

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

VIVIANE APARECIDA VIANA

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA QUALIDADE DE VIDA NO
TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

UBERLÂNDIA
2018

VIVIANE APARECIDA VIANA

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA QUALIDADE DE VIDA NO
TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) do Instituto de Geografia Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador
Orientador: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão.

**Uberlândia
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

V614r
2018 Viana, Viviane Aparecida, 1975-
Representação social da qualidade de vida no trabalho dos
profissionais de enfermagem de um hospital universitário / Viviane
Aparecida Viana. - 2018.
119 f. : il.

Orientador: Ailton de Souza Aragão.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
Trabalhador.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.955>

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3.
Qualidade de vida no trabalho - Teses. 4. Enfermeiros - Qualidade de
vida - Teses. I. Aragão, Ailton de Souza. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva – CRB-6/1408

VIVIANE APARECIDA VIANA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT) do Instituto de Geografia Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Uberlândia, ____ de _____ de 2018.

Resultado _____

Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - MG

Profa. Dra. Luciana Cristina Caetano de Moraes Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - MG

Profa. Dra. Valéria Nasser Figueiredo
Universidade Federal de Uberlândia – MG
Ficha catalográfica



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Instituto de Geografia
Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental
e Saúde do Trabalhador



PPGAT

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL		No. 49 PPGAT	Ano: 2018
Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – PPGAT, do Instituto de Geografia – IG da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.			
DATA: 28/06/2018	INÍCIO: 14:00 horas	ENCERRAMENTO: _____	
LOCAL DA DEFESA: Campus Santa Mônica – Bloco 3 E sala 118			
DISCENTE: Viviane Aparecida Viana			
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador			
LINHA DE PESQUISA: Saúde do Trabalhador			
		Nº. MATRÍCULA: 11612GST030	

TÍTULO: "Representação social da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário"

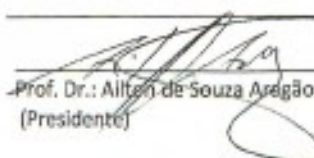
Banca Examinadora	
Prof. Dr.: Ailton de Souza Aragão Orientador(a) (Presidente)	UFU/MG
Profa. Dra.: Luciana Cristina Caetano de Moraes Silva	UFU/MG
Profa. Dra.: Valéria Nasser Figueiredo	UFU/MG


Em sessão pública, após exposição de cerca de 25 minutos, o(a) aluno(a) foi arguido(a) oralmente, sendo que a Banca Examinadora considerou o(a) candidato(a) A provado(a) _____.

Esta defesa de Dissertação de Mestrado Profissional é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação e regulamentação internas da UFU.

Na forma regulamentar, foi lavrada a presente Ata que é assinada pelos membros da banca e pelo (a) aluno (a).

OBS: As observações foram feitas e entregues junto aos exemplares lavrados pela banca.


Prof. Dr.: Ailton de Souza Aragão
(Presidente)


Profa. Dra.: Luciana Cristina Caetano de Moraes Silva


Profa. Dra.: Valéria Nasser Figueiredo


Discente: Viviane Aparecida Viana

*Aos meus pais, meu porto seguro,
minha vida, meu tudo!*

*Aos outros dou o direito de ser como são.
A mim, dou o dever de ser cada dia melhor.*

Chico Xavier

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por se fazer presente em todos os momentos da minha vida, dando-me sabedoria e discernimento. Em especial em momentos imprescindíveis como no desenvolvimento dessa pesquisa. Momento este de muitas lutas e enfrentamentos, porém, de muito aprendizado e consequentemente de vitórias.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão, pela oportunidade, confiança, colaboração e paciência, por mim muito exigida e por ele dispensada, durante este percurso desafiador. E pelo despertar de um novo olhar muito além das minhas “paixões”.

Aos meus pais, seres iluminados e amados, que com toda simplicidade e amor, me direcionaram os melhores caminhos a seguir e a quem devo tudo que sou. Aos meus familiares e amigos pela paciência, carinho e incentivo, mesmo diante das minhas ausências estiveram por perto e acreditaram em meu potencial.

A equipe de trabalho da Clínica Médica, em especial, a equipe de enfermagem pela colaboração e participação na realização desta pesquisa. Vocês são os principais responsáveis por este desafio e pela sua concretização. A vocês meus sinceros e profundos agradecimentos. Sem vocês nada disso seria possível.

Ao Tiago e Carla que tanto me incentivaram e auxiliaram, e não me deixaram desistir, mesmo quando nem eu mais acreditava em mim.

A equipe da UBS Patrimônio pelo apoio, compreensão e paciência.

Aos professores, direção e secretária do PPGAT pela colaboração, pelos ensinamentos e pela parceria ao longo desse mestrado.

Aos amigos e colegas pela oportunidade de trilharmos juntos mais essa caminhada, árdua, porém recompensadora e gratificante.

A todos aqueles que contribuíram diretamente ou indiretamente na concretização desta pesquisa e na minha evolução pessoal e profissional

A todos o meu Abraço, Muita Luz e Obrigado, Obrigado e Obrigado.

RESUMO

O trabalho, considerado como atividade de interação do homem com a natureza, se tornou imprescindível ao homem, enquanto ser social. Essa relação produz, também, saúde-doença. Relativamente ao trabalho na Saúde, os profissionais de enfermagem hospitalar desempenham-no de maneira ininterrupta por dispensar ações de cuidado integrais. Aspectos como sobrecarga laboral, rotatividade de profissionais, insalubridade impactam sobre o trabalho e o trabalhador física e mentalmente e, conseqüentemente, sobre a Qualidade de Vida. O estudo objetivou conhecer e analisara representação que os trabalhadores de enfermagem possuem acerca da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa/quantitativa, no qual foram aplicados um questionário para caracterização socioeconômica e uma entrevista semiestruturada áudio-gravada e analisada com base na teoria das Representações Sociais (RS). Participaram desta pesquisa 45 profissionais de enfermagem de diferentes categorias: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. As entrevistas evidenciaram que os profissionais têm tido sua QVT comprometida por aspectos que limitam o desenvolvimento da rotina laboral, embora existam fatores que independam dos participantes, sendo estes de competência administrativa e de políticas públicas. Foram identificadas 14 categorias que integram as RS de QVT, dentre elas, destacam-se a adequação laboral, o investimento em material e em pessoal, interação interpessoal, dentre outras. Estas categorias encontram-se ligadas tanto à conceituação de QVT quanto a ações e estratégias apontadas para modificar e melhorar o contexto do trabalho e seus reflexos sobre a QVT dos pesquisados. O estudo aponta para a necessidade de ampliar o conceito de Saúde e o conceito de QVT, em sua historicidade, como resultantes das relações sociais dos participantes com o ambiente de trabalho. Além de produzir impactos propositivos nos processos de cuidado integral aos atendidos pelo hospital.

Palavras-chave: Qualidade de vida no trabalho. Enfermagem. Representações sociais.

ABSTRACT

The work, how an activity of interaction of man with the nature, be created as a man, such as asocial being. This relationship also produces health-disease. Relatively work in Health, nursing professionals are hospitalized uninterruptedly for integral care actions. Aspects such as work, professional turnover, insalubrity, impact on work and physical and mental work and, consequently, on Quality of Life. The study aimed to know and analyze the representation of nursing workers in the Medical Clinic sector on Quality of Life at Work (QLW). It's a method of qualitative / quantitative methodology, which is a questionnaire for socioeconomic characterization and a semi-structured interview. Participated in the study 45 nursing patients of different categories: nurses, technicians and nursing assistants. The interviews showed the risk of losing the employment, although they were prevented from participating in the work programs, though there are those who may be participants, who are both administrative and political. We identified 14 categories that integrate the Social Representation of QLW, among them the labor adequacy; investment in equipment and staff; interpersonal interaction, among others. These categories are located as much as a QLW conception as to the actions and strategies aimed at modifying and improving the context of the work and its reflections on a QLW of the researched ones. The study is based on the perspective of the concept of health and the concept of QLW, in its historicity, as the social practices of the participants with the working environment. And that produces the investments proposed in the processes of integral care to those tended by the hospital.

Keywords: Quality of life at work. Nursing. Social representations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Quadro de 4 casas dos sujeitos estudados do Hospital Universitário, Rio de Janeiro, 2002.....	49
Gráfico 1	Relação entre a etnia e a formação dos participantes.....	53
-		
Gráfico 2	Qualidade de Vida no Trabalho enquanto Conceito, segundo os participantes, obtidos pelo TESE.....	57
-		
Gráfico 3	Qualidade de Vida no Trabalho enquanto o que é importante para a obtenção, segundo os participantes, obtidos pelo TESE.....	58
-		
Gráfico 4	Estratégias que podem ser desenvolvidas para alcançar Qualidade de Vida no Trabalho, segundo os participantes, obtidos pelo TESE.....	58
-		
Quadro 1	Categorias e síntese de representação oriundas das entrevistas dos participantes obtidas com o TESE.....	66
-		
Quadro 2	Quadro de Quatro Casas dos participantes sobre QVT de um Hospital Universitário.....	68
-		

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes quanto ao sexo, etnia, religião, idade, estado civil, escolaridade, tempo de formado, renda familiar, atuação na saúde, carga horária, vínculos trabalhistas, turno em que atua e tipo de contrato.....	51
Tabela 2 - Distribuição das categorias de QVT citadas pelos participantes.....	65
Tabela 3 - Elementos constitutivos e dissonantes do Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho para os três grupos participantes.....	85
Tabela 4 - Elementos apontados para obtenção da QVT e suas barreiras conforme os três grupos de participantes.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEEN	Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DORT	Distúrbios Osteo Musculares Relacionados ao Trabalho
ESTES	Escola Técnica de Saúde
FAEPU	Fundação de Assistência e Ensino de Pesquisa de Uberlândia
HCU-UFU	Hospital das Clínicas de Uberlândia - Universidade Federal de Uberlândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
NC	Núcleo Central
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGAT	Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TESE	Teste de Evocação Semiestruturado
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	JUSTIFICATIVA.....	19
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	Objetivo geral.....	20
3.1	Objetivos específicos.....	20
4	MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....	21
4.1	O mundo do Trabalho e o Adoecimento.....	21
4.2	A enfermagem e suas peculiaridades.....	26
4.3	Qualidade de vida (d)no trabalho: um conceito polissêmico e em construção.....	33
4.4	As representações sociais nas pesquisas em saúde do trabalhador.....	38
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
5.1	Tipo, o cenário e os sujeitos da pesquisa.....	43
5.2	A construção dos dados.....	46
5.3	O processo de análise dos dados.....	46
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6.1	Uma análise dos participantes: similitudes e particularidades..	51
6.2	As Dimensões Constitutivas da Qualidade de Vida no Trabalho entre os Participantes.....	56
6.3	Elemento Estrutural.....	59
6.4	Elemento Emocional.....	59
6.5	Elemento Social.....	60
6.6	Elemento Cognitivo.....	62
6.7	Elemento Econômico.....	62
6.8	Elemento Condições de Salubridade.....	63
7	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA QVT PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	65
7.1	Análise das Evocações (construção e interpretação do Quadro de Quatro Casas).....	67
7.1.1	<i>Elementos Centrais</i>	68

7.1.2	<i>Os Elementos Intermediários 1</i>	73
7.1.3	<i>Os Elementos Periféricos</i>	77
7.1.4	<i>Elementos Intermediários 2</i>	80
8	QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: CONCEITO, AÇÕES E ESTRATÉGIAS REPRESENTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR	84
8.1	Conceito de QVT: marcas do senso comum e reflexos científicos.....	84
8.2	Na prática... (as ações realizadas para se ter QVT).....	86
8.3	Experiências acumuladas, saberes compartilhados: sugestões de estratégias para QVT.....	88
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A - PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONOMICA INSTRUMENTO N.º _____	104
	APÊNDICE B - PARTE II -TESTE DE EVOCAÇÃO SEMIESTRUTURADA (TESE)	106
	APÊNDICE C - TÍTULO DO PROJETO: REPRESENTAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	107
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UFTM..	109
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UFU....	113
	ANEXO C - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA GESTÃO ACADÊMICA DO HCU	119

APRESENTAÇÃO

Neste momento apresento a dissertação de mestrado e sua constituição teórica e metodológica, a análise do banco de dados, os resultados e discussões dos mesmos, além das considerações finais alcançados por meio desta pesquisa.

O interesse pela pesquisa se deu a partir perspectiva em se avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) dos profissionais de enfermagem do setor de clínica médica em um hospital público, mediante a dinâmica do trabalho desenvolvido e todos os fatores que a envolvem, bem como as inúmeras queixas e o descontentamento apresentado por uma parte significativa do grupo, que se sente desprovida de recursos tanto materiais como pessoais e também de uma falta de perspectiva em mudanças efetivas do cenário atual.

A minha formação enquanto profissional na área de saúde se deu, inicialmente, no curso técnico da Escola Técnica de Saúde (ESTES) e após nove anos como Técnica de Enfermagem, ingressei na graduação em Enfermagem em uma instituição particular (Centro Universitário do Triângulo) onde me formei como Bacharel em Enfermagem. E em 2013 conclui a especialização de Enfermagem em Emergência e Urgência no Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição (CEEN) pela Universidade Católica de Goiás.

Durante todo o meu tempo de formação atuei como enfermeira ministrando uma disciplina em um curso profissionalizante de Cuidador de Idosos, por aproximadamente um ano, sendo está a minha única atuação até o momento como enfermeira.

Sendo minha atuação profissional como Técnica de Enfermagem em duas instituições públicas desde 1998, e a partir das vivências e da realidade das condições em que se desenvolvem o trabalho dos profissionais de enfermagem com suas demandas e dificuldades, despertou-me a iniciativa em avaliar qual a representação que estes profissionais têm de QVT, bem como obtê-la e quais as ações envolvidas neste contexto.

Logo, vi no mestrado uma forma promissora para abordar algo que me instigava a fazer reflexões mais profundas e que me causavam certo desconforto ao ouvir que em instituições públicas nem sempre se visa “qualidade no atendimento e sim

quantidade”. E ainda, também por não concordar com isso e em acreditar que independente da instituição algo sempre pode ser feito para melhorar o modo de trabalho e beneficiar, tanto os trabalhadores bem como os usuários do serviço. E cursar um mestrado que está diretamente ligado à área da Saúde Ambiental e do Trabalhador, mais especificamente ligada a minha pesquisa me proporcionou, quer seja por parte dos professores, das disciplinas e do desenvolvimento dessa dissertação, reflexões mais pontuais e profundas.

Desta forma apresentamos no primeiro capítulo denominado como Marco Teórico de Referência, o que traz questões ligadas ao trabalho e o adoecimento profissional proveniente do trabalho desempenhado e os fatores a este relacionado, o papel da enfermagem no campo da saúde, as condições de trabalho e as peculiaridades da profissão. Também neste capítulo abordam-se o conceito de Qualidade de Vida (QV) e QVT e na sequência as Representações Sociais (RS) para assim embasar teoricamente este estudo, além de servir como eixo para discussão e os resultados obtidos.

No segundo capítulo designado como Percurso Metodológico detalhamos os recursos metodológicos escolhidos: tipo, cenário, sujeitos da pesquisa e o processo de análise dos dados coletados.

O terceiro capítulo Resultados e Discussão são apresentados por meio de uma análise aprofundada das categorias obtidas e a representação da QVT (conceito, obtenção e estratégias) para os profissionais pesquisados, por meio dos dados que se complementam e conversam entre si.

E, na última seção do texto foram realizadas as considerações que esta pesquisa possibilitou.

1 INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida (QV) quer seja no trabalho ou fora dele é fator primordial para o homem, uma vez que está intrinsecamente relacionado a bem-estar e satisfação e aparece como algo ligado a vida humana. Logo, QV implica nos processos e relações individuais e coletivas.

A compreensão de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e as vertentes que a envolvem são fundamentais para o trabalho e para o trabalhador. Além de possibilitar traçar ações e estratégias que consigam promovê-la.

Logo, neste estudo contemplaremos a QVT de profissionais de saúde, porém com foco para os que compõem a área de enfermagem, dedicados à prestação de cuidados de saúde, em tempo integral, com o intuito de assegurar a manutenção da vida.

Estes profissionais se encontram lotados em uma enfermaria de Clínica Médica, de um Hospital Público de Grande Porte, situado no Estado de Minas Gerais, o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU-UFU), conhecido popularmente como “MEDICINA”.

Trata-se de um dos hospitais considerados grandes prestadores de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e microrregião do Triângulo Mineiro.

A enfermagem se encontra inserida em diversas instituições, dentro da área e saúde, prestando um serviço considerado essencial á sociedade como um todo, estando presente em momentos cruciais, que vão desde o nascimento até a morte.

A realidade destes trabalhadores se assemelha a de muitos outros, dentro do mundo do trabalho. Que tem sido cada vez mais exigente, fragmentado e competitivo, exigindo muito do trabalhador.

Logo se percebe que se trata de uma profissão que demanda muito dos profissionais, seja por meio de força física e do controle emocional, assim como pela dedicação, pelo trabalho realizado e pela tamanha responsabilidade empregada e exigida diariamente em sua rotina laboral.

Enquanto profissão, a Enfermagem, ao longo de sua história, vem passado por inúmeras transformações que perpassam pelas conquistas na saúde pública, nos avanços científicos e tecnológicos, na prestação de cuidados embasados e

reconhecidos, nas conquistas no campo do trabalho, na produção de pesquisas acadêmicas e no contexto social.

No entanto, mesmo com tudo que até o momento foi melhorado e ampliado, ainda existem questões a serem abordadas e melhoradas como, por exemplo: o reconhecimento profissional, que é algo ainda almejado. Quer seja por parte dos usuários (pacientes/cliente), pelos próprios colegas de profissão e de outros profissionais que também atuam na área de saúde; pelas próprias instituições onde esses trabalhadores estão inseridos e por parte da sociedade. Fato esse que ocasiona um descontentamento pessoal e profissional, capaz de acarretar dissabores ao longo das carreiras de trabalho, que podem levar ao abandono da profissão, ao adoecimento e até a morte.

Tendo em vista o exposto, reconhecendo a situação /problema levantou-se a hipótese das condições de trabalho e todos os fatores tanto positivos como negativos que a ela estão atrelados e que poderiam implicar na QVT da equipe de Enfermagem. O que motivou este estudo a fim de buscar entendimento sobre o cerne da questão.

