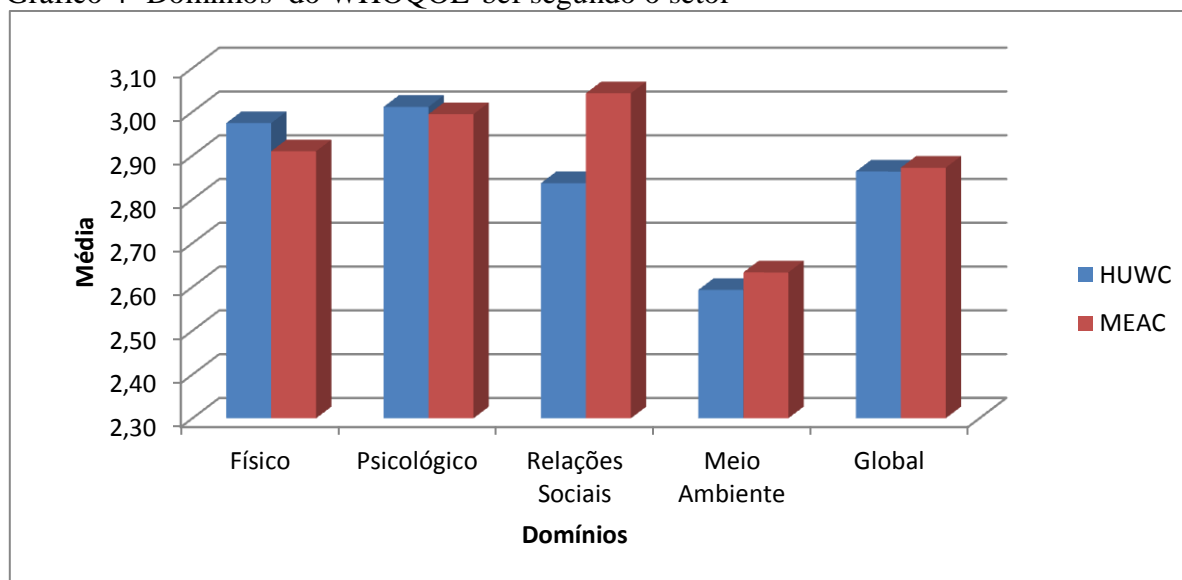
Na MEAC, durante a coleta de dados, por várias vezes houveram depoimentos de insatisfação por parte dos entrevistados, acerca da posição de desligamento e não renovação do contrato com a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC).

Diversos servidores que se encontravam sob este regime foram desligados, resultando numa ruptura de vínculos existentes entre os dois grupos de empregados – SAMEAC e UFC. Esta relação entre as instituições já durava por mais de vinte anos, o que terminou por gerar uma cumplicidade entre os dois distintos grupos.

No momento da coleta das informações para esta pesquisa, várias vezes os servidores da UFC demonstraram temor de serem preteridos e posteriormente substituídos por novos servidores da EBSERH, assim como vem ocorrendo com seus colegas da SAMEAC.

Houve diferença estatística significativa para um nível de significância de 1% no domínio *relações sociais*, no qual a MEAC apresentou médias mais elevadas do que o HUWC, conforme apresenta o Gráfico 4.

Gráfico 4- Domínios do WHOQOL-bef segundo o setor



Fonte: pesquisa direta

Esta diferença deu-se fundamentalmente devido a faceta “relações pessoais”, na qual o HUWC (2,86) apresentaram média bem inferiores à MEAC (3,20).

O ingresso dos novos profissionais da EBSEH e as mudanças de chefia relacionadas com a nova gestão, possivelmente podem ter tido papel substancial neste “gap”.

7.6 Comparação dos domínios por turno

Quanto à análise do turno de trabalho, os funcionários que laboram sob regime comercial apresentaram melhores médias nos domínios *psicológico* (3,03), *relações sociais* (3,02) e *meio ambiente* (2,65), enquanto por sua vez, aqueles empregados que trabalham no regime de plantões tiveram médias mais elevadas nos domínios *físico* (2,98) e *global* (2,89), conforme mostra a Tabela 11.

Tabela 11 - Domínios do WHOQOL-bef segundo o turno

Domínios	Comercial		Plantões		Nível descritivo do teste
	Média	DP	Média	DP	
Físico	2,92	0,49	2,98	0,41	0,440
Psicológico	3,03	0,41	2,96	0,40	0,381
Relações Sociais	3,02	0,60	2,83	0,51	0,013
Meio Ambiente	2,65	0,46	2,56	0,41	0,415
Global	2,85	0,53	2,89	0,48	0,484

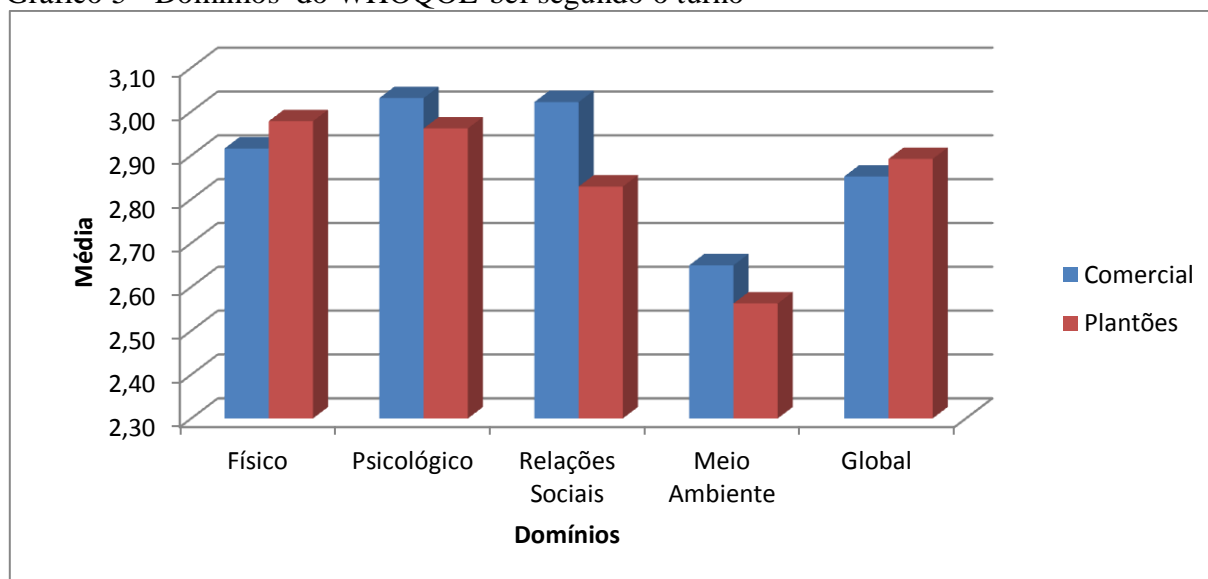
Fonte: pesquisa direta

Mais uma vez, houve diferença estatística significativa para um nível de significância de 5% no domínio *relações sociais*, no qual os empregados sob regime comercial apresentaram as médias mais elevadas, conforme mostra o Gráfico 5.

Uma característica importante do ambiente de trabalho é a quantidade de tempo gasto no labor em relação ao tempo despendido com o lazer e com a família. Assim, quanto mais tempo é utilizado para o trabalho, menos tempo sobra para outros papéis.

No trabalho em turnos observa-se uma falta de sincronização entre os horários dos servidores - que sempre estão em mudança com as sucessivas trocas de plantão - e dos demais, incluindo não somente a família como também as demais relações sociais.

Gráfico 5 - Domínios do WHOQOL-bef segundo o turno



Fonte: pesquisa direta

O suporte social e as relações pessoais prejudicadas tiveram um papel importante nesta diferença apresentada no domínio *relações sociais*.

Nas sessões seguintes, analisa-se cada domínio do Whoqol-bref de forma individualizada, e procede-se às comparações entre suas respectivas facetas.

7.7 Análise do Domínio Físico

Em relação ao domínio *físico* e suas respectivas questões, a Tabela 12 demonstra como se apresentaram os servidores quanto à cada interrogação realizada. Os valores das percentagens das tabelas que se seguem foram arredondadas para o maior valor, com exceção da coluna “não respondidas”.

Tabela 12: Percentagem de respostas das questões do domínio físico

Questões	Percentagem das Respostas				
	nada	muito pouco	bastante	extremamente	não respondidas
Q 03 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	23	59	16	2	0
Q 04 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	23	51	25	2	1,1
	nada	muito pouco	muito	completamente	não respondidas
Q 10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	27	61	11	0,5
	muito ruim	ruim	bom	muito bom	não respondidas
Q 15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	1	7	54	38	2,7
	muito insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	não respondidas
Q 16 - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	8	32	50	10	1,1
Q 17 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	2	15	71	11	0,5
Q 18 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	2	11	72	14	1,6

Fonte: pesquisa direta

A maior média encontrada (3,29) foi para a faceta que avaliou a “mobilidade” ou seja, a capacidade de locomoção, conforme demonstra a Tabela 13. Neste aspecto, os entrevistados responderam com respostas positivas (bom, muito bom) em 92% das vezes.

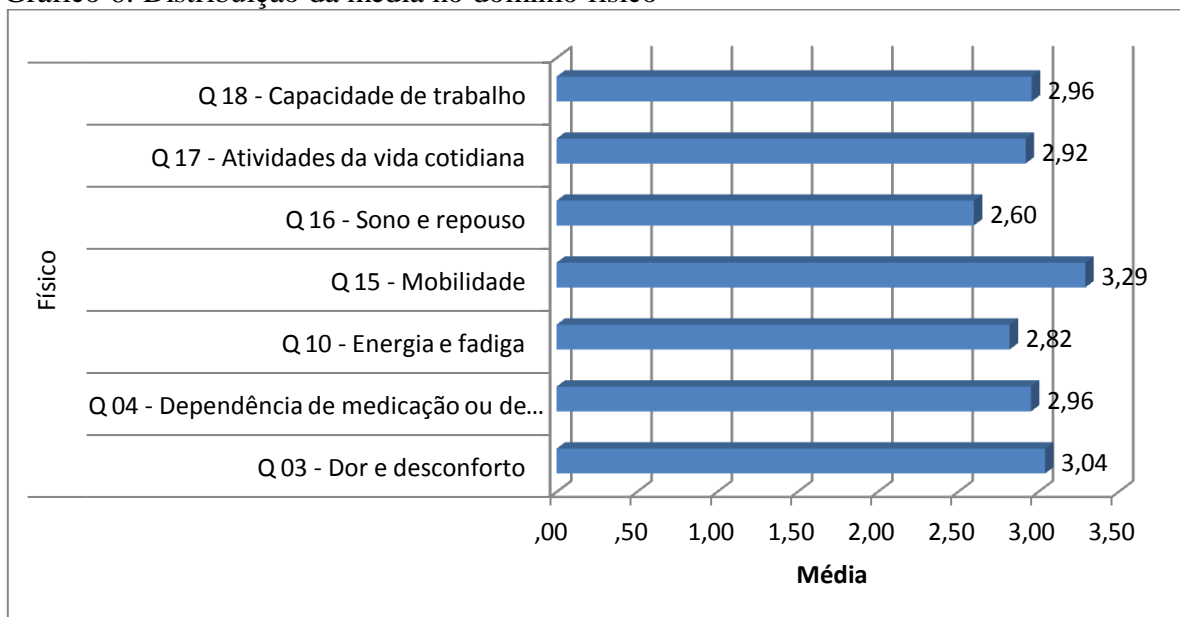
Tabela 13: Distribuição da média e desvio padrão no domínio físico

Domínio	Referência	Média	DP
Físico	Q 03 - Dor e desconforto	3,04	0,69
	Q 04 - Dependência de medicação ou de tratamentos	2,96	0,74
	Q 10 - Energia e fadiga	2,82	0,63
	Q 15 - Mobilidade	3,29	0,65
	Q 16 - Sono e repouso	2,60	0,77
	Q 17 - Atividades da vida cotidiana	2,92	0,56
	Q 18 - Capacidade de trabalho	2,96	0,60
MÉDIA GERAL		2,94	

Fonte: pesquisa direta

O pior índice (2,60) ficou com a faceta “sono e repouso” que avaliou a satisfação do entrevistado com o seu sono, conforme mostra o Gráfico 6. Acerca deste questionamento, os entrevistados responderam com respostas negativas (muito insatisfeito, insatisfeito) em 40% das perguntas.

Gráfico 6: Distribuição da média no domínio físico



Fonte: pesquisa direta

O trabalho em turnos possivelmente possui impacto nesta questão. As interferências externas (contato com o cônjuge, demais familiares) e a inversão de ritmos biológicos - onde um corpo que precisa dormir se prepara para a vigília - acabam comprometendo também a qualidade do sono.