Para que tudo isso se tornasse possível, foi necessário um aprofundamento conceitual e teórico em busca de conhecimentos e um embasamento para o desenvolvimento crítico referente à questão evidenciada.

Neste sentido utilizaremos as Representações Sociais (RS) como agente determinador de QVT, e da real condição destes trabalhadores. As RS subsidiam uma melhor maneira de elucidar e analisar a realidade diária, dentro do grupo da enfermagem. Através da interpretação da realidade vivida pelo grupo e possibilita compreender comportamentos e costume dos mesmos. Além de colaborar com a adoção de ações que melhorem a qualidade de vida global destes profissionais, possibilitando a melhoria no atendimento, além de tornar as ações de saúde mais resolutivas a sociedade.

2 JUSTIFICATIVA

Para além do exposto na Apresentação e na Introdução do presente, a pesquisa justifica-se pela necessidade de investigar os processos de trabalho no interior das instituições hospitalares, detidamente, a produção da Qualidade de Vida nesse ambiente de trabalho. Pois as relações sociais entre a Equipe de Enfermagem podem possuir elementos que, devidamente pesquisados, podem favorecer uma maior e melhor atuação da mesma Equipe.

A adoção da metodologia das Representações Sociais prima pela emersão de elementos que, oriundos dos métodos de entrevistas, favorecerá a construção de novos referenciais. Logo, diferentemente das pesquisas de base quantitativa sobre a Qualidade de Vida no Trabalho, a análise por meio das Representações favorece uma amplitude, permitida pela subjetividade dos participantes, construída e reafirmada nas relações de trabalho.

Outra justificativa reside na possibilidade de que os resultados do presente estudo possam ser revertidos em programas ou iniciativas que valorizem a participação ativa dos profissionais das Equipe de Enfermagem na deliberação dos temas que incidem diretamente na QVT no interior dos hospitais. Haja vista que a rotina de trabalho abrevia ou mesmo impede essa participação.

Considerando a importância do trabalho de enfermagem, acredita-se que a abordagem do tema implica significativamente de forma positiva para a sociedade, visto que essa usufrui do trabalho desses profissionais não só no campo hospitalar, mas também no campo da saúde pública e coletiva.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer e analisar a representação que os trabalhadores de Enfermagem possuem acerca da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o perfil dos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliar de enfermagem da Clínica Médica do HCU-UFU;
- b) Indicar quais os fatores que influenciam na formação de grupos com diferentes Representações Sociais;
- c) Identificar as demandas para a obtenção e as estratégias que possam promover a QVT na perspectiva dos profissionais.

4 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

4.1 O mundo do Trabalho e o Adoecimento

O trabalho enquanto atividade existe desde os primórdios da humanidade. É por meio dele que o homem busca realizações pessoais, financeiras, sociais ou, em alguns casos, apenas um modo de sobrevivência, como se constata no capitalismo. Se por um lado o trabalho compõe, então, naturalmente a vida do ser humano e constitui sua história, de maneira positiva, por outro, muitas vezes, também tem como consequência o adoecimento.

A palavra Trabalho vem do latim “tripalium”, na qual *tri* significa “três” e “palium” significa “madeira”. Dessa junção define-se “tripalium” como um instrumento de tortura, formado por três estacas de madeira afiadas, bastante usadas na antiguidade na Europa. Em vista disso, tem-se também a ideia de que trabalho representa um castigo, uma tortura (ETIMIOLOGIA, [2017]). Esse ponto de vista etimológico mostra que a relação entre trabalho e o homem é algo penoso, sofrido, e tão antigo quanto o próprio trabalho.

O mundo do trabalho passou por inúmeras transformações, ao longo de sua história, deixando para trás o primitivismo, o escravismo, o feudalismo, que eram as organizações de trabalho na antiguidade, até a chegada do capitalismo, sistema ainda vigente e passível de alterações.

Nessa perspectiva, a Revolução Industrial (século XVIII e XIX) teve um papel fundamental nas transformações da história do trabalho, pois tal período é considerado um marco histórico pelas muitas descobertas e invenções nele ocorridas. E estas são tão significativas porque proporcionaram o desenvolvimento e consolidação do capitalismo, sistema em que muito se investe em produzir coisas novas e diferentes, sempre com o olhar direcionado ao lucro.

Nesse sentido, vale ressaltar, então, segundo Aguiar e Reis (2002), que é justamente após a Revolução Industrial que o capitalismo inova os processos de trabalho, a maneira de organizar e de gerir o modo de produção, visando à supremacia do lucro ou à extração da mais-valia, mesmo que para isso ocorra à redução da mão de obra. Tais inovações se tornaram uma tendência mundial, presente nos processos produtivos atuais, o que diminui a mão de obra especializada e incentiva a abertura

de novos mercados, movidos por mão de obra barata e nem sempre especializada, para a produção de bens supérfluos e de baixa qualidade. Logo, é possível afirmar que, independente da qualidade, no capitalismo o que é primordial é a quantidade, ou seja, o montante daquilo que se produz e que se torna fonte de renda.

Nesse contexto, encontra-se o trabalhador, um dos principais geradores do lucro, que é o responsável pela execução e produção de bens de consumo ou de serviços. Sobre isso, Antunes (1995, 1999) observa que o trabalhador é um profissional, não detentor dos meios de produção, e que vive da venda da sua mão de obra em troca de salários (ANTUNES, 1995, 1999). Há casos em que esses salários são incompatíveis com a função e com a produção por eles apresentadas. Estes rendimentos ficam muito aquém do que se necessita para se ter uma vida digna e confortável, pois garantem apenas a sobrevivência do trabalhador e de suas famílias, porém sem perspectivas de melhora. Ou seja, o trabalhador precisa do trabalho para manter-se e suprir suas necessidades. Em vista disso, coloca-se à disposição de quem melhor possa pagar pelo seu serviço, sua capacidade física e intelectual. Nem sempre o valor pago é o que ele almeja, mesmo assim se sujeita a tais condições para manter-se inserido no mercado de trabalho.

Além de cumprir uma função de prover renda ao trabalhador, para Marx e Engels (1979, p. 118) o trabalho também é,

em primeiro lugar, uma relação histórica entre o homem e a natureza, um processo integrado no qual o ser humano faculta, regula e controla a sua forma material com a natureza através de sua atividade. Ao atuar sobre a natureza externa a si, modificando-a, o ser humano modifica simultaneamente sua própria natureza.

Logo, percebe-se que também é por meio do trabalho que o homem se relaciona com diversos seres e pessoas, nos mais diversificados ambientes. Relação capaz de transformar seu caráter, seu modo de vida e sua interação com o mundo. Também se observa que todo esse processo pode transformar o homem enquanto ser humano e enquanto ser que compõe o mundo do trabalho.

Também, segundo Seligmann-Silva (2014), pelo trabalho se torna possível obter as realizações almejadas e não só manter a sobrevivência. O trabalho pode nos permitir ganhos tanto de ordem material, como social, pois permite a concretização de sonhos, a realização de metas, a mudança na realidade vivida e a ascensão social.

Logo o trabalho traz consigo uma série de benefícios e de novas perspectivas na vida do trabalhador, e, nesse caso, é considerado algo positivo.

Outro fator decorrente da evolução do capitalismo e dos processos de trabalho foi à globalização, que se deu a partir do rompimento de fronteiras e tornou o mundo mais dinâmico. A globalização econômica que ocorreu graças às inovações tecnológicas é fundamentada na supremacia do capital, que deixou para trás o capitalismo concorrência (taylorista-fordista) e se tornou moderno, de base toyotista, devido à abertura ágil dos processos de trabalho, e das demandas voltadas para o consumo de bens (PEREIRA, 2016).

Assim, a globalização trouxe para o mundo do trabalho uma dinâmica de trabalho cauteloso e em constante atividade, o que determinou que os profissionais se adequassem às crescentes e incessantes exigências do mercado. Sobre isso, Ianni (1994), afirma que o processo de globalização levou o trabalhador a adequar-se às novas demandas do mercado de produção de bens e serviços, para assim se manter no mercado de trabalho, onde, além disso, o lucro é o produto final. Dessa forma, obriga-se o trabalhador a se submeter às exigências de um mercado cada vez mais perverso e precarizado.

Além disso, a globalização acentuou as diversidades, por meio da exploração, da exclusão universal e da desigualdade, sendo um processo no qual bem estar e desenvolvimento não se estendem a todos os envolvidos (ALVES, 2001).

Porém, Santos (2002) defende que a globalização pode ser cruel, aumentando a competitividade, visando o lucro e deixando de lado questões sociais de grande relevância. Esse processo resulta em possíveis imposições do infortúnio à sociedade como um todo.

Já Pereira (2007), por sua vez, analisa que devido às modificações ocorridas no mundo do trabalho, a partir da produção em cadeia e da globalização, as relações de trabalho foram intensamente impactadas. Isso corrobora a visão de Antunes e Praun (2015) para os quais as pressões às quais os trabalhadores foram submetidos pelas exigências de um mercado competitivo, ágil e controlador, além da cobrança por melhores resultados e por maior geração de lucro, contribuíram para a transformação do ambiente de trabalho em um ambiente adoecedor.

Sendo assim, ao se refletir sobre a globalização na ótica dos autores supracitados, tornou-se evidente que esta foi positiva para os detentores da força de trabalho, os quais conseguiram aumentar sua produção de bens e,

consequentemente, seus ganhos. Porém, para o trabalhador, a perspectiva não foi à mesma, pois ele foi praticamente forçado a se capacitar para acompanhar as demandas de um mercado competitivo e perverso, pois é ele, o trabalhador, que sofreu todas as injúrias dessa modernização e nem sempre usufruiu do resultado do seu trabalho.

Logo, fica evidente que os processos de metamorfose pelos quais o mundo do trabalho tem passado afetam negativamente a dinâmica deste. Isso se deve especialmente à precarização do trabalho, a qual ocorre de diversas maneiras, dentre as quais estão os baixos salários, os subempregos, o acúmulo de empregos e funções, a demanda por horas extras, a perda de benefícios e a redução de pessoal, por exemplo. Tais fatores contribuíram para o descontentamento e sofrimento do trabalhador, além de serem considerados como agentes causadores de adoecimento. Portanto, o modo de organização do trabalho, imposto pelo capitalismo contemporâneo, tem sua parcela de contribuição para o processo de saúde-doença.

De acordo, com Matoso e Rodrigues (2016), atualmente há um olhar atento voltado para a saúde do trabalhador, mediante a observação do processo de globalização, que tem intenso desenvolvimento tecnológico a seu favor, mas não consegue gerir as necessidades humanas. Ou seja, a globalização trouxe para o mundo do trabalho evolução, rapidez e tecnologia, porém tais avanços não conseguem contemplar as demandas por parte dos trabalhadores, como por exemplo, melhores salários, segurança, acesso a capacitações, garantia de estabilidade e melhores condições de trabalho.

Sendo assim, faz-se necessário considerar que, conforme Antunes e Praun (2015), as mudanças no mundo do trabalho, provenientes do capitalismo nas últimas décadas, têm colaborado para o adoecimento e os acidentes ligados ao trabalho, muito embora ainda haja uma subnotificação destes.

As situações às quais os trabalhadores foram e ainda têm sido submetidos no mundo capitalista, por meio da exploração da força de trabalho, têm resultado em um contingente de trabalhadores lesionados, mutilados, adoecidos fisicamente e psicologicamente, conforme apontam Antunes e Praun (2015). Nesse contexto, o trabalhador é considerado como objeto que tem data de validade e que, após determinado tempo de uso, pode ser descartado a qualquer momento. O que é comum a partir de quando o trabalhador é acometido por algum tipo de mazela e deixa de

corresponder ao que lhe é exigido, ou seja, se não atende ao que se espera quanto à qualidade ou quantidade do serviço.

Vale ressaltar, então, que há fatores que podem ser estressores e consequentemente colaborar para o adoecimento profissional, como, por exemplo, carga de trabalho, horário de trabalho, excesso de informações e cobranças, autoritarismo, falta de apoio, de participação e reconhecimento, metas abusivas e instabilidade no vínculo de trabalho, dentre outras (CARDOSO, 2015). Em certos casos, a isso se soma a própria natureza da atividade laboral, como no caso da enfermagem, em que mesmo em boas condições de trabalho o profissional está sujeito a uma série de riscos.

Tais fatores em conjunto têm como consequência as principais doenças que têm acometido os trabalhadores brasileiros, as quais são de ordem: mental (estresse e depressão), físicas (musculoesqueléticas, com destaque para a (Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteo Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT)) e os acidentes de trabalho, segundo Teixeira (2012). E no que diz respeito à enfermagem, o mesmo se passa com seus trabalhadores, assim como afirma Gouveia (2014), ao apontar as principais doenças a que estes estão expostos, como, por exemplo: estresse, depressão, lesões por acidentes, lombalgia, dores musculares crônicas e lesões de coluna vertebral dentre outros.

Por sua vez, no caso das mulheres na enfermagem, o adoecimento, além dos próprios fatores provenientes do trabalho em si, há mais um agravante: a dupla ou tripla jornada. Isso se deve ao fato de que mesmo que as mulheres trabalhem fora, ainda têm toda uma rotina doméstica a ser cumprida, a fim de exercer os papéis sociais de mãe e esposa, demandando jornadas extras de trabalho, o que implica em esforços extenuantes e, consequentemente, em adoecimento. Apesar de todo esse contexto em que a mulher se encontra inserida ser atravessado por exceções, quando há compartilhamento de tarefas com os homens, de modo geral a sobrecarga ainda é uma realidade a ser considerada no que tange ao adoecimento, assim é importante adentrar para as peculiaridades da enfermagem buscando compreender melhor este contexto.

4.2 A enfermagem e suas peculiaridades

O campo de atuação da enfermagem, nas últimas décadas, tem ultrapassado o espaço que tradicionalmente ocupa cujo foco é o hospital, para atingir novos campos de atuação, como clínicas, escolas, creches, instituições infantis ou asilares, indústrias, estabelecimentos de ensino, atendimento domiciliar, dentre outros locais. Esse movimento contribuiu para a expansão de suas atividades e sua inserção em locais de trabalho diversificados. Tal fato se deu graças à expansão do mercado de trabalho, o qual, por sua vez, exigiu especializações e capacitações, por parte dos profissionais.

Assim, os profissionais de enfermagem também atuam na prevenção e promoção da saúde, bem como no campo da beleza e estética, dentre outros. Em consequência disso, na atualidade é crescente a participação da enfermagem junto às equipes multidisciplinares, colaborando, acrescentando seus conhecimentos e atuando na resolução de situações problema. Devido a isso, a enfermagem tem sido vista como uma profissão com inúmeras possibilidades de presença no mercado, e não mais apenas como o cuidar de enfermos.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2015), a área da saúde é composta por 3,5 milhões de trabalhadores. Desses, aproximadamente 50% atuam na enfermagem, o que representa um percentual bastante expressivo, e, desta parte, um total de 80% são técnicos e auxiliares de enfermagem e apenas 20% são enfermeiros, incluindo os profissionais que estão na ativa e os aposentados. Tais dados confirmam o elevado número de profissionais de saúde que compõe o quadro de enfermagem, deixando claro assim a vastidão que essa profissão ocupa no mercado e a expansão pela qual ela vem passando ao longo de sua trajetória.

Dentre os profissionais que pertencem à equipe de enfermagem há os de nível superior e os que são de nível médio, os enfermeiros (formação superior) e os técnicos e auxiliares de enfermagem (nível médio/técnico e médio). Além da formação, existe uma diferenciação entre as funções exercidas e cada categoria tem sua regulamentação própria dentro do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986.

Quanto à organização do trabalho na enfermagem em face da formação, o enfermeiro desenvolve funções de chefia, coordenação, gerenciamento,

desempenhando o trabalho com maior complexidade; já os técnicos e os auxiliares desenvolvem as mesmas atividades, ou seja, cabe a esse grupo tarefas ditas como as mais simples (ARAÚJO; QUENTAL; MEDEIROS, 2016).

Ainda sobre a Lei Nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, está dispõe que a enfermagem deve ser exercida privativamente pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem de acordo com a devida habilitação. Tal lei sanciona o livre exercício da enfermagem em todo o território nacional, e também coloca que as atividades só podem ser desenvolvidas por pessoal legalmente habilitado e inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

A lei define, ainda, quais atividades a serem exercidas pelos seguintes profissionais, conforme os seguintes artigos:

Art. 6º- São enfermeiros o titular de diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino nos termos da lei; Art.11- O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, privativamente atividades com coordenação, organização, planejamento, direção e gerenciamento em instituições de saúde, públicas e privadas;

Art. 7º- São técnicos de Enfermagem, o titular de diploma ou certificado de Técnico de Enfermagem. Art.12º - O técnico exerce atividades de nível médio, envolvendo orientações e acompanhamento do trabalho da Enfermagem em nível auxiliar, participa da programação da assistência de enfermagem e executa ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro, além de participar da equipe de saúde e da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem;

Art. 8º- São Auxiliares de Enfermagem, o titular de certificado de Enfermagem. Art. 13º - O Auxiliar exerce funções de nível médio, de natureza repetitiva e simples, ambos sob supervisão. (BRASIL, 1986).

A Enfermagem é uma profissão que tem essa subdivisão no seu quadro de profissionais. Aos enfermeiros cabem funções que exigem um atendimento mais complexo, além de gerenciar, coordenar e supervisionar o trabalho, enquanto aos profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares) cabem as atividades desenvolvidas sob supervisão, a assistência direta ao paciente/cliente, por meio de prestação de cuidados menos complexos, como, por exemplo: banhos, curativos, nebulização, dentre outros (MACHADO et al., 2014). Essa subdivisão é, em partes, positiva, pois faz com os profissionais de enfermagem, de um modo geral, busquem se capacitar e se qualificar mais, a fim de conquistar campos de trabalho mais promissores e estáveis. Na contraparte, essa divisão pode ser vista como colaboradora para a fragmentação do trabalho e sobrecarga de parte dos profissionais, já que a hierarquia permite a alguns, geralmente, aos de nível superior, que possam se restringir a atividades menos danosas, enquanto os de nível técnico ficam submetidos a mais

funções. Esse funcionamento tem por consequência, muitas vezes, o comprometimento da qualidade do serviço prestado.

Outro fato importante a se observar, conforme aponta Lima (1993), é que a enfermagem é desempenhada por mulheres desde a antiguidade, as quais, por meio de seus conhecimentos com relação à arte do cuidar, prestavam atendimentos à população em geral. Além disso, segundo afirma Passos (2014), a enfermagem estaria ligada ao ser feminino, por ser considerada como a arte do cuidar e essa arte fazer parte da natureza da mulher.