7.8 Análise do Domínio Psicológico

Quanto ao domínio *psicológico* e suas respectivas facetas, a Tabela 14 demonstra as respostas obtidas com relação a este aspecto.

Tabela 14: Percentagem de respostas das questões do domínio psicológico

Questões	Percentagem das Respostas				
	nada	muito pouco	bastante	extremamente	não respondidas
Q 05 -O quanto você aproveita a vida?	4	33	58	5	1,1
Q 06 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	6	48	46	0
Q 07 - O quanto você consegue se concentrar?	1	20	72	7	1,1
	nada	muito pouco	muito	completamente	não respondidas
Q 11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	2	12	59	27	0
	muito insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	não respondidas
Q 19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	4	10	63	23	1,6
	nunca	algumas vezes	muito frequentemente	sempre	não respondidas
Q 26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	17	67	14	2	0,5

Fonte: pesquisa direta

Neste domínio, a faceta que demonstrou maior média (3,40) foi a “espiritualidade, religião e crenças pessoais”, conforme Tabela 15. Neste aspecto, o entrevistado respondeu com respostas positivas (bastante, extremamente) em 94% das ocasiões em que foi questionado à respeito do sentido de sua vida. Vale destacar que esta faceta foi a de melhor média de todo o questionário.

O avanço do protestantismo no Brasil e as várias vertentes representadas em diferentes grupos evangélicos, podem ter influenciado nesta questão.

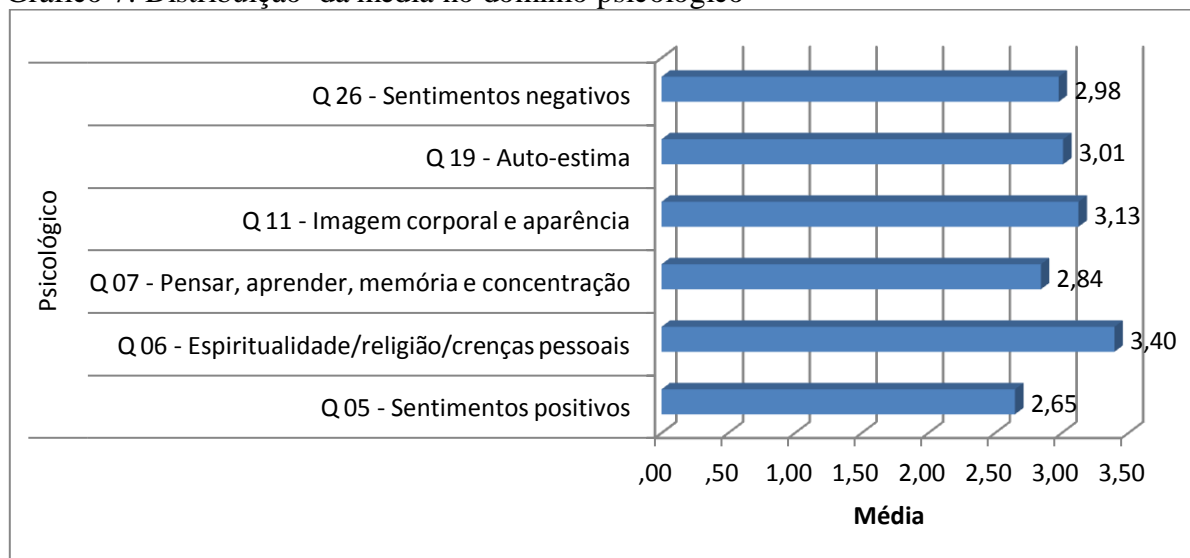
Tabela 15: Distribuição da média e desvio padrão no domínio psicológico

Domínio	Referência	Média	DP
Psicológico	Q 05 - Sentimentos positivos	2,65	0,63
	Q 06 - Espiritualidade/religião/crenças pessoais	3,40	0,62
	Q 07 - Pensar, aprender, memória e concentração	2,84	0,52
	Q 11 - Imagem corporal e aparência	3,13	0,67
	Q 19 - Auto-estima	3,01	0,73
	Q 26 - Sentimentos negativos	2,98	0,64
MÉDIA GERAL		3,00	

Fonte: pesquisa direta

A faceta que se destacou negativamente, apresentando a pior média (2,65) foi a “sentimentos positivos”, conforme Gráfico 7. Neste quesito, o entrevistado foi questionado sobre quanto aproveita sua vida. As respostas negativas (nada, muito pouco), alcançaram um total de 37%.

Gráfico 7: Distribuição da média no domínio psicológico



Fonte: pesquisa direta

Possivelmente o que pode ter contribuído para este quadro é a sobrecarga de trabalho existente nos profissionais de saúde como um todo. Talvez o labor esteja ocupando demasiado tempo dos empregados, restando poucas possibilidades de atividades extra-ocupacionais.

Dado o achatamento salarial das profissões estudadas, muitos profissionais são obrigados a trabalhar em diversas instituições, nos mais variados regimes de horários, acabando por negligenciar as atividades fora do trabalho.

7.9 Análise do Domínio Relações Sociais

No tocante ao domínio *relações sociais* e suas respectivas questões, a Tabela 16 apresenta as respostas coletadas. Trata-se do domínio com o menor número de perguntas.

Tabela 16: Percentagem de respostas das questões do domínio relações sociais

Questões	Percentagem das Respostas				
	muito insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	não respondidas
Q 20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3	9	62	25	0
Q 21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	7	16	62	15	2,2
Q 22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	5	9	70	15	0

Fonte: pesquisa direta

Neste domínio a faceta que apresentou a média mais elevada (3,04) foi a “relações pessoais”, conforme representa a Tabela 17. Quando questionado acerca de sua satisfação com seu relacionamento com amigos, parentes e colegas, 87% dos entrevistados forneceram respostas positivas (satisfeito, muito satisfeito).