Em vista disso, a enfermagem, segundo afirmam tais autores, tem toda característica de uma profissão em que as mulheres são as mais apropriadas para a atuação profissional, ou seja, são as principais responsáveis pela prestação do cuidado, o que se deve a questões socioculturais. Outro fato importante de se observar é que, ao longo da história da inserção da mulher no mercado de trabalho, ela aparece ligada a funções que não exigiam remuneração, por serem de cunho doméstico, como: a procriação, cuidado com a família, idosos e enfermos. Dessa maneira a figura feminina tem sido relacionada a uma força de trabalho tida como inferior, menos importante e ligada a funções mais fraternais e menos valorizadas (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT, 2010).

Ainda, sobre a mulher no mundo do trabalho, é comum esta compor a maioria dos funcionários do quadro de algumas profissões, geralmente ligadas à parte assistencial, por se assemelharem também ao cuidado. Entre tais profissões se encontram, por exemplo, o serviço social, a pedagogia e a enfermagem. No caso desta, o contingente de profissionais do gênero feminino é de 84,6% de mulheres e apenas 15,4% de homens, dados que evidenciam a feminização ser predominante no contexto dessa profissão (FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN, 2015).

Vale ressaltar que, mesmo a enfermagem sendo uma profissão fundamental na assistência à saúde, com um dos maiores contingentes de trabalhadores, ela não tem seu devido reconhecimento profissional, o que também pode estar relacionado ao maior número de mulheres atuantes na profissão. Embora esse fato abra precedentes para estudos a serem realizados sobre o tema, aprofundá-lo escapa ao *corpus* do nosso trabalho, porém não poderia deixar de ser mencionado, dada a presença maciça das mulheres entre os profissionais de enfermagem.

Por outro lado, tradicionalmente o homem é visto como provedor, sendo-lhe atribuída a função de sustento e trabalhos mais expressivos e mais valorizados, com melhores rendimentos e possibilidades de ascensão profissional. Em contrapartida, já existe uma tendência de mudanças, graças ao aumento de homens ingressando no campo da enfermagem, número ainda com baixa representatividade, mas que vem aumentando (IBGE, 2015).

Para Machado et al. (2016), isso se deve às mudanças propostas pelos próprios homens, rumo a uma desconstrução do modelo adotado, no qual as mulheres são vistas como as únicas capazes de cuidar. Isso não pode ser uma regra geral, pois tanto homens quanto mulheres são capazes de atender às necessidades e as exigências do mercado de trabalho, atuando de maneira eficiente na prestação do cuidado.

Quanto a local de trabalho, mesmo a enfermagem atuando em diferentes espaços, além do hospital, é ainda nele que se encontra concentrada a maior parte do contingente de trabalhadores. Os hospitais são imprescindíveis na prestação da assistência, em especial os que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS), seja pelos serviços prestados, que vão desde baixa até alta complexidade, seja pela capacidade de atender a um público diversificado e numeroso. Isso só é possível pela formação profissional em diversas áreas, por desenvolvimento de pesquisas e técnicas, além de novas tecnologias e avanços no desenvolvimento da assistência, que são convertidos em melhorias para a toda a população brasileira, segundo o que define Barata, Mendes e Bittar (2010).

Em vista disso, o hospital é um local em que a equipe de enfermagem tem sua maior concentração e atua a todo o tempo, no atendimento aos pacientes/clientes, a fim de prestar cuidados integrais e garantir a manutenção da vida.

No exercício da enfermagem, o tratamento e atendimento dos enfermos não podem cessar, sendo prestados integralmente 24 horas/dia, visando ao cuidado com a saúde em casos de emergência, urgência e internação. Devido a essas necessidades, o trabalho prestado acontece em turnos, de modo que há uma separação destes, que pode ser diversificada, organizando-o em 6 horas/dia, 8 horas/dia e 12 horas/dia trabalhadas. No último caso, podem ser 12/h diurnas ou noturnas, com 36 horas de descanso, o que semanalmente pode chegar até às 44h/semanais trabalhadas, de acordo com as normas da instituição (ABREU et al., 2012).

É importante ressaltar, conforme Souza et al. (2012), que a divisão em turnos na Enfermagem é uma das causas de adoecimento devido às ações desenvolvidas em cada momento de trabalho para o qual o profissional é escalado. Trabalhar em tais circunstâncias demanda adaptação, pois o ser humano geralmente trabalha durante o dia e descansa à noite. Embora exista uma parcela de profissionais que consegue se adaptar aos variados horários de trabalho, outros não se enquadram a isto e sentem drasticamente os efeitos nocivos do trabalho em turno. As adaptações, por demandarem tempo e esforço, muitas vezes, resultam em adoecimento, devido aos impactos sofridos – os quais são: privação de convívio social e familiar, dificuldade de conciliar horário de alimentação e sono, alteração de humor, comprometimento da prática de atividades físicas, de momentos de lazer, de cuidados com a própria saúde, por exemplo. Logo, para esses profissionais, trabalhar à noite é prejudicial à saúde, porque junto a esses impactos ocorre alteração no ciclo circadiano, por meio de modificações tanto físicas como biológicas, que refletem temporariamente ou permanentemente na vida do trabalhador. Essas modificações comumente são: cefaleia, inapetência alimentar, insônia, dificuldade de raciocínio, nervosismo, tensão, alterações no sistema gastrointestinal, fadiga e irritabilidade, lombalgias, doenças cardiovasculares, raiva, depressão e estresse (ANDRADE et al., 2015).

Essa relação entre turnos e adoecimento também é apontada por Silva, Rotenberg e Fischer (2011), pois, para estes, a organização dessas escalas de turnos colabora para cansaço extremo de ordem física e psíquica, o que pode também refletir negativamente na prestação do atendimento ao paciente/cliente. Sendo assim, o cansaço interfere diretamente na prestação do cuidado, pois o profissional tem seu rendimento diminuído e, muitas vezes, não consegue desenvolver suas atividades com sutileza e habilidade, podendo, assim, comprometer a qualidade do cuidado prestado. Ainda nessa perspectiva, Novaretti et al. (2014) afirmam que a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem representa riscos para a segurança dos pacientes, que podem ser acometidos por erros e falhas por parte dos profissionais. Logo, tais acontecimentos resultam em complicações que podem ser simples ou graves, de cunho permanente ou mesmo letal. Também nesse sentido Matoso e Rodrigues (2016) afirmam que os modos de trabalho da enfermagem imputam a seus profissionais uma sobrecarga laboral, a qual, por consequência, remete ao adoecimento que se dá por riscos profissionais, lesando não só o trabalhador, bem como os usuários do serviço.

Os autores aqui mencionados coadunam para o fato de que

Os estudos sobre o adoecer dos trabalhadores e as formas como ele interage com o trabalho tem ganhado destaque na comunidade científica e propiciam uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos agravos à saúde bem como das suas consequências diretas e indiretas para os indivíduos, famílias e sociedade (MACHADO et al., 2014).

Nesse contexto, outro fato observado com esses profissionais é que eles cuidam dos outros, porém, em função das exigências e as demandas profissionais e negligenciam o cuidado de si, segundo afirma Andrade (2018). Logo, são profissionais que dão mais atenção a seu trabalho e a tudo que encontra-se atrelado a este e deixam de cuidar da sua própria saúde.

É importante considerar, então, que o trabalho pode oferecer riscos ao trabalhador, de maneira camuflada, seja por falta de conhecimento, de experiência e prática, ou até mesmo de vontade própria, o que afeta a vida do indivíduo, de acordo como que afirma Bulhões (1998).

Além disso, a precarização do trabalho é outro ponto marcante que contribui para o adoecimento do profissional da enfermagem, é o que afirmam estudiosos como Foratinni e Lucena (2015). Essa situação, relacionada diretamente ao modo capitalista de produção, que afeta todo o contexto da vida humana e não somente o trabalho, é considerado como fenômeno que possui bases políticas, sociais e econômicas, as quais impactam e influenciam na vida do trabalhador, afinal,

A precariedade atua diretamente sobre aquele que ela afeta (e que ela impede, efetivamente, de serem mobilizados) e indiretamente sobre todos os outros, pelo temor que ela suscita e que é metodicamente explorado pelas estratégias de precarização, como a introdução da famosa "flexibilidade" - que como vimos, é inspirada tanto por razões econômicas quanto políticas. Começa-se assim a suspeitar de que a precariedade é o produto de uma vontade política, e não de uma fatalidade econômica, identificada com a famosa "mundialização". (BORDIEU, 1998, p. 12 apud COLOMBI, 2013, p. 51)

A precarização é um dos produtos do capitalismo que imputa ao mundo do trabalho condições adversas, sob as quais tanto o trabalhador como o trabalho sofrem suas injúrias. Porém, nesta perspectiva, o trabalhador é o principal afetado, é o que sente os impactos – relacionados a questões de cunho social, econômico e cultural – da situação de trabalho e permanece quase imutável, mesmo diante do contexto nocivo vivido. Logo, evidencia-se que, mesmo que a precarização seja prejudicial a

alguns, ela é benéfica a outros, por meio de uma organização do trabalho que explora o trabalhador, de tal maneira, que não lhe resta opções para modificar sua realidade.

Além disso, existem outros fatores que compõem o conjunto que culmina na precarização do trabalho da enfermagem e que também podem levar ao adoecimento, como, por exemplo: as condições de trabalho desfavoráveis, o ambiente de trabalho, a ergonomia precária, a estrutura física inadequada, os gestores considerados chefes e não líderes, o não reconhecimento profissional, a divisão do trabalho por categorias profissionais e os constantes imprevistos dentre outros. Situações como essa Araújo, Quental e Medeiros (2016) identificam como condições de trabalho insatisfatórias e a elas acrescentam a constante falta de recursos humanos e materiais e o desgaste mental e físico, o que resulta em exaustão profissional. A esse conjunto de fatores pode ser atribuída à premissa de um trabalho difícil e penoso, pautado em crescentes dificuldades no desenvolvimento assistencial e que atinge diretamente a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e os usuários dos serviços de saúde.

Na perspectiva de modificar o cenário do trabalho, no país, e da equipe de enfermagem, dentro de um contexto geralmente ligado à sobrecarga, estresse e adoecimento, uma das estratégias a serem adotadas partem do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990). Este prevê a necessidade de implementação de políticas públicas, específicas ao trabalhador da saúde, em todo o território nacional, que contemplem as ações e serviços de saúde, estes se dão a partir da vigilância em saúde, responsável pela identificação de riscos e perigos advindos do trabalho. Fica prevista também a promoção de medidas e controle dos riscos e ainda assistência completa e justa à saúde e condutas apropriadas para amenizar ou sanar os impactos negativos nas condições de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990). Em concordância com isso, a Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012, instituiu a vigilância, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e redução da morbimortalidade provenientes dos processos de trabalho, além de identificar o trabalho decisivo no processo de saúde e doença (BRASIL, 2012b).

A fim de garantir condições dignas de trabalho para esses profissionais e qualidade de vida tanto no trabalho como na vida, realidade vivida pelos trabalhadores, em sua atuação profissional, merece ser mais bem avaliada, quer seja pelos gestores das instituições de saúde, quer seja por meio de políticas públicas voltadas para a área da enfermagem especificamente.

O trabalho é imprescindível ao homem, é por ele que também acontece uma interação do ser humano com a natureza e com a sociedade. Se em muitas relações de troca existem ganhos e perdas, no mundo do trabalho tal realidade, muitas vezes, não ocorre, pois o trabalhador tem feito mais e tem ganhado menos, seja em valores seja em condições de trabalho, benefícios, qualificação e reconhecimento, o que torna o trabalho deletério ao homem.

Logo, o adoecimento na enfermagem está intimamente ligado às peculiaridades que envolvem o modo de trabalho a que os profissionais estão sujeitos. Afinal, o trabalhador é afetado por tudo o que o trabalho tem de específico, seja pungente ou ofensivo, que tem resultado em agravos na sua saúde, comprometendo-lhe sua qualidade de vida dentro e fora do trabalho.

4.3 Qualidade de vida (d)no trabalho: um conceito polissêmico e em construção

Refletir sobre Qualidade de Vida (QV) é compreender a relação entre o homem e o bem-estar e os fatores que corroboram para tal interação. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a, p. 29) conceitua Qualidade de Vida como:

[...] o grau de satisfação das necessidades da vida humana, tais como: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer e elementos materiais; – que tem como referência noções subjetivas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Tal conceituação relaciona Qualidade de Vida a valores materiais ou àquilo que se possa adquirir e usufruir, ou seja, define que para se ter QV os bens de consumo sejam um fator preponderante para o indivíduo e a sociedade. Porém QV é algo mais amplo, que envolve outros elementos, como, por exemplo, as questões de cunho: social, cultural, pessoal, além do econômico. Logo, QV não se sustém apenas com o consumismo, tendo também outros alicerces.

A fim de melhor conhecer e entender QV buscou-se, por meio de pesquisa bibliográfica, a conceituação de termo. Observou-se, com isso, que a QV é defendida por alguns autores de acordo com a tendência da sua área de estudo, com suas orientações teóricas e a partir do momento histórico em que foi conceituada. Sendo assim, se fez necessário buscar os termos que melhor se encaixassem no contexto deste estudo.

Para Frisch (2005), QV engloba realizações, bem-estar, alegria, tudo de maneira subjetiva e relaciona-se a sensações positivas, que podem ser tanto individuais como coletivas, de acordo com o olhar de cada indivíduo.

Felce e Perry (1995) afirmam que QV vincula-se aos valores pessoais bem como às relações propiciadas pelas condições de vida e satisfação para o sujeito. Logo, estas influenciam também na QV, sendo essenciais que sejam positivas e proveitosas, capazes de satisfazer as necessidades e as aspirações de cada indivíduo.

Em consonância, Rufino Neto afirma que considera,

[...] como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo. (RUFINO NETO, 1994, apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8).

Ainda nesse sentido, Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) também consideram que:

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Diante dos conceitos aqui citados, é possível identificar que as conceituações de Qualidade de Vida mostra o caráter polissêmico do termo –, com definições que a relacionam a questões materiais, pessoais, quer seja individualmente ou coletivamente – mas, mesmo assim, tais conceitos têm em comum a relação com satisfação e bem-estar e interferem direta e indiretamente no contexto de vida de cada ser. Logo, com os diferentes enfoques, QV está também relacionada a questões tanto subjetivas como objetivas, a partir do olhar de cada autor.

A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde encontrou outros construtos presentes afins, os quais tiveram um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns são distorcidos por uma visão eminentemente biológica e funcional, como o status de saúde, status funcional e incapacidade/deficiência; outros são eminentemente sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade. Um terceiro grupo é de origem econômica, baseando-se na teoria da preferência (*utility*). A qualidade de vida apresenta intersecções com vários desses conceitos, mas seu aspecto mais

genérico (a saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como o seu grande diferencial e sua particular importância (FLECK, 2000, p. 21).

Nesse sentido, QV tem como fator determinante a saúde, por se tratar de algo que é de suma importância e essencial para a vida humana. Logo, os autores colocam que a saúde é um dos elementos que podem ser decisivos no seguimento para se ter QV. Isso pode melhor ser explicado pelo fato de que a saúde ou a falta dela interfere diretamente sobre a vida do homem, ou seja, sem saúde fica impossível se ter QV.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de Qualidade de Vida (QV) pode ser “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (THE WHOQOL GROUP, 1998, p. 27). Tal conceito apresenta-se pertinente ao olhar do indivíduo sobre a sua própria vida, o meio onde ele vive e o que esse meio pode impactar sobre a sua realidade.

Já para Fernandes et al. (1996), a QV consiste em comportamentos, ações e atitudes capazes de interferir e proporcionar benefícios a toda humanidade, ampliando, assim, o conceito para além do indivíduo. Ou seja, QV pode ser determinada por um conjunto de condutas, capazes de privilegiar a sociedade, assim, não vislumbrando somente o indivíduo, mas sim atuando na coletividade. Sendo assim,

Portanto, a qualidade de vida é um conceito amplo, que incorpora de maneira complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais dos indivíduos e suas relações com características predominantes do “ambiente.” (THE WHOQOL GROUP, 1994 apud FLECK, 2000, p.35).

Nessa perspectiva, a amplitude do conceito de QV abarca questões que fazem parte da vida e do cotidiano, responsáveis pela interação do homem com o meio, tendo também em sua essência o bem-estar imbricado ao conceito, por se referir à satisfação, conforto, realizações e benefícios, influenciando na saúde física, mental e também no meio cultural e social.

Fica evidente, então, que a QV apresenta um consenso no que tange ao bem-estar, ao modo de vida, às aspirações e às realizações que fazem parte do contexto de vida do indivíduo. Para tanto, este é entendido enquanto ser único, membro de um grupo e também cidadão da sociedade na qual está inserido e onde desenvolve seu trabalho, seu lazer, seu modo de ser, viver e se relacionar no mundo.

Dada à abrangência da QV –que engloba as necessidades individuais, básicas, sociais ou biológicas – esta também se aplica ao mundo do trabalho.

Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) foi inicialmente estudada por Eric Trist e seus colaboradores em 1950, com o objetivo de melhorar a vida dos trabalhadores, Rodrigues (2002).

Partindo desse princípio, tornou-se necessário uma reflexão de como qualidade de vida se apresenta no contexto do trabalho, bem como sobre sua importância e seus impactos na sociedade moderna e nas diversas frentes de trabalho. Sabe-se que este é incorporado à vida do homem desde tempos remotos e é a partir dele que se tornam possíveis realizações pessoais e sociais. Logo, QVT é resultado do processo de construção que busca realização e satisfação no contexto do trabalho.

Nadler e Lawler (1983), ao analisarem o movimento em torno da QVT, concluíram que, a princípio, o que era considerada uma conduta individual do trabalho, seguida de projetos cooperativos deste, evoluiu e passou a ser compreendida como possibilidades de melhorias nos ambientes de trabalho, proporcionando maiores níveis de rendimentos e de satisfação. Consequentemente, quando o trabalho deixa de ser individualizado e passa a ser realizado em grupo, ele obtém melhores resultados e gera contentamento ao grupo e, além, é claro, modifica o próprio contexto em que ocorre.

No entanto, existe uma crescente preocupação quanto à QVT, que deixa de ser apenas uma questão camuflada dentro das organizações e se torna de fato uma preocupação quanto ao bem-estar do trabalhador de forma generalizada. Assim, faz-se necessário considerar os apontamentos dos autores a seguir.