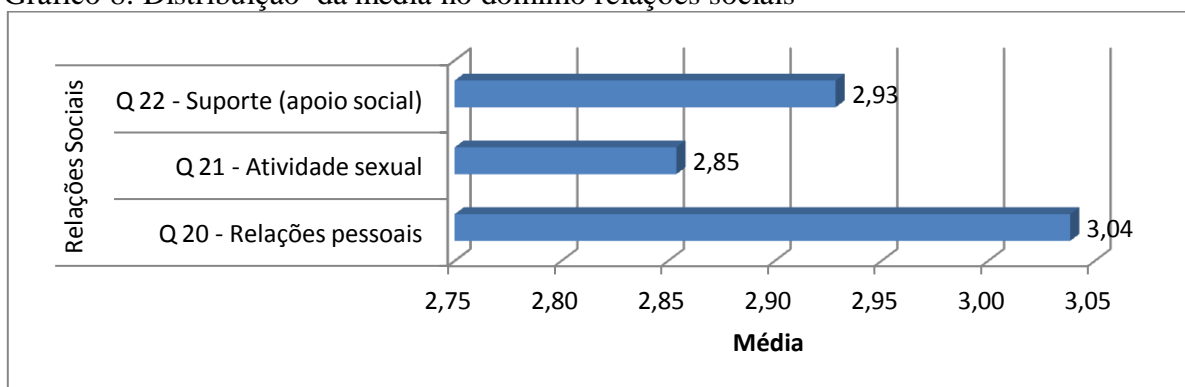
Tabela 17: Distribuição da média e desvio padrão no domínio Relações Sociais

Domínio	Referência	Média	DP
Relações Sociais	Q 20 - Relações pessoais	3,04	0,72
	Q 21 - Atividade sexual	2,85	0,73
	Q 22 - Suporte (apoio social)	2,93	0,67
MÉDIA GERAL		2,94	

Fonte: pesquisa direta

A pior faceta apresentada (2,85) foi a “atividade sexual”, onde 23% dos empregados responderam com respostas negativas (muito insatisfeito, insatisfeito) a pergunta que avalia a satisfação com sua vida sexual, conforme mostra o Gráfico 8. Com relação ao sexo, 29% dos homens e 21% das mulheres responderam negativamente. Tendo em vista a idade, 13% dos da faixa etária 30-40 anos, 22% dos de 41-50 anos, 31% dos de 51-60, e 13% dos da faixa etária > 60 anos posicionaram-se de forma negativa. Dessa forma, a queda do desempenho sexual natural da idade não parece ter desempenhado fator fundamental como seria esperado.

Gráfico 8: Distribuição da média no domínio relações sociais



Fonte: pesquisa direta

Vale salientar que esta questão foi sem dúvida alguma a mais comentada e polemizada do questionário. Algumas vezes, os comentários eram sobre a confidencialidade dos dados coletados. Interessante notar que somente esta questão suscitou questionamentos a este respeito. Outras vezes, os comentários eram simplesmente jocosos, ou do tipo “Esta questão é a que as pessoas irão mentir mais...”, demonstrando como este assunto ainda se constitui um tabu, mesmo em ambiente de saúde.

7.10 Análise do Domínio Meio Ambiente

Quanto ao domínio *meio ambiente*, a Tabela 18 apresenta as respostas à cada indagação realizada. Trata-se do domínio com o maior número de questões.

Tabela 18: Percentagem de respostas das questões do domínio meio ambiente

Questões	Percentagem das Respostas				
	nada	muito pouco	bastante	extremamente	não respondidas
Q 08 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	6	30	55	10	1,6
Q 09 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	15	51	30	4	0,5
	nada	muito pouco	muito	completamente	não respondidas
Q 12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	5	50	38	7	1,1
Q 13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	2	31	57	10	0,5
Q 14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	5	51	42	2	0
	muito insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	não respondidas
Q 23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	4	14	55	27	0,5
Q 24 - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	15	28	49	8	0
Q 25 - Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	11	14	56	18	0

Fonte: pesquisa direta

Neste domínio, a média mais elevada (2,99) foi a da faceta “ambiente no lar”, conforme mostra a Tabela 19. Esta questão questiona a satisfação do entrevistado acerca do local onde mora. Para esta pergunta, 82% apresentaram respostas positivas (satisfeito, muito satisfeito).

Tabela 19: Distribuição da média e desvio padrão no domínio meio ambiente

Domínio	Referência	Média	DP
Meio Ambiente	Q 08 - Segurança física e proteção	2,68	0,71
	Q 09 - Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	2,23	0,75
	Q 12 - Recursos financeiros	2,52	0,72
	Q 13 - Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	2,76	0,67
	Q 14 - Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	2,43	0,63
	Q 23 - Ambiente no lar	2,99	0,79
	Q 24 - Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	2,49	0,85
	Q 25 - Transporte	2,81	0,85
MÉDIA GERAL		2,61	

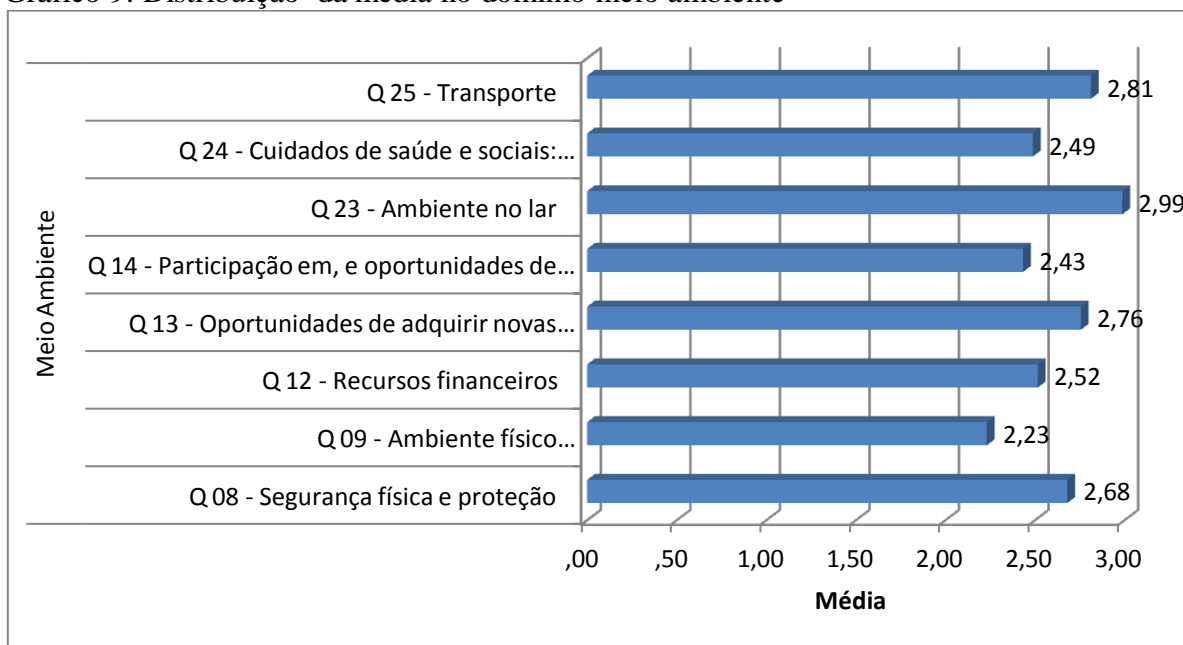
Fonte: pesquisa direta

A faceta com pior desempenho (2,23) foi a “ambiente físico”, conforme apresenta o Gráfico 9. Na pergunta que questionou o clima, barulho, poluição e atrativos do ambiente físico do trabalho, 66% apresentaram respostas negativas à indagação formulada (nada, muito pouco). Vale destacar que esta faceta foi a de pior média de todo o questionário aplicado.

Necessário destacar que após o início da gestão da EBSERH no complexo hospitalar, diversas obras estão sendo realizadas com vistas à melhoria da estrutura física dos dois hospitais. Contudo, a maioria delas ainda estão em curso, apresentando todas as complicações advindas da construção civil, inseridas em um serviço que não pode parar por ser essencial.

Outras três facetas ainda tiveram destaque negativos:, “Participação em, e oportunidades de recreação/lazer”, “Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade” e “recursos financeiros” com médias de no máximo 2,52, conforme é demonstrado no Gráfico 9.

Gráfico 9: Distribuição da média no domínio meio ambiente



Fonte: pesquisa direta

Na pergunta que avaliou as oportunidades de lazer (2,43), foram obtidas 56% de respostas negativas (nada, muito pouco). O trabalho em turno pode ter constituído impacto neste aspecto como já citado anteriormente, assim como as limitações orçamentárias. Com a baixa remuneração as opções de lazer, notadamente as culturais tornam-se muito restritas. Necessário destacar que 55% dos entrevistados responderam negativamente (nada, muito pouco) a respeito da relação entre suas finanças e a satisfação de necessidades, constituindo uma média de 2,52 na faceta “recursos financeiros”.

A faceta que pesquisou a satisfação do servidor acerca do acesso aos serviços de saúde apresentou 43% de respostas negativas (muito insatisfeito, insatisfeito), com média de 2,49. Durante a coleta de dados, vários servidores questionaram se poderiam considerar o fato de possuírem plano de saúde privado, sendo respondido afirmativamente.

7.11 Análise do Domínio Global

Com relação às questões do domínio *global* do questionário aplicado, a Tabela 20 demonstra as respostas obtidas a respeito da avaliação geral com a qualidade de vida e a satisfação com a saúde.

Tabela 20: Percentagem de respostas das questões do domínio global

Questões	Percentagem das Respostas				
	muito ruim	ruim	boa	muito boa	não respondidas
Q 01 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	16	72	11	1,1
	muito insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	não respondidas
Q 02 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	2	26	61	11	0,5

Fonte: pesquisa direta

A questão referente à percepção da qualidade de vida apresentou média acima daquela relacionada com a satisfação com a saúde, conforme mostra a Tabela 21.

Tabela 21: Distribuição da média e desvio padrão no domínio global

Domínio	Referência	MÉDIA	DP
Global	Q 01 - Percepção da Qualidade de Vida	2,92	0,54
	Q 02 - Satisfação com a saúde	2,82	0,65
MÉDIA GERAL		2,86	

Fonte: pesquisa direta

A diferença encontrada não parece traduzir uma dissociação entre os dois aspectos, principalmente quando compara-se com o grande “gap” existente entre o melhor (3,40) e o pior (2,23) desempenho de cada faceta individualmente, respectivamente “Espiritualidade/religião/crenças pessoais” e “Ambiente físico (poluição / ruído / trânsito / clima)”.

7.12 Análise comparativa dos domínios do WHOQOL-bref

O domínio que apresentou a média mais elevada foi o *psicológico* (3,00), seguido dos domínios *relações sociais* (2,94) e *físico* (2,94) O domínio *meio ambiente* foi o pior avaliado pelos entrevistados, alcançando uma média de 2,61, conforme demonstra a Tabela 22.

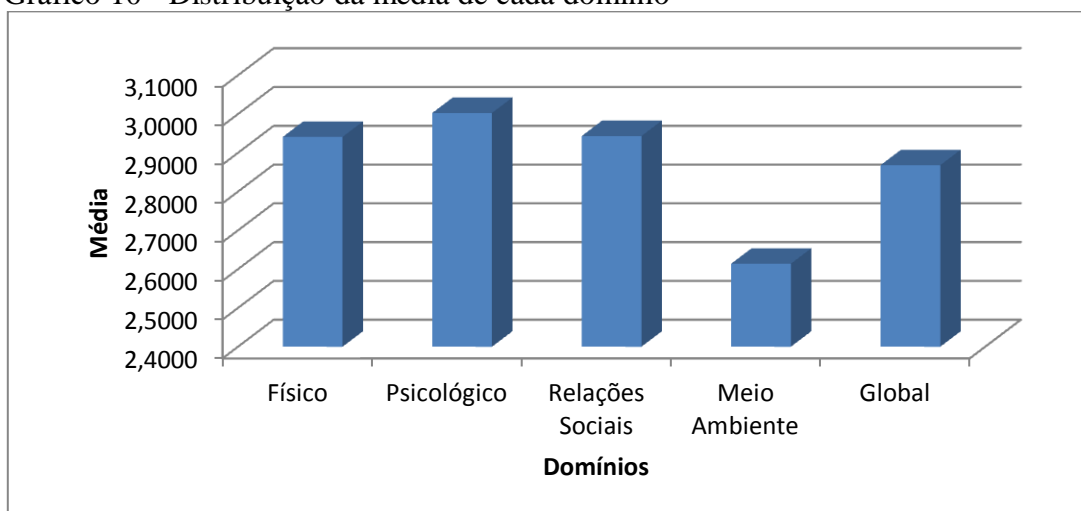
Tabela 22 - Distribuição da média e desvio padrão de cada domínio

Domínios	Média	DP
Físico	2,94	0,46
Psicológico	3,00	0,41
Relações Sociais	2,94	0,57
Meio Ambiente	2,61	0,44
Global	2,86	0,51

Fonte: pesquisa direta

Considerando que o domínio *global* guardaria relação com a média dos demais domínios, haja visto tratar-se de questões gerais relacionadas à qualidade de vida, pode-se facilmente constatar que o domínio *meio ambiente* realmente situou-se bem aquém dos demais, impactando negativamente a qualidade de vida da amostra estudada, conforme demonstra o Gráfico 10.