Handy (1978) afirma que é através das organizações de trabalho que o homem busca suas realizações e sua satisfação pessoal.

Para Frisch (2005), por sua vez, o termo qualidade de vida engloba realizações, bem-estar, alegria, tudo de maneira subjetiva, a qual pode ser interpretada de diferentes modos, de acordo com a perspectiva de cada indivíduo.

Já para Sant'anna e Kilimnik (2011, p.9 apud BCHECHE; KILIMNIK, 2015, p. 102), QVT é um meio que tem por finalidade um trabalho humanizado, capaz de proporcionar ao trabalhador tanto satisfação bem como maior cooperação e participação nas questões referentes ao trabalho.

Para tais autores, QVT relaciona-se diretamente com fatores pessoais, por meio de elementos positivos, tais como promoção de bem-estar, satisfação e

realização no campo do trabalho, a partir do que também se melhora a autoestima do trabalhador.

No entanto, outros autores defendem que QVT tem em sua conceituação outros elementos envolvidos, como definem Albuquerque e França (1998), ao afirmarem que QVT engloba condutas que tenham como princípio conhecimento, desenvolvimento e avanços tecnológicos que contemplem o crescimento profissional no trabalho.

Para Sato (1999), QVT engloba noções de estímulo, cooperação, realização, saúde e proteção no trabalho, o que margeia as discussões trabalhistas e as tecnologias que são cada vez mais utilizadas no campo do trabalho.

Já para Carvalho (2014), QVT compreende algo que vai além da força física que se emprega na realização das atividades laborais e que também envolve satisfação dos profissionais, refletindo em ganhos no campo do trabalho.

Logo, para esse grupo de autores, QVT vai além de satisfação, englobando os avanços advindos da modernização do trabalho e suas consequências, culminando em um conjunto de benfeitorias, tanto para o trabalhador quanto para o trabalho em si.

Diante de tais conceitos tornou-se possível detectar que o conceito de QVT ainda se encontra em construção, tanto quanto o de QV, e por isso também se caracteriza como polissêmico. Em vista disso, a QVT, que em um primeiro momento estava mais atrelada ao aspecto individual de satisfação, transformou-se em um fator que agrega valor ao processo produtivo e benefícios para o trabalhador.

Tendo em vista as vertentes de QVT até aqui apresentadas, foi feito um recorte para dar conta da análise empreendida neste trabalho, sendo assim, o termo QVT será considerado como um conjunto de elementos: sociais (relações de trabalho, qualidade dos serviços prestados, impactos do trabalho na vida comunitária); cognitivos (conhecimentos pessoais e tecnológicos); emocionais (satisfação, realização pessoal, crescimento profissional); estruturais (condições laborais que promovam o desenvolvimento dos aspectos cognitivos e emocionais); econômicos (melhores rendimentos, consumo de itens de conforto) e condições de salubridade (saúde física e mental dos profissionais). Esses termos encontram-se interligados, entretanto, pode existir uma variação de acordo com: a classe social, a escolaridade, com a etnia, o ciclo de vida, a função desempenhada no ambiente de trabalho, o acesso a plano de carreira, dentre outros. Mesmo que para uns a qualidade de vida se refira ao bem-estar de maneira subjetiva, ela também está ligada objetivamente a

questões reais inerentes ao mundo do trabalho. Logo, a fim de se manter dentro da atual sociedade capitalista, o modo de trabalho requer mudanças constantes, maior competitividade e, conseqüentemente, o lucro a qualquer custo, alterando assim o modo de vida do trabalhador e impactando sobre sua QVT. Sendo assim buscou-se compreender sobre as representações sociais no grupo de enfermagem e suas implicações na vida dos mesmos.

4.4 As representações sociais nas pesquisas em saúde do trabalhador

A Teoria de Representação Social (TRS) foi criada na década de 1960 por Serge Moscovici, a partir do conceito das representações coletivas de Emile Durkheim. No entanto, como afirma Santos e Dias (2015), Moscovici não faz uma definição formal de Representação Social (RS), isso porque acreditava que a definição poderia fazer com que pessoas usassem o conceito de forma perniciosa. Logo, tal conceito não precisa ser algo definitivo, até porque as representações não são estáticas, e sim passíveis de mudança a todo o tempo, o que torna possível agregar novos valores e costumes sociais ao seu contexto.

Ainda, para Moscovici, a principal finalidade da RS é tornar familiar algo não familiar ou a própria familiaridade, ou seja, tornar familiar ao indivíduo ou ao grupo algo, até então, desconhecido, estranho ou até mesmo incomum.

Outro ponto que vale ser ressaltado é que a RS faz parte de um conjunto que atua sobre a realidade, o que lhe possibilita interferir e modificar a existência de um indivíduo ou de um grupo, ou seja, atua no mundo e em quem faz parte dele.

Ao desenvolver sua linha de raciocínio, Moscovici define dois tipos de conhecimento, o científico e o comum. O conhecimento de senso científico fica definido como composto por ideias, observações, interpretações e justificativas (metodologicamente estruturado). Por sua vez, o conhecimento do senso comum acontece de maneira natural, através da indicação de ações que facilitem na comunicação e na compreensão da realidade vivida, justificando as atitudes e condutas do indivíduo. Diante disso, estabelece-se que o senso comum seja inerente a qualquer pessoa, independente de quão erudita ela seja. Isso porque organização social e normas de conduta, por exemplo, não são baseadas em conhecimento científico, mas em senso comum. Este, além de ser responsável por dar sentido à realidade social, produz identidades, organiza as comunicações e orienta condutas,

como afirma Moscovici (1998). Sobre os tipos de conhecimento, vale ressaltar também que senso científico e senso comum coexistem, pois cada um deles ocupa seus respectivos espaços na construção do conhecimento.

Não só Moscovici, mas também outros estudiosos criaram definições para a Representação Social, como, por exemplo, Abric (1998), ao afirmar que as RS são compostas por um conjunto de noções (baseadas em senso comum) capazes de definir a realidade entre o indivíduo e seu meio social e físico, determinando comportamentos e experiências. Ainda para Abric (1994), as RS constituem uma ótica do modo como funciona o mundo, desta maneira, o indivíduo ou o grupo é capaz de compreender e referenciar a realidade e se adequar a ela.

De acordo com Santos e Almeida (2005), as RS, muito utilizadas na Psicologia Social, referem-se constantemente à teoria (TRS) e ao objeto (RS) em questão, baseado em teorias científicas que tentam esclarecer o que é a construção do conhecimento popular.

Por sua vez, Jovchelovitch (1998) afirma que estudar RS é estudar como um determinado grupo constrói seus costumes e saberes, pautado em códigos culturais, de acordo com o período histórico vivido pela sociedade.

Já Jodelet (2001) reforça que RS consiste em uma forma de entendimento aperfeiçoado socialmente, o qual colabora com a composição de uma realidade comum a um grupo da sociedade.

Mesmo as RS tendo o conhecimento científico como parte importante em sua conceituação, o que se pode observar, segundo afirmam os autores supracitados, é que o senso comum se sobressai, uma vez que é por meio dele que as RS são construídas e compartilhadas.

Dentro do campo da saúde, a TRS tem um espaço privilegiado no desenvolvimento e compreensão do resultado em diversas pesquisas. Por isso essa teoria é empregada em estudos no campo da enfermagem, viabilizando ao pesquisador melhor esclarecimento dentro daquilo que é o seu objeto de estudo e, conseqüentemente, à captação de ações e hábitos de um grupo perante um propósito social (SILVA, 2011).

Como RS é intrinsecamente formada pelo saber comum de um grupo e sua representatividade, tal teoria é fundamental para este trabalho, já que o *corpus* se trata de um grupo. Sendo assim, a RS interessa aqui por possibilitar condições de melhor conhecer o que é Representação Social da Qualidade de Vida no Trabalho para a

equipe de enfermagem da Clínica Médica. Dessa maneira, será possível identificar as dificuldades e aspirações no campo de trabalho e observar os costumes e hábitos deste grupo e atuar sobre o mesmo. Quanto à aplicabilidade das RS, esta se dá com a utilização de definições sobre comportamentos, convicções e ilustrações que podem ser mescladas a fim de proporcionar melhor compreensão da realidade vivida por determinado grupo social.

Simplificadamente, as RS são pensamentos com algum nível de concordância em um grupo, ou seja, é o “senso comum” do grupo. Logo, podemos afirmar que esta é resultante de um processo de interação entre os sujeitos e um conjunto social. Mas é importante enfatizar que nem todo senso comum é uma Representação Social.

Segundo Moscovici (2015), o ser humano vive cercado de teorias científicas, porém, ainda é um ser inexperiente no campo do conhecimento. Ou seja, mesmo com todo o aparato científico e tecnológico ao qual o homem tem acesso, ele não domina todas as áreas do saber, até por se tratar de um ser em plena e constante construção, sempre possibilitando que novos costumes, valores, ideias e informações lhes sejam agregados.

De modo geral, as RS têm algumas funções, dentre as quais estão:

- a) A do saber: ajuda a esclarecer, interpretar e fundamentar a realidade social e possibilita a familiarização com o senso comum;
- b) a de orientação: orienta as práxis sociais, configurada na maneira como o sujeito representa a realidade social;
- c) a identitária: a representação pode ser específica de cada grupo, o que faz com que o indivíduo se identifique com um grupo e se torne parte dele, não se misturando aos demais;
- d) a justificadora: justifica as ações relativas a alguns propósitos.

Também existem dois universos dentro das RS, um consensual e outro reificado. O consensual é o senso comum, baseado na conversação informal, é acessível a todos, composto pelas crenças. É nesse universo que surgem as RS. Já o reificado é formado pelo senso científico, no qual a realidade é retratada pela ciência.

Além disso, há processos que contribuem para a geração das RS, são eles:

- a) a ancoragem: é a partir dela que se classifica e se direciona o que não é familiar. É a fase de familiarização;
- b) a objetivação, que possibilita criar conceitos e imagens e posteriormente recriá-los, sendo a concretização do abstrato que passa a ser concreto.

A ancoragem e a objetivação se dão ao mesmo momento, ambas são entrelaçadas e assim fundamentam as RS.

Portanto, observa-se que a Teoria das Representações Sociais está intimamente ligada à comunicação e aos costumes de um determinado grupo, pois é nela que se baseiam as relações sociais, que podem ser construídas de maneira informal (senso comum) ou de maneira formal (senso científico). Então, as RS são moldadas pelo contexto social, cultural e histórico de cada grupo.

Isto se torna evidente ao se observar o que é RS para os diferentes grupos sociais e também nos diferentes estudos. Mariano (2015), por exemplo, aborda como fatores para se ter QVT para os policiais militares pontos distintos do que se considera para outras carreiras, como armamento, reconhecimento, treinamento, vida, dentre outros. Já Taveira (2010), ao abordar a RS para trabalhadores de diferentes organizações (serviço público, empresas privadas, indústria, comércio e serviços), demonstra que para estes os principais aspectos são: família, moradia, alimentação, respeito, saúde, relações afetivas, dentre outros. E Rosenberg (2011), em seu estudo sobre a RS acerca de violência doméstica contra crianças e adolescentes, traz como apontamentos ligados a abusos e agressões: a falta de respeito, violência psicológica e mental, negligência, dentre outros. Sendo assim, fica evidente que, para cada grupo pesquisado, existem diferentes RS, de acordo com o contexto abordado, ou seja, traz-se à tona aquilo que é mais relevante para o grupo dentro de determinada área de estudo, do trabalho ou da vida, bem como o que tem maior significância e familiarização. Também fica evidente que existem grupos de palavras e termos que melhor caracterizam o que se busca no processo de representatividade do elemento pesquisado.

As RS apresentam diferentes possibilidades de empregabilidade nos variados campos do saber. A fim de suscitar a importância da RS no contexto do trabalho da enfermagem, optou-se por uma conceituação de RS definida por conceitos, comportamentos e convicções pautadas na vivência de um grupo e de sua relação com a sociedade.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo, o cenário e os sujeitos da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa realizada por meio de abordagem observacional, descritiva e de avaliação qualitativa/quantitativa

O estudo observacional conforme Aragão (2011) procede da análise da realidade, além de sugestionar hipóteses a partir da combinação entre distintos fatores – o de exposição associado a um episódio considerado como desfecho. Já para Silva e Fossá (2015) esse tipo de estudo é baseado na observação do cotidiano, além, de rastrear informações para compreender fatos reais e comportamentos até então desconhecidos pelos indivíduos. Diante disso, ao observar-se a realidade da equipe de enfermagem, tornou-se possível perceber e levantar problemas que interferem no seu cotidiano organizacional, além de identificar fatores impactantes sobre a realidade desses profissionais.

Esse estudo também apresenta uma característica descritiva, que tem por finalidade apresentar particularidades de determinada população ou fenômeno através do estabelecimento de relações entre as informações obtidas. (GIL, 2008).

Para Manzato e Santos ([2012]), a pesquisa descritiva tem por finalidade:

[...] conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas, e cujo registro não consta de documentos.

Tais colocações vão ao encontro com o contexto dessa pesquisa, o que se dá pela busca em identificar as peculiaridades profissionais dessa classe e o que a ela encontra-se atrelado, além de relacionar os aspectos que interferem na QVT desses profissionais.

Referente ao caráter qualitativo segundo afirma Fortin (1992), o mesmo não se preocupa com valores numéricos, mais sim com o entendimento do grupo, ou seja, no contexto desse estudo buscou-se entender o que é a representação social sobre a QVT para a equipe de enfermagem. Logo, o pesquisador é, simultaneamente, elemento constituinte e constitutivo do estudo, já que a imparcialidade do pesquisador, por mais que seja buscada não é atingida por completo. A amostra produz novos conhecimentos, independentemente do tamanho da mesma. Nessa mesma concordância, Gerhardt e Silveira (2009) afirmam que a pesquisa qualitativa não se encontra embasada por valores numéricos. A mesma procura embasar-se a partir da compreensão de aspectos sociais, por meio de entendimento, percepção e interpretação das relações entre os indivíduos e a sociedade.

Quanto à análise quantitativa Nogueira (2015, p. 54) afirma que por meio dela é possível:

[...] obter dados mensuráveis estatisticamente sobre a investigação e amplia a compreensão do fenômeno e sujeitos em estudo. Somando-se a isso os dados qualitativos evidenciam a apreensão dos sujeitos acerca da compreensão de si mesmos em relação ao fenômeno em estudo.

Os dados numéricos propiciaram conhecer elementos que moldam a rotina laboral dos enfermeiros, que é distinta em relação a outros profissionais. Além disso, pode-se determinar a magnitude destes valores, como por exemplo, a proporção de membros da equipe de enfermagem que trabalha em turnos, a prevalência de profissionais que tem mais de um vínculo empregatício, dentre outros aspectos.

A abordagem qualitativa e quantitativa se complementam, dando um panorama mais fidedigno sobre a realidade da equipe de enfermagem a respeito da representação social sobre QVT.

O cenário escolhido para o desenvolvimento desse estudo foi um hospital universitário, o Hospital das Clínicas de Uberlândia (HCU-UFU), o qual presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e,

[...] possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). É referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU, 2015).

Dentro do HCU-UFU existem diversos setores como, por exemplo, as enfermarias: cirúrgicas I, II, III e V, pediatria, UTI pediátrica e UTI adulto, centro cirúrgico e obstétrico, maternidade, berçário, pronto socorro, dentre os quais o setor escolhido para esse estudo foi à enfermaria de Clínica Médica, por se tratar de uma das maiores enfermarias dentro do HCU-UFU, com aproximadamente 52 leitos. Que presta atendimento integral, aos pacientes/clientes nas seguintes especialidades: Medicina Interna, Cardiologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Neurologia, Nefrologia e Reumatologia. Por esta se tratar de um setor com diversas especialidades e complexidades, o que demanda sobre os profissionais alto grau de estresse e sobrecarga profissional, despertou-se a necessidade de conhecer a RS de QVT para esse grupo de profissionais de enfermagem.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- a) ser maior de 18 anos de idade;
- b) ser enfermeiros, técnico ou auxiliar de enfermagem, conforme o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) nº 2235-0, 3222-05 e 3222-30. Além de prestar cuidados diretos aos pacientes/clientes;
- c) estar lotado no setor de enfermaria de Clínica Médica do HCU-UFU;
- d) concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O procedimento de recrutamento aconteceu da seguinte forma: os pesquisadores em posse das escalas de trabalho dos funcionários, obtidas no setor da gerência do HCU-UFU, fizeram as abordagens junto aos participantes. O que possibilitou o contato com os profissionais de todos os turnos (manhã, tarde e noite).

Logo, esses profissionais foram abordados em seu local de trabalho durante seus turnos, sendo esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre a importância da veracidade de suas respostas, bem como sua liberdade de escolha em participar ou não da pesquisa, além da garantia de sigilo. Foi solicitado que estabelecesse um dia e horário que fosse mais confortável, para a realização das entrevistas em sala reservada.

O público estimado foi de 60 profissionais (15% de enfermeiros, 58,3% de técnicos e 26,4% de auxiliares de enfermagem), dos quais 45 participaram desta pesquisa (17,8% de enfermeiros, 57,8% de técnicos e 24,4% de auxiliares de enfermagem).

A participação desses profissionais foi fundamental para a obtenção de dados que subsidiaram a criação de um perfil socioeconômico, bem como a prestação de informações sobre a representatividade de QVT para esse grupo, o que possibilitou a análise do tema em questão.

Ambas as etapas de coleta tiveram uma duração em média de 25 minutos. O primeiro ato foi à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), em conformidade à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) nº CAAE 67537917.5.0000.5154 de 19 de maio de 2017, anexo A, comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) nº CAAE 67537917.5.3001.5152 de 19 de março de 2018, anexo B, e declaração de anuência da Gestão Acadêmica do Hospital de Clínicas de Uberlândia para realização da pesquisa no referido Hospital, anexo C.

5.2 A construção dos dados

A pesquisa foi dividida em duas etapas. Num primeiro momento foi aplicado um instrumento para a caracterização socioeconômica (Apêndice A). Elaborado pelos pesquisadores. Composto por 14 questões de múltipla escolha, envolvendo: a idade, sexo, autodeclaração da cor, religião, estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar, tempo de atuação e formação na área da saúde, número e tipo de vínculos empregatícios, carga horária semanal de trabalho e turno de trabalho.

Logo, em seguida, foi realizada uma entrevista áudio gravada com o auxílio de um roteiro de entrevista semiestruturado denominado Teste de Evocação

Semiestruturado (TESE, Apêndice B), composto por três questões abertas, elaboradas pelos pesquisadores. Essas foram respondidas oralmente, e gravadas em gravador portátil e em um *smarthfone*, assegurando que não houvesse nenhuma perda do conteúdo. Além de garantir aos participantes, total sigilo quanto a as informações prestadas, ou respostas dadas.

Alguns profissionais da equipe de enfermagem se recusaram a participar desse estudo alegando constrangimento e por questões particulares que ambos preferiram não esclarecer, mantendo assim sua recusa.

5.3 O processo de análise dos dados

As informações obtidas pelo questionário socioeconômico e com o TESE, no tocante aos itens que integram QVT, foram tratadas pelo software Office Excel 2016. Foi elaborado um banco de dados com informações, como sexo, idade, tempo de trabalho, renda, dados familiares dentre outros, o que possibilitou descrever a população amostrada. Além de verificar se algum indicador socioeconômico apresenta forte influência no modus que os participantes representam Qualidade de Vida no campo do trabalho, por meio de análise visual dos gráficos gerados.

Neste estudo, o TESE foi utilizado no intuito de auxiliar na captação do tema pesquisado, por meio de perguntas básicas, que proporcionaram como respostas novas hipóteses. Além da participação do pesquisador focando o alvo a ser pesquisado.

Nessa direção, Triviños (1987) pontua que a entrevista semiestruturada deve ser composta por perguntas básicas, relacionadas ao tema da pesquisa, e que por meio dos questionamentos torna-se possível o levantamento de novas hipóteses a partir das respostas coletadas. E ao entrevistador cabe atuar na coleta de dados, direcionando o ponto principal a ser abordado.

Já Manzini (1990/1991) também reconhece a importância da entrevista, uma vez que sua composição de perguntas básicas proporciona a emergência de respostas mais diretas, que consigam atingir seus reais objetivos.

Em linhas gerais, cada questão sugerida para o TESE tem sua importância no processo de investigação, contribuição e construção da pesquisa. Na qual a abordagem de um único tema favorece um leque de possibilidades de respostas, por meio de semelhanças e diversidades sobre o tema em questão e de acordo com o

olhar de cada participante, fato que pode gerar variados desfechos. Além, de favorecerem a obtenção de certa coesão dentro do grupo, por se tratar de algo que faz parte do seu cotidiano e do seu modo de vida. Destes, a metodologia adotada favorece atuar sobre o sentido da co-construção da QVT.

Baseado no conceito de QVT proposto neste estudo, o mesmo pode ser decomposto em seis elementos (sociais; cognitivos; emocionais; estruturais; econômicos e condições de salubridade). Para tanto, cada entrevista foi analisada e processada, de modo a detectar quais elementos foram evocados. Esses dados foram tabulados no software Office Excel® a fim de contabilizar sua ocorrência, produzindo uma representação dos elementos mais citados em relação às perguntas sobre QVT para o grupo pesquisado. Logo, adotamos o gráfico do tipo Rede por se tratar de um gráfico bidimensional, com variáveis quantitativas que partem de um ponto central no qual são apresentados dados variados e permite visualizar a distribuição desses dados e a comparação entre as diferentes categorias, sem que se dê uma ordem de importância a alguma destas categorias. Tal gráfico também é conhecido como gráfico de aranha, de estrela, de radar ou diagrama Kiviat.

A utilização desse gráfico se mostrou profícua por permitir inferências mais profundas que auxiliariam na reflexão sobre as entrevistas obtidas com o TESE. A partir das entrevistas foram identificados nas entrevistas quais elementos foram citados e quantas vezes. Desse conjunto de dados, produziram-se três gráficos de rede, um para cada pergunta da entrevista, demonstrando qual elemento é mais citado e facilmente comparando os resultados de uma pergunta com a outra.

Em relação à entrevista (TESE), essa foi analisada novamente com base na Teoria das Representações Sociais, como propõe Moscovici.

Para tal foram realizadas as seguintes etapas:

- a) leitura exaustiva das respostas obtidas nas entrevistas;
- b) análise prototípica: caracterização dos termos mais evocados para Qualidade de Vida (conceitual); Possibilidades (atitudinal) e Demandas (prescritivo) e buscando as associações construídas pelos participantes da pesquisa;
- c) criação de termos, baseado na transcrição da fala dos entrevistados, que agrupam respostas que contém informações semelhantes;
- d) categorização das respostas das entrevistas de acordo com os termos criados.

Para tabular à categorização dos resultados obtidos com o TESE nos valemos do OpenEvoc, versão 0.83, disponibilizado pelo Prof. Dr. Hugo Cristo Sant'Anna (SANT'ANNA, 2018), e visualizado no *link* www.hugocristo.com.br/projetos/openevoc, para o qual criamos uma conta de usuário que nos permitiu fazer o carregamento de nossa planilha de dados categorizados e o processamento sob a forma de Tabelas de Ordem de Evocação X Frequência, conhecidas como Quadro de Quatro Casas. E as respectivas análises a partir da identificação do Núcleo Central (NC), das Periferias e da Zona de Contraste que constituem o Quadro de Quatro Casas.

Em linhas gerais, esse programa calcula os termos mais citados (frequência) e a ordem de importância em que foram citados e produz uma Tabela Frequência x Ordem de Evocação, na qual se expressa o conteúdo e a estrutura de importância das Representações Sociais do fenômeno pesquisado. Além disso, o próprio programa cria um valor de corte baseados nos dados inseridos o qual indica se o valor da frequência ou da ordem daquele termo é alto ou não.

Conforme Vergés (2002), em sentido horário:

- o primeiro quadrante é composto pelo Núcleo Central, onde estão os elementos mais relevantes e os que mais foram evocados e citados com maior frequência;
- o segundo quadrante é a Primeira Periferia, onde se localizam os elementos que foram citados em últimas posições, mas que tiveram elevada frequência;
- o terceiro quadrante é a Zona de Contraste, que guarda os elementos que foram primeiramente evocados, mais com baixa frequência;
- o quarto quadrante é a Segunda Periferia, a qual exhibe os elementos que foram menos citados e evocados.

Como modelo foi utilizado o Quadro de Quatro Casas da pesquisa de Marques, Oliveira e Francisco (2003), figura 1, acerca das representações sociais de trabalhadores de um hospital sobre a AIDS, no Rio de Janeiro.

Figura 1 – Quadro de Quatro Casas dos sujeitos estudados do Hospital Universitário, Rio de Janeiro, 2002

Elementos Centrais			Elementos Intermediários		
Frequência > = 48 / Rang < = 2,9		RANG = 2,96	Frequência > = 48 / Rang > = 2,9		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Medo	82	2,793	Tristeza	59	3,051
Morte	174	2,609			
Preconceito	76	2,658			
Prevenção	53	2,830			
Sofrimento	116	2,888			
			FREQ MÉDIA = 48		
Elementos Intermediários			Elementos Periféricos		

Fonte: (MARQUES; OLIVEIRA; FRANCISCO, 2003, p.189).

Quanto à ordem das evocações, e como aludido anteriormente, Brabo e Gomes (2013), destacam que as evocações seguem a seguinte estrutura:

- [...] 1 Conceitual (tem a ver com; é; são); palavras que, teoricamente possam explicitar os conceitos e/ ou estereótipos diretamente associados ao termo indutor.
- 2 Atitudinal (é importante para): palavras que, teoricamente, explicitem valores (positivos ou negativos) que o termo indutor desperta no indivíduo.
- 3 Prescritivo (precisam de): palavras que, teoricamente, explicitem as lacunas/falhas percebidas pelos indivíduos em relação ao termo indutor. (BRABO; GOMES, 2013, p. 3).

Segundo Brabo e Gomes (2013), as perguntas que compõe o TESE, são ordenadas para captar as evocações dos componentes estruturais das Representações Sociais. Assim, as questões do TESE foram elaborados para captar evocações destes componentes quanto a estrutura da Representação Social na ordem conceitual, atitudinal e prescritiva,

Outro importante aspecto se dirige aos questionamentos levantados em cada pergunta, que acaba mostrando a sua importância para que se consiga embasar e problematizar questões que são abrangentes dentro dos locais de trabalho, e que algumas vezes passam despercebidas. E também motivar o grupo para expor suas opiniões e suas principais necessidades dentro dos locais de trabalho. E, por fim, instigar uma intervenção a ser tomada, com o intuito de que QVT, não seja apenas algo subjetivo e sim uma realidade no contexto do trabalho.

Para evidenciar algumas afirmações foram utilizadas transcrições literais das entrevistas. Nestes casos para garantir o sigilo dos participantes, evitando que esses

se sintam coagidos e/ou expostos seus nomes verdadeiros foram substituídos por letras e números. As letras A, T e E significam respectivamente a categoria profissional (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro) e os números foram escalados aleatoriamente.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Uma análise dos participantes: similitudes e particularidades

Tabela 1- Caracterização dos participantes quanto ao sexo, etnia, religião, idade, estado civil, escolaridade, tempo de formado, renda familiar, atuação na saúde, carga horária, vínculos trabalhistas, turno em que atua e tipo de contrato.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	6	13,30%
	Feminino	39	86,70%
Autodeclaração da cor	Branco	23	51,10%
	Preto	10	22,20%
	Amarelo	1	2,20%
	Pardo	10	22,20%
	Indígena	1	2,20%
	Sem declaração	0	0,00%
Denominação religiosa	Católica	16	35,60%
	Evangélica	13	28,90%
	Espírita	8	17,80%
	Sem religião	3	6,70%
	Outra	5	11,10%
Idade	18 a 25 anos	1	2,20%
	25 a 30 anos	3	6,70%
	30 a 40 anos	18	40,00%
	40 a 60 anos	21	46,70%
	Acima de 60	2	4,40%
Estado civil	Solteiro	12	26,70%
	Casado/união estável	25	55,60%
	Separado/divorciado	6	13,30%
	Viúvo	2	4,40%
Possui filhos	Sim, quantos	32	71,10%
	Não	13	28,90%
Escolaridade – todos	Ensino médio	0	0,00%
	Técnico – T.E.	12	26,70%
	Superior completo - todos	6	13,30%
	Superior incompleto	3	6,70%
	Especialização	20	44,40%
	Mestrado	4	8,90%
	Doutorado	0	0,00%
Tempo de formado – todos	1 ano	1	2,20%
	De 5 a 7 anos	3	6,70%
	De 5 a 7 anos	12	26,70%
	De 8 a 10 anos	4	8,90%
	Mais de 11 anos	25	55,60%

Variáveis		N	%
Renda familiar	Até 3SM ¹	7	15,60%
	De 4 a 6 sm	26	57,80%
	De 7 a 8 sm	8	17,80%
	Acima de 9sm	4	8,90%
Tempo de atuação em saúde	Menos de 1 ano	1	2,20%
	1a 3 anos	1	2,20%
	3 a 5 anos	2	4,40%
	5 a 10 anos	11	24,40%
	Acima de 10 anos	30	66,70%
Carga horária de trabalho semanal – HC	Carga horária de 40 h	45	100,00%
Número de vínculos empregatícios	Um	38	84,40%
	Dois	6	13,30%
	Três	1	2,20%
Turno em que trabalha no HC	Matutino	19	42,20%
	Vespertino	12	26,70%
	Noturno	14	31,10%
	Plantonista sim	0	0,00%
	Plantonista não	0	0,00%
Vínculo empregatício na instituição	UFU	30	66,70%
	FAEPU	15	33,30%

Fonte: A autora (2017).

A análise dos dados possibilitou a construção do perfil desses profissionais e estabelecer uma inter-relação deles com a QVT.

As variáveis analisadas nesta pesquisa permitiram identificar o perfil dos profissionais de enfermagem do setor de clínica médica do HCU-UFU. Dentre os quais a maioria são: mulheres, brancas, casadas, com filhos (1 a 4 filhos), com tempo de formação e a atuação na área de saúde acima de 10 anos, sendo maioria com apenas um vínculo de trabalho estatutário, com carga horária semanal de 40 horas e rendimento familiar entre 4 a 6 salários mínimos

O resultado da variável sexo mostrou que, no grupo analisado, é maior o contingente de mulheres (86,7%) na enfermagem do que o de homens. Esse dado é

¹SM: Salário mínimo vigente na época da coleta de dados, no valor de R\$ 937,00.

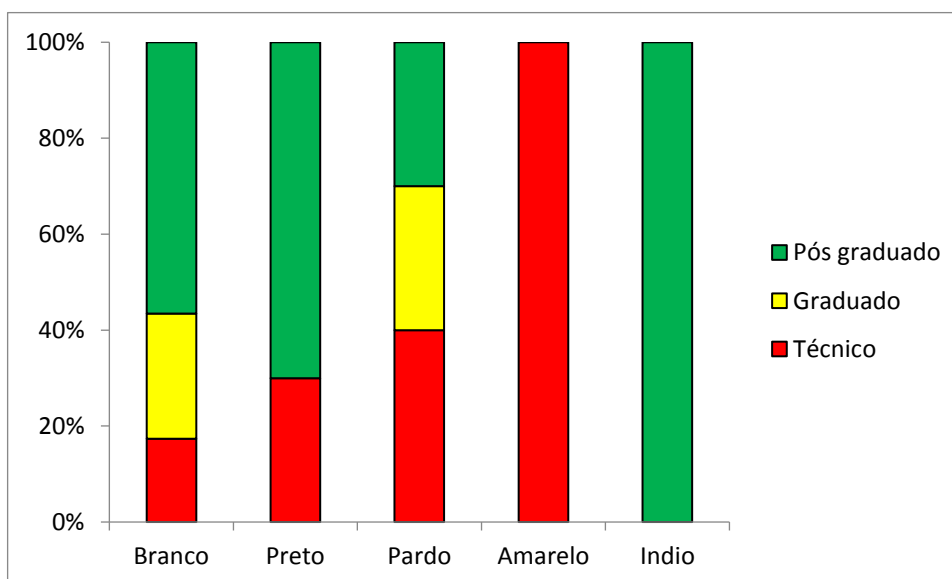
semelhante ao apresentado pela pesquisa do IBGE (2015), segundo a qual dentro da enfermagem, há predominância de profissionais do sexo feminino (84,6%). Além disso, essa predominância também evidencia o que dizem Passos (2014) e Lima (1993): a enfermagem é uma profissão considerada feminina. Embora saibamos da inserção dos homens nesse cenário, o espaço do cuidado em saúde, notadamente a Enfermagem, a presença das mulheres é notoriamente maior.

Na variável autodeclaração da cor, a maioria dos profissionais se declararam brancos (51,1%), seguidos por pretos (22,2%) e pardos (22,2%). Os dois últimos, somados, apresentam um percentual de 44,4% dentro do grupo pesquisado, ou seja, juntos constituem um percentual menor em relação aos brancos. De modo geral, conforme dados apontados pelo IBGE (2015), a população brasileira é composta em sua maioria por pretos e pardos – aproximadamente (54%). Porém, mesmo estes sendo maioria da população, ainda se encontram em menor número no mercado de trabalho formal, no que diz respeito à enfermagem.

Tal fato evidencia a discrepância entre as etnias pretas/pardas e a branca quanto à formação no ensino superior, e que não é uma realidade acessível a todas as etnias de maneira igualitária.

Diante disso é possível estabelecer uma relação entre a variável cor e a variável formação. Para ilustrar isso foi desenvolvido o gráfico 1.

Gráfico 1 - Relação entre a etnia e a formação dos participantes



Fonte: A autora (2017).

Na variável idade, observa-se que a maioria dos participantes têm entre 30 e 60 anos (86,7%), dentre os quais 40% estão na faixa etária de 30 e 40 anos, seguidos por 46,7% de 40 a 60 anos. Logo, ao se tratar dos profissionais de enfermagem no contexto desse estudo, evidencia-se que a maioria tem idade superior a 30 anos, o que contraria dados apresentados por Machado et al. (2016), quando este afirma que a enfermagem é uma profissão composta por cerca de 25% de profissionais jovens, com aproximadamente 30 anos de idade.

Essa predominância da faixa etária entre 30 e 60 anos também se encontra relacionada a dados da variável formação. Isso se dá por que estes apontam que a maioria dos entrevistados tem tempo de formação superior a 11 anos (55,6%), seguidos pelos que tem de 5 a 7 anos (26,7%). Além disso, os dados demonstraram que 66,7% dos profissionais de enfermagem atuam na área de saúde por períodos superiores a 10 anos, e de 5 a 10 anos, 24,4%.

Segundo Machado e colaboradores (2016), o mercado de trabalho é composto por cinco fases da vida profissional. Que se dá a partir da formação seguida pela inserção no mercado de trabalho. A primeira fase é caracterizada como “Início da vida profissional”, composta por profissionais com menos de 2 anos de formados, aqui neste estudo representados por 2,2% dos entrevistados, ou seja, têm baixa representatividade dentro do grupo analisado. Para o mesmo autor, a segunda fase, “Formação profissional” engloba profissionais com atuação de 2 a 10 anos. Estes representam no presente trabalho aproximadamente 42,3% dos participantes, os quais estão se especializando, qualificando-se a fim de expandir seu currículo e seus conhecimentos, além de visarem atender a um mercado acirrado e competitivo. Já a terceira fase, é definida como “Maturidade Profissional”, na qual se encontram os que já têm qualificação, podendo assim realizar suas escolhas profissionais. Estes constituem 66,7% dos entrevistados, ou seja, são os profissionais com maior representatividade neste estudo. A quarta fase diz respeito à “Desaceleração Profissional” e a quinta à “Aposentadoria”, fases não identificadas neste estudo. Diante desses dados, observa-se que a formação profissional para esse grupo é de grande importância dada a necessidade de se atualizarem frequentemente em face das constantes evoluções no campo da saúde, as quais implicam em crescentes e inovadoras tecnologias, as quais se devem aos significativos investimentos e às pesquisas na área.

Quanto à variável: tipo e número de vínculos, os profissionais de enfermagem desse estudo, em sua maioria, pertencem ao regime estatutário (66,7%), concursados pela UFU, e apenas 33,3% estão inseridos no regime celetista, concursados ou contratados pela Fundação de Assistência e Ensino de Pesquisa de Uberlândia (Faepu). Ou seja, dentro de mesmo espaço de trabalho há profissionais que desempenham as mesmas funções, porém em condições diferentes, como, por exemplo, os rendimentos financeiros, a possibilidade de realização de plantões remunerados, o acesso a convênio médico e odontológico, plano de cargos e salários, dentre outros. Quanto ao número de vínculos empregatícios a maior parte dos entrevistados (84,4%) atuam somente no HCU-UFU.