Gráfico 10 - Distribuição da média de cada domínio



Fonte: pesquisa direta

Considerando-se a escala elegida para este estudo (1 a 4), todos os domínios se mostraram acima do ponto médio (2,5). O único que se aproximou do mesmo foi o domínio *meio ambiente*, com média de 2,61.

8 CONCLUSÃO

A realidade do setor público brasileiro, especificamente a dos hospitais universitários, enfrenta uma crise sem precedentes, principalmente pela escassez de recursos financeiros numa área de custeio cada vez mais dispendioso. Acompanha-se ainda uma exigência crescente por parte dos usuários dos serviços públicos, na medida em que o conceito de cidadania começa a se disseminar de forma mais satisfatória em nossa sociedade.

Dado o exposto, trabalhar qualidade de vida neste complicado processo demanda uma maior atenção. Uma intervenção eficaz e duradoura no campo da QVT implica em retirar ou pelo menos diminuir as causas primárias do mal-estar dos trabalhadores, invertendo o paradigma de ajustar o indivíduo ao trabalho tão presente na concepção assistencialista, para passarmos a adaptar o trabalho ao indivíduo como preconiza o viés preventivo da QVT. Busca-se então identificar as mudanças necessárias para a promoção do bem-estar dos trabalhadores e a adequação das condições ora presentes no setor laboral.

A média geral encontrada nos cinco domínios estudados– físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e global – foi 2,87, ou seja acima do ponto médio da escala aplicada (2,50). Dessa forma, globalmente encontrou-se uma avaliação positiva da QVT dos servidores pesquisados.

Este estudo tratou-se inicialmente da descrição dos principais modelos teóricos de mensuração de QVT. Foram apresentados os principais teóricos do tema e seus respectivos modelos - Walton (1973); Hackman e Oldham (1975); Westley (1999); Werther e Davis (1983); Huse e Cummings (1985).

Posteriormente, descreveu-se os programas de Qualidade de Vida no Trabalho que a UFC oferece aos servidores do seu complexo hospitalar. Dentre os diversos programas existentes destacaram-se: Elaborar, Compreender e Transformar o Trabalho, Mediação de Conflitos no Ambiente de Trabalho, Preparação para a Aposentadoria, Valorização do Aposentado, Prevenção e Tratamento do Alcoolismo e Outras Drogas (DIAPS); Orquestra de Flautas, Dança de Salão, Massoterapia, Yoga, Teatro (DIPPC); e Exames Médicos Periódicos, Datas Pontuais (DESMT).

Objetivou-se destacar os fatores críticos que afetaram a QVT dos servidores do complexo hospitalar da UFC. Quando analisou-se comparativamente os quatro domínios do

Whoqol-bref, o *psicológico* (média 3,00) foi o melhor avaliado. Por sua vez, o domínio *meio ambiente* (média 2,61) destacou-se negativamente entre os demais.

No domínio *físico*, a faceta pior avaliada foi aquela relacionada com “sono e repouso”, que avaliou a satisfação do empregado com relação à qualidade do seu sono.

Por sua vez, no domínio *psicológico*, o maior impacto negativo deu-se na faceta “sentimentos positivos”, onde se buscou o questionamento a respeito de quanto o entrevistado aproveita sua vida.

O domínio *relações sociais* apresentou como pior faceta avaliada a “atividade sexual”, onde se avaliou a satisfação de cada servidor com sua vida sexual.

Finalizando os domínios, nas questões referentes ao *meio ambiente*, a faceta com pior desempenho foi a “ambiente físico”. A pergunta que questionou o clima, barulho, poluição e atrativos do ambiente físico do trabalho, apresentou a pior média de todo o questionário. Outras três facetas ainda relacionadas ao meio ambiente tiveram destaque negativo: “recursos financeiros”, “Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade” e “Participação em, e oportunidades de recreação/lazer”.

Quando compara-se o perfil de QVT dos servidores das duas instituições hospitalares - HUWC e MEAC – encontrou-se médias mais elevadas nos domínios *físico* e *psicológico* no HUWC, enquanto na MEAC as melhores médias residiram nos domínios *relações sociais*, *meio ambiente* e *global*; contudo houve diferença estatística significativa para um nível de significância igual a 1% somente no domínio *relações sociais*, no qual a MEAC apresentou médias mais elevadas do que o HUWC.

Foram ainda avaliadas as demais variáveis sociodemográficas com vistas à identificação de possíveis impactos negativos relacionados com o gênero, idade, função e turnos de trabalho.

Quanto à análise do sexo, as mulheres apresentaram médias mais elevadas do que os homens em todos os domínios. Ocorreu diferença estatística significativa no domínio *relações sociais*, no qual o sexo feminino apresentou médias bem mais elevadas.

Com relação à faixa etária, os maiores de 60 anos apresentaram as médias mais elevadas nos domínios *psicológico*, *relações sociais*, e *global*. Os da faixa etária 41 a 50 anos por sua vez, destacaram-se com as piores médias, notadamente com relação ao domínio *meio*

ambiente. Notou-se diferença estatística significativa no domínio *relações sociais*, no qual os de 41 a 50 anos apresentaram médias bem inferiores aos da faixa > 60 anos

Quanto à análise da função, os enfermeiros se destacaram com as médias mais elevadas, com exceção do domínio *psicológico*, onde os médicos apresentaram as maiores médias. A pior média apresentada foi para o domínio *meio ambiente* na função dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Ocorreu diferença estatística significativa no domínio *relações sociais*, no qual os médicos se destacaram com médias demasiadamente baixas.

Com relação à análise do turno de trabalho, os funcionários que laboram sob regime comercial apresentaram melhores médias nos domínios *psicológico*, *relações sociais* e *meio ambiente*, enquanto por sua vez, aqueles empregados que trabalham no regime de plantões tiveram médias mais elevadas nos domínios *físico* e *global*. Uma vez mais, ocorreu diferença estatística significativa no domínio *relações sociais*, no qual os empregados sob regime comercial apresentaram as médias mais elevadas.