Referente ao turno de trabalho, a maioria dos profissionais atuam (68,9%) no período diurno (manhã e tarde) e apenas 31,1% no noturno. Tal fato pode ser atribuído à própria rotina do trabalho, já que os turnos de trabalho têm diferentes demandas.

Ao que se refere à renda familiar dos profissionais de enfermagem, a maioria tem rendimentos em torno de 4 a 6 salários mínimos mensais (57,8%), seguidos dos que recebem de 7 a 8 (17,8%) e 15,6% que ganham até três salários. No Brasil, segundo, dado do IBGE (2018), a renda per capita domiciliar calculada a partir da razão entre o total dos rendimentos domiciliares e o total dos moradores no estado de Minas Gerais, é de R\$1.224,00. Ou seja, os ganhos obtidos pelos profissionais de enfermagem no HCU-UFU, em relação à renda familiar, encontra-se com média relevante diante da renda dos trabalhadores de enfermagem do estado.

A variável estado civil, composta por (55,6%) de profissionais casados ou em união estável, seguidos pelos solteiros, 26,0%, apresenta-se relacionada a algumas outras variáveis, dentre as quais estão: a idade, o turno de trabalho e o número de vínculos empregatícios. Os profissionais casados ou em união estável tem apenas um vínculo empregatício, e a maioria trabalha no horário noturno, enquanto que os solteiros trabalham geralmente no período diurno e tem duplo vínculo de trabalho.

A variável denominação religiosa formada por uma maioria católica (35,6%), seguida pelos evangélicos (28,9%) e pelos espíritas (17,8%), demonstram que os entrevistados têm algum tipo de crença.

6.2 As Dimensões Constitutivas da Qualidade de Vida no Trabalho entre os Participantes

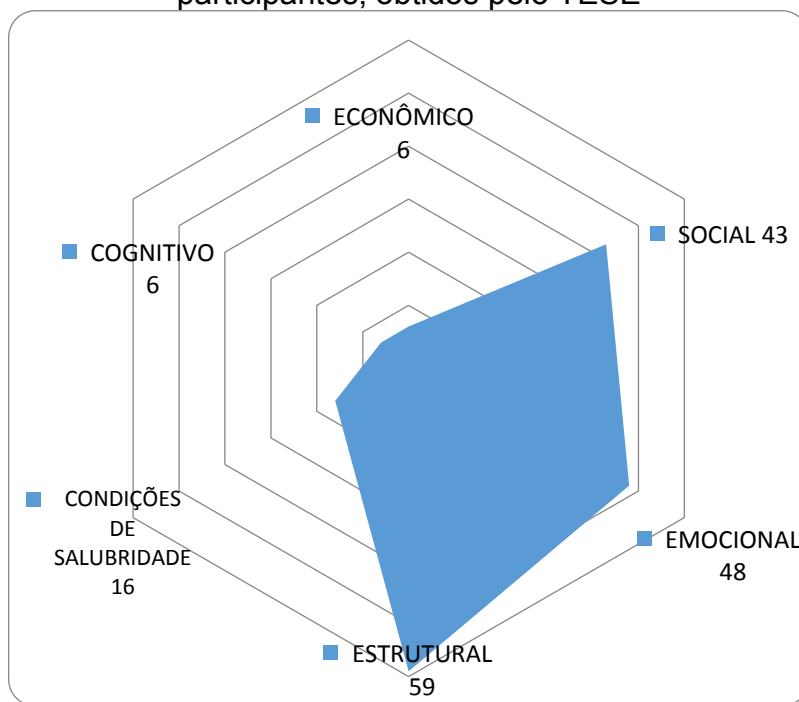
No capítulo I Marco Teórico de Referência, definiu-se como recorte do conceito de QVT para este trabalho acadêmico os aspectos: social (relações de trabalho, qualidade dos serviços prestados, impactos do trabalho na vida comunitária); cognitivos (conhecimentos pessoais e tecnológicos); emocionais (satisfação, realização pessoal, crescimento profissional); estruturais (condições laborais físicas); econômicos (melhores salários, consumo de bens e itens de conforto) e condições de salubridade (saúde física e emocional). Tal conceito é constituído por elementos que definem a amplitude que QVT ocupa no contexto do trabalho.

A partir da identificação desses elementos, tornou-se possível apontar os fatores que influenciam e interferem na QVT. Além de identificar que há fatores que independem do trabalhador, como por exemplo: a compra e reposição de materiais, o dimensionamento de profissionais e a contratação dos mesmos, a avaliação da qualidade dos serviços prestados, uma administração coesa e eficiente, a solução de problemas estruturais e administrativos, a criação de vagas em concursos públicos, a manutenção dos hospitais, a criação de leitos, dentre outros. Logo, tornou-se possível perceber que existem questões que para serem modificadas ou até mesmo sanadas necessitam da atuação dos gestores, dos administradores e em algumas situações competem a órgãos superiores como a administração pública representada pelo Estado ou até mesmo pela União. É de competência da administração institucional, atuar sobre questões básicas como, por exemplo, resolução de problemas ligados à rotina de trabalho diária e questões mais pontuais, como por exemplo: valorização profissional, capacitação da equipe, questões estruturais e proatividade da administração institucional e dos gestores nos processos do trabalho, dentre outros. Já as esferas superiores, cabem atuação em questões complexas como, por exemplo: intervenções, decisões e ações abrangentes e direcionadas, criação e implantação de políticas públicas eficientes, repasse de verbas, compra e reposição de insumos, manutenção institucional, dentre outros.

Utilizando-nos dos gráficos de rede, construímos uma distribuição das 459 menções a elementos das noções constituintes de Qualidade de Vida no Trabalho, conforme disposto no TESE. Em todas as questões o elemento mais citado foi o estrutural, seguido do elemento emocional; este sendo o segundo mais citado apenas na 1ª Questão, que evoca o Conceito de QVT, conforme o gráfico 2. Para a Questão 2, que evoca a Obtenção de QVT (Gráfico 3) e a Questão 3, a qual traz à tona as Estratégias para QVT, conforme o Gráfico 4, o 2º e o 3º elemento mais citados foram

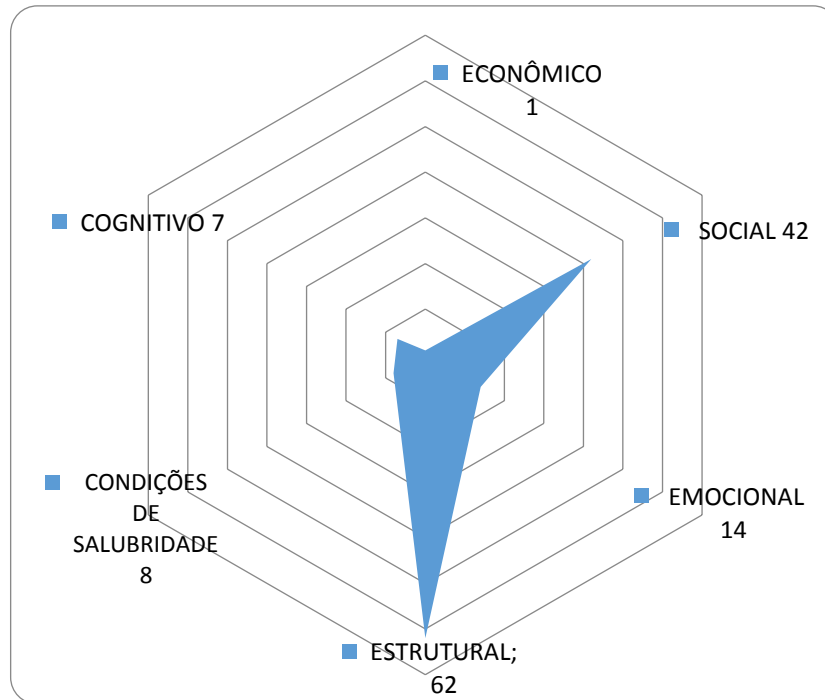
respectivamente o social e o cognitivo. Já os elementos econômicos e condição de salubridade foram os menos citados.

Gráfico 2 - Qualidade de Vida no Trabalho enquanto Conceito, segundo os participantes, obtidos pelo TESE



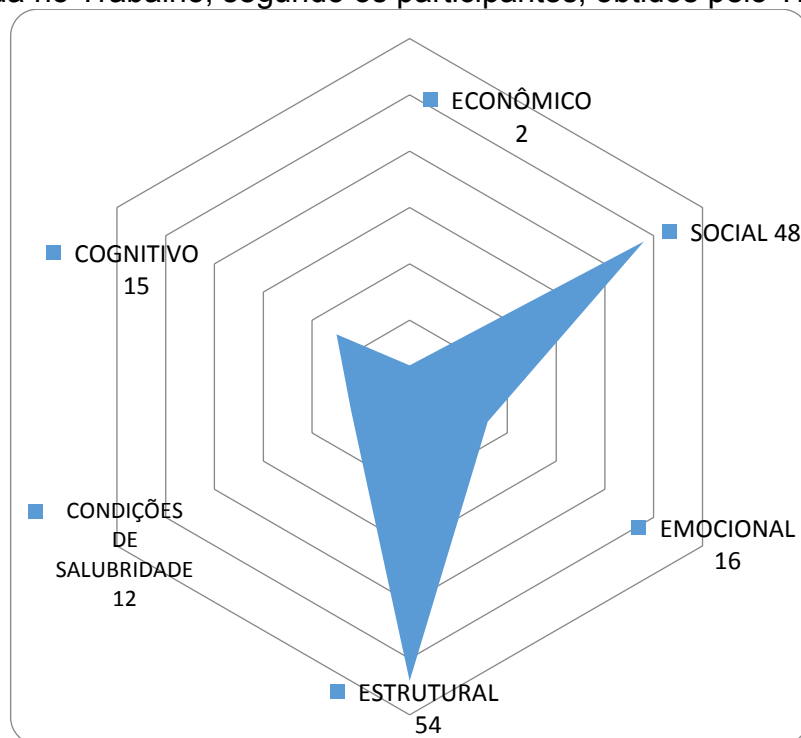
Fonte: A autora (2017).

Gráfico 3 - Qualidade de Vida no Trabalho enquanto o que é importante para a obtenção, segundo os participantes, obtidos pelo TESE



Fonte: A autora (2017).

Gráfico 4 - Estratégias que podem ser desenvolvidas para alcançar Qualidade de Vida no Trabalho, segundo os participantes, obtidos pelo TESE



Fonte: A autora (2017).

6.3 Elemento Estrutural

De acordo com os gráficos de rede possibilitou-se verificar que o fator Estrutural foi o mais citado em todas as questões (38% do total) e está diretamente relacionado a condições laborais físicas, pois, refere-se à própria estrutura física do trabalho. Esta é parte essencial no contexto do trabalho, independente da profissão e da área de atuação.

De acordo com a população do estudo, a questão estrutural tem sido comprometida por situações referentes às inúmeras faltas, quer seja de material, bem como de pessoal, dentre outras, fato que tem inviabilizado tanto a realização como o desenvolvimento do trabalho. Além de demandar sobre o trabalhador a necessidade de que ele seja flexível e criativo e que consiga se adaptar e realizar o trabalho da melhor maneira possível. Assim também concordam Araújo, Quental e Medeiros (2016), ao afirmarem que ao longo do tempo o imprevisto pode frustrar e desmotivar o trabalhador, que vê seu trabalho sendo prejudicado pela falta de material e pela desvalorização do profissional. Ou seja, o ato de improvisar também exige do trabalhador criatividade, versatilidade, energia e tempo, fatores que podem resultar em sobrecarga profissional, uma vez que se dedica mais tempo ao imprevisto, do que na prestação do cuidado.

6.4 Elemento Emocional

O elemento emocional tem sua relevância apenas na questão Conceitual de QVT (27% das citações), no qual aparece como o segundo mais citado. Entretanto, somando-se todas as citações, este elemento foi o terceiro mais citado nas três questões, correspondendo a 17% das citações. Tal fato pode estar ligado à importância dada pelos profissionais às questões que envolvem sentimentos, conflitos e acontecimentos relacionados à rotina do trabalho, pois, no cotidiano desses profissionais estes se deparam com inúmeras situações que envolvem relações humanas extremas, que vão de satisfação e alegria até sofrimento e dor. Logo, é exigido que o profissional de enfermagem, tenha controle emocional, pois é dele o papel de cuidar do paciente/clientes nas mais diversas e adversas situações, bem como, em algumas delas contribuir para modificá-las. Nesta premissa, Vilelas (2013), afirmar que

Trabalhar com pessoas, especialmente quando elas estão a sofrer, é suscetível de envolver uma significativa quantidade de trabalho emocional.

Os profissionais de saúde são frequentemente incentivados a regular as suas próprias emoções para conseguirem compreender eficientemente as emoções negativas das pessoas que cuidam, capacitando-os para o autoconhecimento e automonitorização das suas próprias emoções.

Ainda nesta concordância James (1992) e Graham (1983) afirmam que o processo emocional do trabalho segue dois caminhos: a anulação de sentimentos negativos e a expressão de sentimentos positivos, ambos fundamentais e necessários para a prestação e qualidade do cuidado a ser realizado. Assim, podemos também afirmar que os profissionais de enfermagem vivem quase que diariamente os dois lados da moeda, ou seja, convivem com todo tipo de emoções e geralmente buscam transformá-las em situações mais saudáveis e menos sofridas.

Outro ponto que vale ser ressaltado é que esse grupo de profissionais que mesmo diante de inúmeras dificuldades, pressões, sobrecargas e desgastes tanto físicos como emocionais, apresentam em inúmeras situações satisfação e realização pessoal diante do trabalho realizado. A tais sentimentos e valores podem também estar atribuídos fatores que perpassam do emocional até o profissional e que podem interferir na própria realização do trabalho. Assim também concorda Lage e Alves (2016) ao afirmarem que o trabalho pode ser desenvolvido mediante sensações negativas e positivas como, por exemplo, frustração e valorização, porém para que este se desenvolva da melhor maneira possível e positivamente, independente da profissão, são necessários incentivos e reconhecimentos, sendo estes imprescindíveis ao que tange a realização e valorização desses profissionais.

6.5 Elemento Social

O elemento Social, que corresponde ao segundo mais citado (29% ao todo), trata das relações de trabalho entre os profissionais e pacientes/clientes e dos profissionais com as chefias, bem como da qualidade do serviço prestado e dos impactos do trabalho na vida comunitária.

Referente aos relacionamentos, estes podem ser construídos a partir de um primeiro contato, ou até mesmo ao longo do tempo de convivência. Geralmente são norteados por uma série de sentimentos e de fatores, que podem ser tanto positivos como negativos, como por exemplo: afinidade, companheirismo, ética, admiração, compaixão, cordialidade, altruísmo, profissionalismo, indiferença, descaso,

superioridade, dentre outros. Ao se tratar do lado positivo, há situações em que esse processo vai além das relações de trabalho, podendo se estender para relações de amizade dentro e fora do ambiente de trabalho. Ou seja, as relações de trabalho são baseadas em trocas quer seja do profissional consigo mesmo internamente ou externamente entre o profissional e o ambiente, e os demais profissionais e a clientela por ele atendida, segundo afirma Martins et al. (2015). Tais relações são baseadas em profissionalismo e relações interpessoais e envolvem tanto a arte do cuidar, como sentimentos, emoções e afinidades. Por outro lado, negativamente, a questão emocional pode ser modificada e afetada por fatores como o desgaste físico e emocional, as sobrecargas laborais, as relações de submissão e de poder a que a equipe de enfermagem também está exposta no seu cotidiano.

No que diz respeito à qualidade dos serviços prestados, o trabalho da enfermagem deve ser baseado em cuidados que atendam as reais necessidades dos usuários, uma vez que estes são determinantes nos processos de tratamento, recuperação e cura, conforme preconiza a Lei 8.080/1990, que institui como um dos princípios do SUS a equidade (BRASIL, 1990).

Já a Portaria N°1.823, de 23 de agosto de 2012 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no qual dispõe dentre outros a atenção integral à saúde do trabalhador, a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, uma vez que considera o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012b). Logo, o modo de trabalho e as condições em que ele é desenvolvido pode ser um fator causador de doenças. Sendo assim, necessário que o trabalhador seja também assistido tanto na condição laboral, como enquanto usuário dos serviços de saúde, a fim de garantir promoção, prevenção e proteção à saúde dos mesmos.

Quanto aos impactos do trabalho sobre a vida do trabalhador, estes podem ser atribuídos a alguns fatores como, por exemplo: sobrecarga física e psíquica, estresse de cunho emocional resultante de rotinas laborais extenuantes, extensas e desgastantes. Assim também concordam Souza et al. (2015) ao afirmarem que os profissionais de enfermagem no exercício de sua rotina laboral estão expostos a esgotamentos tanto de ordem física como mental e que tais desgastes são responsáveis pelas insatisfações profissionais, pelos agravos e adoecimentos que afetam a saúde do trabalhador.

6.6 Elemento Cognitivo

O elemento Cognitivo refere-se aos conhecimentos pessoais e tecnológicos, citado apenas 28 vezes o que equivale a 6% de citação no total. Estes tem ocupado grande espaço no contexto do trabalho, exigindo do profissional atualização e capacitação, para manter-se em um mercado competitivo e em pleno desenvolvimento científico e tecnológico. Logo, o trabalhador deve estar em constante aprimoramento e qualificação, tanto para atender, como para manter-se inserido nesse mercado. Assim também afirmam Colenci e Berti (2012), o mercado de trabalho em amplo crescimento, exige cada vez mais profissionais que além de competentes, tenham e demonstrem o domínio de conhecimentos científicos, logo, para além do domínio da técnica; e que consiga melhorar cada vez mais a produção de bens e serviços. Para Antunes e Alves (2004) as mudanças na organização do trabalho, as novas e crescentes tecnologias contribuíram para a lógica do capital e dos mercados. Ou seja, o profissional precisa estar sempre se atualizando e se capacitando, pois não basta só saber fazer, mas como fazer e a qualidade do que está sendo feito.

6.7 Elemento Econômico

Ao elemento econômico, o menos enunciado com apenas nove citações do total de 459 referências nas respostas apresentadas no Teste de Evocação Semiestruturado (TESE), estão ligadas as questões referentes a rendimentos financeiros e a dimensão que este ocupa na vida dos profissionais entrevistados. Logo, percebe-se que para este grupo o fator econômico tem sua importância, porém, existem outros fatores que afetam diretamente a QVT, como por exemplo, as constantes faltas de material e pessoal, o ambiente organizacional, as estrutura física, dentre outros, fatores estes que sobrepõe aos ganhos financeiros. Em contrapartida, no contexto capitalista evidencia-se a reafirmação constante de que o consumo de bens e serviços e a própria sobrevivência dependem do dinheiro.

Segundo Gameiro (2013) e Teles (2017), o capitalismo acabou modificando a realidade do homem, que se tornou, máquina de trabalho, que pode ser comprada a qualquer momento e por quem melhor pagar. Ou seja, como nos ensina Karl Marx, o homem vende a sua força de trabalho e em troca busca satisfazer suas necessidades pessoais e materiais, alienando-se de si mesmo, transformado, ele mesmo, em

mercadoria. Há, assim, como assevera Dejours (1992), assistimos a dor e o prazer no trabalho, onde a dor esta ligada ao sofrimento proveniente do trabalho e o prazer relacionado às construções advindas do trabalho.

6.8 Elemento Condições de Salubridade

Outro elemento citado em quarto lugar (8% ao todo) é a Condição de Salubridade, e está diretamente relacionado à saúde física e emocional, e também como o adoecimento profissional. Dentro da profissão de enfermagem, caracterizada pelo cuidado com vida, os próprios profissionais que cuidam dos outros, em algumas situações negligenciam o seu próprio cuidado e nem sempre se dão conta que atrelado ao adoecimento profissional podem estar ligado às condições e as cargas de trabalho.

E estes podem ser responsáveis por alguns agravos à saúde do profissional, como afirma Felli (2012) que a carga de trabalho que envolve uma série de fatores biológicos, químicos, mecânicos, psíquicos e fisiológicos podem afetar as condições de saúde-doença dos profissionais de enfermagem. Nesse sentido também apontam Ribeiro et al. (2012), ao relacionar as principais doenças que acometem os trabalhadores de enfermagem, como: dores lombares, injurias musculoesqueléticas, acidentes com materiais perfuro cortantes, estresse e tensão no trabalho, além da poluição e dermatites.

No entanto, a fim de modificar o fato de cuidar apenas do outro e negligenciar o cuidado de si, Moretto et al. afirma que foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 que:

[...]propõe um modelo de atenção à saúde baseado no conceito de saúde de forma ampla visando à valorização de todos os sujeitos participantes no processo de produção da saúde, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010 apud MORETTO et al., 2013, p. 59)

Tal política é uma iniciativa que aponta para o trabalhador, que além de realizar seu trabalho, precisa também ser cuidado dentro da sua rotina laboral. A fim de evitar doenças e garantir uma qualidade de vida tanto no trabalho, como fora dele (MORETTO et al., 2013).

O trabalhador é o principal agente do modo de trabalho, pois ele é o executor das funções, bem como o principal afetado pelas consequências desse trabalho. A fim

de modificar esse cenário o PNH traz à luz a importância do cuidado com o profissional, que deve ser assistido de maneira a evitar os adoecimentos oriundos da profissão, além de proporcionar QVT, seja dentro ou fora do trabalho e ainda salienta a real implantação e efetividade de tal programa na vida do trabalhador.

7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA QVT PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Após a transcrição das entrevistas obtidas com o TESE e a categorização destas de acordo com as três evocações sugeridas pelo instrumento, foram identificadas 14 categorias constituídas a partir de sínteses, das entrevistas que trouxeram uma RS sobre a QVT, que totalizam 135 evocações, conforme a Tabela 2 abaixo:

Tabela 2 - Distribuição das categorias de QVT citadas pelos participantes

Categorias	Número de citações (f)	%
Adequação laboral	21	15,56
Administração	19	14,07
Investimento material e em pessoal	19	14,07
Interação interpessoal	15	11,11
Ambiente de trabalho	14	10,37
Participação	9	6,67
Satisfação	8	5,93
Integralidade	7	5,19
Saúde do trabalhador	6	4,44
Infraestrutura	5	3,70
Valorização	5	3,70
Aprimoramento	3	2,22
Planejamento	3	2,22
Comprometimento	1	0,74

Fonte: A autora (2017).

Como exposto no Percurso Metodológico a construção de categorias a partir do TESE se deram em forma de síntese, trazendo à tona uma Representação Social do grupo estudado sobre o tema indutor de pesquisa, a QVT. Logo, cada termo na Tabela 2 representa uma associação ligada a uma questão-geradora (Conceito, Estratégias, Ações), os quais conduzem o pesquisador na construção de um conceito que represente, os resultados obtidos no quadro 1.

Quadro 1 - Categorias e síntese de representação oriundas das entrevistas dos participantes obtidas com o TESE.

Categorias	Síntese representacional sob a forma de conceito
Adequação laboral	Referente ao pouco tempo para desenvolver todas as tarefas e gera <i>estresse</i> físico e emocional. Influi no processo saúde-doença-cuidado.
Administração	Aquilo que é referente gestão do hospital seja ela boa ou má gestão.
Ambiente de trabalho	Condições de trabalho envolvendo as equipes e o contexto em que o trabalho é desenvolvido. Influi no processo saúde-doença-cuidado.
Aprimoramento	Aquilo que é referente e necessário ao crescimento pessoal e profissional por meio de capacitação e formações.
Comprometimento	Fazer a sua parte, sem individualismo, e tentar ajudar onde for possível, sejam colegas, sejam os pacientes.
Infraestrutura	Tudo aquilo que é referente à falta ou presença de condições físicas para a execução das atividades de trabalho.
Integralidade	Relacionado a pelo menos quatro dimensões da QVT (social, cognitivo, estrutural, econômico, emocional e saúde) que formam um conjunto.
Interação interpessoal	Relativo à qualidade da relação entre os profissionais dentro de uma equipe e entre os profissionais e seus gestores.
Investimento	Desejo de aumento do número de funcionários e de insumos. Que pode estar relacionado à Infraestrutura e a Adequação laboral.
Participação	Ter espaço para deliberar; ter voz ativa na tomada de decisões e/ou ser ouvido pela equipe e os gestores.
Planejamento	Ter metas e/ou direcionamento a ser seguido para chegar a um fim. Pode estar relacionada à Administração.
Satisfação	Prazer em realizar o trabalho. Como resultado da Interação interpessoal positiva.
Saúde do trabalhador	Fazer ginástica laboral, exames periódicos e tudo aquilo que envolva a manutenção da saúde do profissional.
Valorização	Reconhecimento emocional e/ou financeiro do profissional, tanto pelos pacientes como por seus colegas de trabalho e gestores. Pode fazer parte da Administração, da Participação e do Planejamento.

Fonte: A autora (2017).

As evocações obtidas neste estudo possuem peculiaridades do serviço público se comparados ao setor privado. Por exemplo, no estudo de Mariano, avaliando a Representação Social a respeito de QVT para policiais, a autora detectou que:

Para estes profissionais, as representações da qualidade de vida no trabalho, se ancoram, com mais consistência (34%), nas adequações estruturais da

corporação. Entretanto, sinalizam a necessidade de que outros fatores sejam contemplados como prioridades na organização, tais quais as condições satisfatórias para realização do trabalho. Estas condições também contemplam os fatores cognitivos, sociais, afetivos e da saúde. (MARIANO, 2015, p.107).

Em paralelo, o estudo de Taveira (2010) evidenciou que para trabalhadores em geral, a evocação salário e respeito são as preponderantes para QVT. Além dessas evocações, há também similaridades, como condições de trabalho e ambiente de trabalho.

Todos esses termos são levados em consideração para a construção das Representações Sociais, não somente a quantidade de vezes que cada termo foi citado, mas também a ordem das evocações. Essa ordem de evocações pode possibilitar uma análise ampliada sobre a QVT: seja sua permanência no campo do senso comum, seja sua investigação e compreensão ampliada entre o grupo pesquisado.

7.1 Análise das Evocações (construção e interpretação do Quadro de Quatro Casas)

Como descrito no Percurso Metodológico, o *OpenEvoc*, versão 0.83, contribui no tratamento das sínteses das entrevistas dos participantes da pesquisa. Para tanto, após a produção de um banco de dados no *software* Excel® e o processamento dessa planilha no *OpenEvoc*, este, por sua vez, devolve um Quadro de Quatro Casas. Sua divisão interna em quatro quadrantes distintos permite uma interpretação dos conceitos sintetizados e sua posterior análise, conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Quadro de Quatro Casas dos participantes sobre QVT de um Hospital Universitário

Elementos Centrais	Elementos Intermediários 1
--------------------	----------------------------

Frequência*	Termo	Ordem**	Frequência	Termo	Ordem
15,56%	Adequação laboral	1,9	14,07%	Administração	2,16
14,07%	Investimento material e em pessoal	1,95	11,11%	Interação interpessoal	2,13
10,37%	Ambiente de trabalho	1,79	6,67%	Participação	3
5,93%	Satisfação	1,5			
5,19%	Integralidade	1,29			
Elementos Intermediários 2			Elementos Periféricos		
Frequência	Termo	Ordem	Frequência	Termo	Ordem
3,7%	Infraestrutura	1,4	4,44%	Saúde do trabalhador	2,17
3,7%	Valorização	1,6	2,22%	Planejamento	2,33
			2,22%	Aprimoramento	3
			0,74%	Comprometimento	3

Fonte: A autora (2018) segundo o OpenEvoc versão 0.83.

Frequência de corte 5,19; Ordem de corte 2,13 (dado automaticamente pelo programa *OpenEvoc*)

*Frequência é a proporção em que esses termos são citados.

**Ordem é a sequência de importância que é dada para cada termo.

Conforme os dados no Quadro de Quatro Casas dos participantes sobre QVT vale ressaltar que *Frequência*, nesse estudo, segundo Vergès (2002) citado por Andrade (2013), refere-se, ao termo “adequação laboral” foi citado 21 vezes em um universo de 135 citações o que corresponde a 15,56%. Em relação à *Ordem*, esta refere-se ao grau de importância do que foi citado, sendo “um” correspondente àquele termo que é sempre citado na primeira pergunta (considerada a mais importante) e “três” a “última” pergunta (considerada a menos importante).

Essa distribuição é fundamental por favorecer a compreensão da Representação Social acerca da QVT para a equipe de enfermagem pesquisada.

7.1.1 Elementos Centrais

Os Elementos Centrais de acordo com a afirmação de Villas Bôas (2004) têm um papel estável e duradouro na conceituação do termo indutor, ligando-se às condições sociológicas, históricas e ideológicas. Além de terem como funções essenciais na representação a: organização, transformação e estabilização dos demais elementos, fundamentando o núcleo em sua coletividade, segundo Abric (1994).

Os termos que compõe o elemento central estão relacionados a questões que afetam diretamente o trabalho, quer seja, pelo tempo dispensado na realização das atividades, na falta de material e de pessoal, no espaço de realização do trabalho, no sentido que esse trabalho tem para o profissional e no conjunto de fatores que se relacionam dentro do contexto do trabalho. Logo, ambos se encontram interligados, podendo ou não agir um sobre o outro.

A adequação laboral está relacionada, ao “tempo para execução das tarefas”, à “carga horária”, à necessidade de “pausas durante o trabalho” e de “folgas”:

*“Bom, qualidade de vida no trabalho é a gente conseguir fazer bem o trabalho da gente, ter tempo também para parar durante o trabalho, você poder fazer um relatório, faz parte do trabalho da gente, tomar um café, ir ao banheiro. Ter folgas, intervalos que sejam suficientes para gente descansar.” (T 1).
“[...] precisa melhorar alguns pontos na instituição né, aumentar o número de funcionários para ter mais tempo para fazer capacitações, mais tempo para fazer as atividades com tranquilidade. Eu penso assim.” (E 1).*

Estas afirmações comungam com a necessidade apontada pelos profissionais quanto à importância do tempo para a execução de suas atividades laborais, bem como, tempo para qualificação profissional, pela qual se pode melhorar a qualidade do serviço prestado e a QVT da equipe de enfermagem.

Segundo afirmam Dias et al. (2014) a sobrecarga laboral e a desatenção podem induzir a erros, dentre o qual se destaca os erros de administração medicação, dentre outros. À falta de tempo também se correlaciona diretamente a outra lacuna evidenciada neste estudo, caracterizada pelo termo investimentos em material e pessoal, que está relacionada à “falta de insumos” e “de recursos humanos”.

Quanto ao déficit de profissionais que compõem a equipe, pode se considerar como um agravante no trabalho da enfermagem, pois sem o trabalhador as ações de cuidado tornam-se inviáveis e arriscadas, por meio de fatores de exposição ou de risco, como por exemplo: administração incorreta de medicamentos, acidentes com perfuro cortantes, cuidados ineficientes, dentre outros.

Outra questão que vale salientar é que os múltiplos desfalques na equipe, quando se tornam situações duradouras e estruturais ao ambiente de trabalho, terminam por comprometer o cuidado.

Ainda a respeito da falta de material, está pode também comprometer da maneira mais simples, até a mais complexa o trabalho, como por exemplo: a realização de um curativo simples que não tem como ser realizado sem luvas, gases

e atadura, até o cancelamento de cirurgias que também não podem ser realizadas pelo falta destes mesmos materiais e de muitos outros. Os trechos a seguir ilustram essa realidade:

“Aí fica meio complicado, porque muita coisa que a gente pede para melhorar o andamento do serviço, as coisas ficam difíceis, por que o Hospital está sempre falido, não tem nem material para trabalhar direito, né.” (T2).

“Investimentos, simplificando. Investimentos em pessoal, em material, equipamentos, e, na saúde do próprio trabalhador, acompanhamento mais de perto da saúde do trabalhador.” (T3).

“Qualidade de vida no trabalho para mim é trabalhar numa carga horária acessível que não seja sobrecarregada, trabalhar com número de funcionários na equipe e no turno também, que eu acho que seja uma escala acessível assim a todos. Ter condições de trabalho, materiais, de medicamentos, que o Hospital proporcione e ofereça ao funcionário, isso.” (A1).

De acordo com os relatos identificou-se que tanto o trabalho, o trabalhador e a QVT desse grupo podem ser impactados por fatores que também independem do profissional, logo, o profissional é um dos principais afetados.

Outro fator que pode ser alterado refere-se ao ambiente de trabalho, que é pertinente ao “bom relacionamento entre a equipe”, “ambiente favorável para trabalhar”, “interação com e dentro da equipe”, dentre outros. O entrosamento profissional é imprescindível para o desenvolvimento e concretização do trabalho. Logo, este pode ser pautado em afeto, em afinidades, em respeito e em cordialidade, criando laços que colaboram para um bem-estar que se integra ao grupo e ao próprio trabalho.

Nesta concordância Moreira (2016) afirma que as relações de trabalho deveriam se pautar por relações de confiança, divisão das tarefas, haja vista integrarem um conjunto. Quer seja como equipe permanente ou apenas como membro externo, torna-se necessário que as relações interpessoais, sejam embasadas pelo profissionalismo, harmonia e respeito. E mesmo que existam relações contrárias, ou seja, pautadas em divergências e conflitos, ambas não devem interferir no ambiente e no trabalho em si.

Contudo, Araújo, Quental e Medeiros (2016) destaca que o trabalhador, diante de situações difíceis no ambiente de trabalho, cria possibilidades singulares, para um enfrentamento diário, a fim de que consiga suprir e solucionar os problemas do seu cotidiano. Logo, percebe-se que diante das dificuldades vivenciadas e enfrentadas por esses profissionais em sua rotina laboral, leva os mesmos a criar mecanismos de

defesa, tais como os citados por Freire e Elias (2017), que afirmam que os principais mecanismos de defesa usados pela equipe de enfermagem, diante da deterioração do trabalho são a: negação, alienação, sublimação e racionalização. Logo, tais mecanismos podem ser utilizados no sentido de proteção, indiferença, resguardo e defesa, mediante os enfrentamentos profissionais.

O termo satisfação referente a “prazer”, “desempenho”, “oportunidade de mostrar aquilo que sabe fazer melhor”, “realização”, “dever cumprido” “trabalhar com o que se gosta”, aparece em controvérsia, pois, mesmo diante das dificuldades enfrentadas diariamente e da própria precarização do serviço, a equipe consegue se sobressair e ainda identificar sentimentos positivos na realização do trabalho. Em particular aos profissionais de enfermagem, essa satisfação possui um valor e um diferencial, pois, estes profissionais se encontram presentes desde o nascimento, perpassam pela manutenção da vida, até os seus momentos finais. Fatos estes que não ocorrem na maioria das outras profissões. Assim também concorda Paschoal (2008, p.23) que é importante,

[...] a prevalência de emoções positivas no trabalho e a percepção do indivíduo de que, no seu trabalho, expressa e desenvolve seus potenciais e avança no alcance de suas metas.

Nesse sentido, alguns entrevistados se pronunciaram de modo a reconhecer, ainda que no caos, as emoções e persistência aparecem como fator que explique e/ou componha a QVT:

“[...] É necessário que a gente esteja satisfeita no setor, assim, desempenhando seu trabalho da melhor forma, mas para isso tem que estar satisfeita no setor onde você está trabalhando.”(T 5).

“[...] Qualidade de vida é trabalhar com satisfação; trabalhar se sentindo bem, sem sentir dor, tendo saúde física emocional.”(T4).

“[...] Qualidade de Vida no trabalho [pode ser] a satisfação do profissional com a função que ele desempenha [...] como exemplo aqui no nosso hospital. [É ter] que estar feliz com a função que eu desempenho, eu tenho que ter oportunidade de mostrar aquilo que eu sei fazer da melhor forma possível [...].”(E 3).

Logo, a “satisfação” é algo que pode ser sentido, percebido e experimentado por esses profissionais, que se traduz em uma forma de bem estar e contentamento pelo trabalho prestado.

Um pilar da Representação sobre QVT demonstrada no Elemento Central, como aludimos anteriormente, é a “integralidade”. Esse termo abarca todos os demais do 1º Quadrante.

Em linhas gerais, a integralidade é uma crítica a fazer à saúde sustentada nos modelos fragmentados, quanto da oferta de serviços médicos de saúde, quanto dos fragmentadores dos corpos. Como um valor, a integralidade reconhece a urgência da horizontalização da gestão e do acesso aos serviços de saúde e da discussão democrática dos fatores que determinam a saúde das populações. Segundo Roseni Pinheiro ([2018])

“[...] A ‘integralidade’ como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização.”.