Esta pesquisa permitiu traçar o perfil de QVT dos servidores do complexo hospitalar da UFC. Através deste retrato, identificaram-se os fatores críticos que tiveram papel relevante neste processo. Com os resultados encontrados, sugere-se o foco na implantação de programas de QVT relacionados com o meio ambiente. Projetos que visem à melhoria das instalações físicas do complexo hospitalar seriam os mais urgentes de acordo com a avaliação encontrada. A melhoria dos benefícios, uma melhor disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, e uma maior possibilidade de participação em atividades recreativas e de lazer foram outras das principais necessidades no perfil avaliado. Estas ações certamente possibilitarão diminuir o custo humano que os impactos negativos da QVT provocam no clima laboral.

Por fim, ainda sugere-se a realização de futuros estudos que avaliem o perfil de QVT de outras áreas da UFC, em seus diversos campi, no intuito de melhorar o diagnóstico prévio da realidade encontrada, visando potencializar os resultados dos programas de qualidade de vida implementados pelo setor de Gestão de Pessoas dessa universidade.

REFERÊNCIAS

ANTLOGA, C.S.X.; LIMA, H.K.B de. **Qualidade de vida no trabalho e gestão de pessoas.** In: CONGRESSO DE STRESS DA ISMA-BR, 7., e FÓRUM INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, 9., 2007, Porto Alegre. Resumos. Rio Grande do Sul: ISMA-BR, 2007.

ASSUNCAO, H. B., MIRANZI, S.de S.C. and SCORSOLINI-COMIN, F. **Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem das unidades de pronto socorro de um hospital universitário.** In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2010, Franca.

CASTLEMAN, B.I. **The export of hazardous factories to developing nations.** Int. J. Hlth Serv., 9: 569-606, 1979.

CHEIBUB, Z.B. **Reforma administrativa e relações trabalhistas no setor público: dilemas e perspectivas.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.15, n.43, p.115-146, jun. 2000.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos: o capital humano das organizações.** 8. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

COCHRAN, W. G. *Sampling Techniques.* New York. John Wiley & Sons, Inc., 1977.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **A saúde do profissional de enfermagem para o melhor cuidar.** Brasília, 2011. Disponível em: http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=231:a-saude-do-profissional-de-enfermagem-para-o-melhor-cuidar&catid=39:blog&Itemid=65>. Acesso em: 12 jan. 2016.

CONOVER W.J. **Practical nonparametric statistics.** New York: John Wiley & Sons. (1971) Pages 97–104.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

DIAS, E.C. **Fotografando os anos 80.** In: Buschinelli, J. et al., eds. Isto é trabalho de gente? Vidas. Trabalho e Saúde no Brasil. São Paulo, Cortez, 1991. [no prelo].

FERNANDES, Eda. **Qualidade de Vida no Trabalho: Como medir para melhorar.** 2. ed. Salvador/BA: Casa da Qualidade, 1996.

FERREIRA, R.R.; FERREIRA, M.C.; ANTLOGA, C. S.; BERGAMISCHI, V.; **Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: o papel estratégico dos gestores.** R.Adm., São Paulo, v.44, n.2, p.147-157, abr./maio/jun. 2009.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social Brasileira.** Brasília: Ler, Pensar e Agir, 2003.

FERREIRA, M.C.; ALVES, L.; TOSTES, N. **Gestão de qualidade de vida no trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL E DO TRABALHO, 2., 2006, Brasília. Resumos. Brasília, DF: CBPOT, 2006.

FERRO, F.F. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: uma revisão de literatura.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Brumadinho, 2012. 92f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V.; **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”.** Rev. Saúde Pública, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICK, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. & PINZON, V. (1999). **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 21, n. 1, mar. 1999.

FLECK, M. R. A.; LOUSADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICK, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L; **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100).** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 2, 1999, p. 198-205.

FLEURY, A.C.C. & VARGAS, N., org. **Organização do trabalho.** São Paulo, Atlas, 1987.

FRANÇA, A. C. L. **Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial.** São Paulo: Atlas, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GREEN, I.W. & KREUTER, L.W. **Health promotion as a public health strategy for the 1990s.** Ann. Rev. publ. Hlth, 11: 319- 34, 1990.

GUSTAVSEN, B. **Mejoras del medio ambiente de trabajo: una nueva estrategia?** *Rev. Int. Trab.*, 99 (2): 173-88, 1980.

HACKMAN, J. N.; OLDHAM, G. R. **Development of the job diagnostic survey.** IN: Journal of Applied Psychology, s.l., v. 60. n. 2. p.159-170, 1975.

HUSE, E.; CUMMINGS, T. **Organization development and change.** St. Paul: West Publishing Company, 1985.

KENNEDY, S.M. **Medical screening for occupational diseaserisk is not a control measure.** Amer. J. industr. Med., 20:271-2, 1991.

KIRBY, E.L.; HARTER, L.M. **Discourses of diversity and the quality of work life.** Management Communication Quarterly, Londres, v.15, n.1, p.121-127, Aug. 2001.

KILIMNIK, Z.M. **Trabalho em tempos de “fim dos empregos”: mudanças na trajetória de carreira de profissionais de recursos humanos.** Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, Conselho Federal de Psicologia, v. 18, n. 2, p. 34-45, 1998.

KLUTHCOVSKY, A. C. G., & KLUTHCOVSKY, F. A. (2009). **O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: Uma revisão sistemática WHOQOL-bref, an instrument for quality of life assessment: a systematic review.** Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

LIMONGI_FRANÇA, Ana Cristina, and Andréa Yumi Sugishita Kanikada. **A construção de um instrumento de coleta de dados a partir do modelo de indicadores biopsicossocial e organizacional–BPSO-96 e do modelo de competências do bem-estar–BEO, sobre gestão de qualidade de vida no trabalho.** Revista Eletrônica de Administração 12.6 (2006).

MARTINS, M. M. **Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho dos Profissionais em Enfermagem no Trabalho em Turnos.** Florianópolis. 2002.

MEDEIROS, J.P. de; OLIVEIRA, J.A. de. **Qualidade de Vida no Trabalho: proposta de um instrumento síntese de medida.** In: SANT’ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda. (Orgs.) Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos. Rio de Janeiro: Elsevier; Belo Horizonte, MG: Fundação Dom Cabral, 2011.

MENDES, R. & DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Rev Saúde públ., S.Paulo, 25: 341-9, 1991.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Recomendación sobre los servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de empleo** (Recomendación no 112 de la OIT adoptada en 24 de junio de 1959). In: Convenios y recomendaciones (1919-1966). Ginebra, 1966. p. 1054-8.

PILATTI, LUIZ ALBERTO, and Viviane Carvalho BEJARANO. **Qualidade de vida no trabalho: leituras e possibilidades no entorno.** Gestão da qualidade de vida na empresa. Campinas: IPES (2005): 85-104.

POWER M, BULLINGER M, HARPER H. **The World Health Organization WHOQOL-100. Test of the University on Quality of life in 15 different cultural groups worldwide.** Health Psychology 1999; 18(5): 495-05.

PROGRAMA REGIONAL DE EMPREGO PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE (PREALC) **Cambio tecnológico: empleo y trabajo.** Santiago, PREALC, 1989. Documentos de trabajo, 333.

RIGOTTO, R.M. **A saúde do trabalhador como campo de luta.** Belo Horizonte, 1990. [Mimeografado].

RODRIGUES, M. V. **Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial**. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

RUDIO, F. V. **Introdução ao Projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANT'ANNA, A. de S.; KILIMNIK, Z.M.; MORAES, L.F. **Renault de. Antecedentes, origens e evolução do movimento em torno da Qualidade de Vida no Trabalho**. In: SANT'ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda. (Orgs.) *Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos*. Rio de Janeiro: Elsevier; Belo Horizonte, MG: Fundação Dom Cabral, 2011.

SCHILLING, R.S.F. **Developments in occupational health**. In: Schilling, R.S.F., ed. *Occupational health practice*. 2nd ed. London, Butherworths, 1981. p. 3-26.

SCHUTTINGA JA. **Quality of life from a federal regulatory perspective**. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 31-42.

SPITZER RL, WILLIAMS JB, KROENKI K, LINZER M, de GREY FV 3rd, HAHn SR et al. **Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care**. *JAMA* 1994; 272:1749-56.

THE WHOQOL GROUP. World Health Organization. **WHOQOL: measuring quality of life**. Geneva: WHO; 1997 (MAS/MNH/PSF/97.4).

THE WHOQOL GROUP. **Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment** 1998. *Psychol Med* 1998;28:551-8.

THE WHOQOL GROUP. **WHOQOL user manual**. Geneva: World Health Organization, 1998b.

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

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

WESTLEY WA (1979) **Problems and solutions in the quality of working life**. *Human Relations* 32(2): 113–123.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
IDADE: <input type="checkbox"/> < 30 anos <input type="checkbox"/> 30-40 anos <input type="checkbox"/> 41-50 anos <input type="checkbox"/> 51-60 anos <input type="checkbox"/> > 60 anos
FUNÇÃO: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Téc. de Enferm. <input type="checkbox"/> Aux. de Enferm.
SETOR: <input type="checkbox"/> HUWC <input type="checkbox"/> MEAC
TURNO: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Plantões

APÊNDICE B- CONSENTIMENTO LIVRE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos sejam esclarecidos.

A pesquisa a que você está sendo convidado a participar está sendo realizada sob a responsabilidade do mestrando Dr. Marcelo Pinheiro Teixeira, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior (POLEDUC) da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação do Prof. Dr. João Welliandre Carneiro Alexandre.

O estudo tem como objetivo avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho dos profissionais de saúde do complexo hospitalar desta universidade. A sua participação na pesquisa consistirá na resposta a um questionário (WHOQOL-bref) que envolve diversos aspectos, como: saúde física, bem-estar, relação com familiares e amigos e meio ambiente. Ademais você preencherá seus dados relativos a sexo, idade, função, setor e turno de trabalho.

Todos os dados que você fornecer serão tratados coma máxima confidencialidade pelo pesquisador. O mesmo se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. Em nenhum momento seu nome será divulgado, pois apenas serão compiladas as respostas do questionário. Saiba que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, não havendo nenhuma remuneração por ela.

Se você aceitar participar, saiba que você é totalmente livre para abandoná-la mesmo depois de ter preenchido o questionário. Para tanto, basta solicitar por e-mail ao pesquisador, a exclusão de suas respostas. Isso não acarretará nenhum prejuízo para você. Uma vez concluída a pesquisa, os dados poderão ser divulgados em revista científica, porém sem características pessoais que levem à identificação pessoal do participante, de acordo com o sigilo previsto pela ética profissional.

Com esta pesquisa, espera-se traçar um perfil de Qualidade de Vida no Trabalho dos profissionais pesquisados. Assim sendo, este estudo não traz nenhum risco para a população estudada. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, assim como pelos Comitês de Ética das instituições coparticipantes – HUWC e MEAC.

Se você tiver dúvidas durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-las com mestrando Marcelo Pinheiro Teixeira, pelo e-mail marcelopteixeira@ufc.br.

Endereço do responsável pela pesquisa: Rua Ildefonso Albano, 225 Meireles. Fortaleza/CE.

Nome: Marcelo Pinheiro Teixeira.

Instituição: POLEDUC - UFC – Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Paulino Nogueira, 315, bloco I.

Telefones para contato: (85) 98205.1015

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário:

RG: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador:

Marcelo Pinheiro Teixeira

RG 8909004001340

Assinatura: _____

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Marcelo Pinheiro Teixeira

RG 8909004001340

Assinatura: _____

ANEXO A – WHOQOL - ABREVIADO

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE GENEVRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre –

RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem	1	2	3	4	5

	oportunidades de atividade de lazer?					
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B – CARTAS DE ANUÊNCIA



EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS

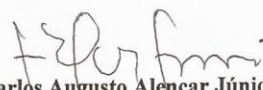


MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho dos Servidores de Saúde do Complexo Hospitalar da UFC a ser realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelos(as) Pesquisadores(as) Marcelo Pinheiro Texeira e _____ no período de Nov/2015 a Jan/2016.

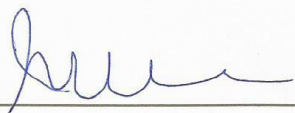
Fortaleza, 22 de 09 de 2015.


2/ Prof. Carlos Augusto Alencar Júnior
Gerente de Atenção à Saúde da MEAC/UFC

TERMO DE CIÊNCIA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, Josenília Maria Alves Gomes, Gerente de Atenção à Saúde do HUWC, conheço o protocolo de pesquisa intitulado: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS SERVIDORES DA SAÚDE DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UFC, DESENVOLVIDO PELO MESTRANDO Dr. Marcelo Pinheiro Teixeira, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida entre os meses novembro/2015 e fevereiro/2016, estando ciente que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Fortaleza, 22 de setembro de 2015.



Josenília Maria Alves

Prof.ª Dr. Josenília Maria Alves Gomes
Gerente de Atenção à Saúde
HUWC/UFC