Desse modo, a integralidade que promoveria a QVT reside na compreensão da totalidade dos fatores que permeiam as relações de trabalho no ambiente hospitalar. Logo, a QVT passa por uma série de elementos, tais como os enunciados pelos trabalhadores: “material suficiente”, “bom salário”, “ter horário de descanso”, “ter gente suficiente para trabalhar”, “oportunidade”, “satisfação profissional”, “infraestrutura adequada”, “equipe preparada”, “segurança”, “ambiente tranquilo”, “ter tempo para realizar as atividades”, “satisfação profissional”, “felicidade”, “condições de trabalho dignas”, dentre outras.

Esta pluralidade de elementos ilustra que a obtenção da QVT requer que esses elementos estejam conectados entre si, numa teia conceitual e atitudinal, que produza ações em conjunto como respostas à estrutura socioeconômica e política que precariza o trabalho. Logo, que inclua elementos do campo social, estrutural, emocional, cognitivo, econômico e as condições de salubridade, tal como exposto anteriormente. Esses devem estar inter-relacionados e simultaneamente são responsáveis pela existência e/ou promoção da Qualidade de Vida no Trabalho.

Assim, o núcleo da Representação demonstra sua processualidade histórico-social em face das profundas mudanças no mundo do trabalho, como concordam Antunes e Alves (2004) ao afirmarem que o mundo do trabalho vem passando por transformações ao longo de sua história, e que apresenta como resultados a fragmentação e precarização do trabalho.

E dentro deste contexto a enfermagem enquanto profissão é envolvida por todos os elementos que compõe esse quadrante, pois mesmo sendo uma profissão que tem crescido e se aperfeiçoado bastante desde sua criação e que tem conquistado novos espaços dentro do campo de trabalho. Ainda é pautada por uma série de percalços em sua atuação e reconhecimento, o que sugere que se crie condições abrangentes e específicas capazes de contemplar e atuar diretamente sobre as reais necessidades apontadas por este grupo.

7.1.2 Os Elementos Intermediários 1

As periferias compostas pelos elementos intermediários 1 e 2 e pelos elementos periféricos, são mais flexíveis, podendo ser facilmente modificadas e protegendo o núcleo central sem modificá-lo, estando ligadas as características individuais e à conjuntura atual (ABRIC, 1994, 1998, apud VILLAS BÔAS, 2004). Os termos que compõe os elementos intermediários 1 são: administração, interação interpessoal e participação.

A administração segundo definiu o grupo de entrevistados está ligada a: “gestão da instituição hospitalar”, “respaldo”, “respeito”, “conhecer a realidade do trabalho”, “melhor distribuição das escalas de trabalho”, “bom senso”, “categoria profissional”, “capacitação” e “humanização”.

Para esse grupo de profissionais a administração, tem o papel de gerir o hospital, bem como direcionar e solucionar problemas e colaborar na melhoria das condições de trabalho.

Assim também concordam Macêdo, Romeiro e Marsiglia (2015) ao afirmar que as instituições hospitalares vêm passando por transformações significativas desde sua criação, e na contemporaneidade, devido aos avanços científicos e tecnológicos, as exigências e complexidades nos atendimentos, a concorrência de mercado, dentre outros. Logo, tais afirmações apontam para necessidade de profissionais qualificados no quesito administração e que estes sejam capazes de identificar os problemas e as demandas institucionais, bem como adotar ações e medidas bem definidas a fim de compreender e administrar de maneira coesa e ativa uma estrutura complexa, assim como o hospital.

No entanto, o que foi apontado neste estudo é que a administração não tem correspondido efetivamente às exigências que impactam sobre o trabalho da equipe de enfermagem. Tal afirmação se fundamenta nos déficits de materiais, de pessoal, de organização e composição das escalas de trabalho e folgas, além da falta de aproximação, apoio e entrosamento entre gestores e as equipes. Há também outra reivindicação do grupo é que a administração seja realizada de maneira transparente, além de ser mais participativa e atuante, mediante as urgências apontadas no cotidiano do trabalho.

Ainda vale ressaltar que a administração é responsável pela instituição, mas também, é subordinada a esferas superiores, como por exemplo: o poder público, o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação. Ou seja, a administração de uma instituição não é realizada de maneira isolada, mas sim, de forma hierarquizada. Ou seja, há situações em que tanto a tomada de decisões e a implantação das mesmas advém de órgãos superiores.

Porém, como apontam os entrevistados, espera-se a administração do HCU-UFU consiga sanar carências que tem se estendido e comprometido à realização do trabalho de maneira digna e com excelência.

“Bom acho que qualidade de vida no trabalho é ter escalas justas, quantidade de folgas suficientes para poder descansar também, respeito acho que é isso.” (A 2).

‘[...] bom senso dos coordenadores, dos diretores e da chefia do lugar onde você trabalha. Só isso.’ (T 6).

“[...] depende da chefia imediata, do Diretor de enfermagem do hospital, do Reitor da Universidade, era olhar para a nossa categoria profissional, que nem eles têm todo o cuidado com os médicos, se eles tivessem isso com a enfermagem também, porque eu acho que a nossa escala na área da saúde é a menos vista e que tem menos valor.” (E 4).

As entrevistas demonstram a necessidade de uma aproximação entre os gestores e a equipe de enfermagem, a fim de estabelecer melhores condições de trabalho, de interação e valorização.

Interligado às questões administrativas está o termo caracterizado como interação interpessoal, que é referente ao “convívio diário”, “trabalho em equipe”, “bom entendimento”, “motivação” e “benefícios”. Tais fatores são norteadores das relações de trabalho, e se desenvolvem a partir dos profissionais, dos usuários e dos gestores. Neste estudo refere-se pontualmente aos profissionais e da relação dentro do grupo. As relações de trabalho envolvem algumas diferenças entre os indivíduos que compõe

as mais diversas equipes de trabalho, como por exemplo: as diferenças sociais, culturais, religiosas, econômicas; conhecimento, formação e habilidade profissional, dentre outros. Ou seja, nos ambientes de trabalho há uma diversidade de personalidades e peculiaridades inerentes a cada indivíduo, fato este que requer relações baseadas em respeito, profissionalismo, cordialidade e simpatia.

Por outro lado, também existem relações marcadas por conflitos, divergências e autoritarismo, que comprometem os relacionamentos, o ambiente, o trabalho e o trabalhador.

Ambas as relações integram o mundo do trabalho, porém, para o grupo pesquisado, o que tem maior importância refere-se ao bom relacionamento dentro da equipe, o que ficou evidenciado em alguns trechos citados pelos participantes deste estudo. Nos quais eles afirmam que:

“[...] desempenhar um bom relacionamento entre essa equipe de trabalho e, além disso, ter a oportunidade de expor as dificuldades encontradas nesse ambiente de trabalho.” (A 3).

“[...] estar em harmonia com você e com outras pessoas que fazem parte do seu convívio diário.” (E 5).

Também vale ressaltar que é imprescindível dentro das equipes de trabalho um bom relacionamento com os usuários do serviço e seus familiares, com os gestores, garantindo assim relações de trabalho saudáveis e harmônicas dentro das instituições.

No intuito de obter-se bons relacionamentos no trabalho, a participação é outro termo que também foi citado pelo grupo e tem sua importância fundamental, no processo de QVT.

Esta aparece associada a “saber ouvir”, “reuniões”, “liberdade de expressão”, “resolver conflitos”, “aceitar sugestões”, “comunicação”, dentre outros. Dentro do grupo evidenciou-se a necessidade da equipe de enfermagem ser mais participativa quer seja nas discussões, bem como, nas decisões que dizem respeito à enfermagem e a sua atuação.

Segundo Moreira (2016), é através da liberdade de expressão que o trabalhador pode externar suas capacidades, seus atributos e suas perspectivas no/para o trabalho. Pois através da comunicação, o trabalhador torna-se um articulador de sua própria realidade. Criando meios para se sobressair das inúmeras situações de enfrentamento diário, dentro do trabalho e conquistando seu espaço.

Meio pelo qual os profissionais podem ser ouvidos e participativos nas decisões que dizem respeito a eles mesmos.

Considera-se que por meio deles a dinâmica do trabalho pode ser melhor aplicada, assim como tudo que a envolve. Também, esses profissionais almejam serem ouvidos, apresentarem seus anseios, opiniões e estratégias. Além de se sentirem respeitados e valorizados.

Então, é correto afirmar que a participação interfere na administração e na interação interpessoal, pois através da participação dos profissionais contribuindo com ideias, identificando problemas, sugerindo discussões construtivas, auxiliando na tomada de decisões, que poderemos encontrar soluções para os problemas, aproximar os colaboradores dos gestores, minimizar desgastes e conflitos. E é claro construir relações mais saudáveis e harmônicas e melhor valorizadas. Assim como afirma a E2, ao falar sobre a importância da participação:

“Então, a participação das pessoas no processo é muito importante, elas tem que participar das decisões e mostrar suas opiniões, dessa forma elas vão participar da missão do hospital e do setor. Elas têm que estar participando na linha de frente nas decisões a serem tomadas, melhorar o entrosamento das equipes de trabalho capacitar as pessoas e aprimorá-las [...]. [...] Também permitir que as pessoas que tenham talento, que sejam criativas e inovadoras contribuam com suas ideias sugestões e atitudes para a melhoria da qualidade de vida pessoal e do grupo de trabalho. Descentralizar também o poder, oportunizando as pessoas para que elas desenvolvam o seu trabalho.” (E 3).

A participação tem um papel fundamental no desenvolvimento do trabalho. Pois é por meio dela que despontam novas possibilidades, por meio de ações e resultados abrangentes capazes de melhorar e promover a QVT.

7.1.3 Os Elementos Periféricos

Os elementos periféricos apresentados neste quadrante tratam dos termos menos citados, sendo eles: saúde do trabalhador, planejamento, aprimoramento e comprometimento.

O termo saúde do trabalhador remete a “segurança”, “exercício laboral”, “boa alimentação”, “descanso”, “adoecimento”, “saúde-doença” e “acompanhamento profissional”.

As inferências aqui se dirigem ao papel ocupado pela saúde e o adoecimento proveniente do trabalho. A saúde refere-se ao bem estar físico e mental, é algo vital para o ser humano, porém, neste estudo aparece com pouca representatividade, ou como algo com pouca importância. Para os profissionais de enfermagem, que subsumiram a uma rotina estressante relacionada aos diversos tipos de demandas, a uma intensa atividade laboral, a falta de condições estruturais e ergonômicas, as longas e exaustivas jornadas de trabalho, o contato direto e prolongado com os pacientes/clientes em suas diferentes complexidades, o adoecimento profissional parece ser algo distante e pouco provável. O que é uma inverdade, pois segundo afirmam alguns estudiosos, existe um crescente número de adoecimento entre os profissionais de enfermagem.

Neste sentido, Felli (2012), afirma que os trabalhadores de enfermagem estão expostos a cargas de trabalho (biológicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas), sendo que tanto de maneira isolada ou em conjunto ambas podem ser responsáveis pelo adoecimento profissional. Assim também concorda Carvalho et al. (2010), ao destacar que a sobrecarga, as condições inadequadas de trabalho, o trabalho exaustivo, a exposição a agentes biológicos, físicos e químicos, que são tão comuns ao trabalho na enfermagem, são também os principais responsáveis pelo processo de adoecimento desses profissionais.

Além desses fatores, que podem ser determinantes no processo de adoecimento, existe outro que vale ser ressaltado: a negligência dos profissionais de enfermagem, consigo mesmo, quanto ao cuidado de si, em sua aceção coletiva. Ou seja, enquanto grupo a rotina do ambiente não tem favorecido a construção de estratégias para esse cuidado, o qual impacta, por exemplo, perpetuando processos de trabalho desgastantes, produtores de adoecimento para todos. (ANDRADE, 2018; BAGGIO; FORMAGGIO, 2007).

Na mesma linha de reflexão, Baggio e Formaggio (2007) afirma que o profissional de enfermagem está diretamente focado na realização do cuidado ao outro, daquele(s) que se encontram sobre sua responsabilidade, por outro lado acabam se esquecendo de si mesmos, da efetivação do autocuidado. E que para que

esse cuidado seja realmente efetivo, ele enquanto profissional deve gozar de saúde física e psíquica, no intuito de atender as demandas profissionais.

A tal negligência ou o descuido de si possuem alguns elementos característicos: falta de uma alimentação correta e saudável, quer seja pela falta de tempo e pelas atividades a serem realizadas; a não realização de exercícios laborais quer seja por não serem oferecidos na instituição ou quando oferecidos não serem realizados pela falta de tempo, devido às demandas do trabalho. Quanto a atividades físicas, fora do trabalho também podem não acontecer devido à falta de tempo e disposição para realizá-las. E, finalmente, o acompanhamento profissional inadequado, que se dá por falta de uma Saúde do Trabalhador pouco atuante e ineficaz, que segue na contra mão das reais necessidades de prevenção e promoção da saúde do trabalhador. Ou seja, há uma série de fatores que culminam ou colaboram no processo de adoecimento destes profissionais.

As instituições também tem seu papel nessa situação, pois nem sempre a saúde do trabalhador é vista como algo importante e que merece ser cuidada e preservada. Assim como apontam os entrevistados:

“[...] Que seja 15, 10 minutos ou 20 minutos de exercício laboral, isso ajuda desestressar o povo [...]”. (T 7).

“[...] Acho que como eu sou também enfermeiro do trabalho eu sinto falta desse acompanhamento mais de perto do próprio profissional em relação à saúde dele, ou seja, uma medicina ocupacional melhor, em relação à saúde do trabalhador. Acho que seria isso”. (T3).

“[...] isso tudo interfere na qualidade de vida dos profissionais porque acaba sobrecarregando, chega em casa já não dá conta de mais de nada, não tem ânimo para poder ter atividade de lazer, eu falo por mim, chego muito cansada e você acaba não saindo, não divertindo porque no outro dia às vezes você tem que voltar pra cá, a gente tem que estar aqui 100%, não tem como estar aqui a metade né, tem que estar aqui por inteiro[...]” (E 2).

As entrevistas elucidam que o modo como o trabalho de enfermagem tem sido desenvolvido produz impactos negativos na saúde e, consequentemente, na obtenção e manutenção da QVT.

Algo que poderia ser feito a fim de modificar esta e outras demandas foi caracterizado pelo termo “planejamento”, relacionado a “metas”, “necessidades de cada setor”, “planos” e “objetivos”. O *planejamento* também diz respeito à organização do trabalho, além de ser fundamental na identificação de estratégias e possíveis soluções que sejam abrangentes e direcionadas aos problemas abordados. Para este grupo tem as faltas como principal agravante no processo de trabalho e na QVT.

Diante disto tornou-se possível identificar que a partir do levantamento de situações-problema, baseadas nas necessidades e particularidades de cada setor, tal fato possa ser modificado por meio de planos, estratégias, ações e objetivos que consigam inferir diretamente tanto a curto como a longo prazo, sobre a realidade vivida e sobre o que e como esta interfere na QVT do grupo estudado. Neste sentido também concordam Lorenzetti et al. (2014) que a organização do trabalho pode minimizar os desgastes e sobrecargas, bem como melhorar a QVT, além de garantir segurança tanto para o profissional como para os usuários. O que pode apontar o planejamento como ponto de partida para possíveis mudanças na prática dos profissionais de enfermagem desse grupo.

Outro elemento fundamental para a QVT é o *comprometimento* que está ligado a “envolvimento”, “responsabilidade” e “compromisso”, por parte dos profissionais envolvidos no processo de trabalho da enfermagem. Ou seja, é necessário que tanto os profissionais, como suas chefias e gestores também estejam envolvidos e empenhados em modificar modelos de gerência, aqui pautados pelas faltas, sobrecargas, insatisfações e adoecimentos, que foram impostos e seguem até o presente momento, mesmo diante das conquistas de novos espaços e ascensão profissional dentro do campo da enfermagem.

Também, considerou-se a importância do compromisso profissional, com o serviço público, com a instituição, com as equipes multiprofissionais, com os colegas de trabalho e com os usuários de saúde, por meio de um olhar abrangente, cauteloso e respeitoso no que tange ao trabalho e sua realização. Sendo de suma importância que exista uma relação de entrega entre o trabalho e o trabalhador.

Ainda para o grupo pesquisado outro termo apontado foi *aprimoramento* que se refere a “capacitação”, “treinamento”, “educação permanente” e “recursos”, a serem utilizados como estratégias, a serem desenvolvidas na obtenção da QVT. As tais estratégias estão interligados fatores objetivos como conhecimentos científicos e tecnológicos; e subjetivos que se dão por meio de conhecimentos e experiências vivenciadas ao longo da carreira profissional, é aquilo que se tem de bagagem, ou melhor, dizendo, o que foi adquirido de maneira consensual durante a trajetória de trabalho e que estende pela vida, dentro e fora do ambiente de trabalho. Assim as estratégias aparecem nos trechos a seguir como uma das maneiras pelas quais alguns profissionais apontaram para a obtenção da QVT:

[...] Uma das estratégias que está sendo usada é a capacitação né, dentro do horário de trabalho, capacitação mensal que ocorre no horário de trabalho. (E1).

[...] Então, é eu acho que seria uma das primeiras coisas que eu pensei a hora que você falou, seria capacitação [...] (T 8).

[...] preparação, um curso de capacitação. Treinamento. Eu acho que treinamento faz parte né, que a pessoa tem que estar treinada e capacitada [...] (T 9).

A capacitação pode ser vista como um meio transformador, pois a partir dela é possível adquirir novos conhecimentos e também de aprimorar o que já é conhecido e utilizado. E, a partir disto, buscar novas alternativas que contribuam nos processos de trabalho da enfermagem e na QVT dos mesmos. Assim também concordam Salum e Prado (2014) que por meio de uma educação permanente torna-se possível aprimorar técnicas e conhecimentos, resultando em segurança e valorização profissional, além de transformar o modo de trabalho.

Logo, para essa equipe de enfermagem a capacitação e qualificação profissional vão ao encontro das suas necessidades e reivindicações, até mesmo por acreditarem que por meio delas se consiga dar voz ao que realmente tem importância e sentido, além modificar o contexto do trabalho.

7.1.4 Elementos Intermediários 2

O quarto quadrante também chamado de zona de contraste é composto pelas palavras que aparecem com menos frequência, mas que foram prontamente evocadas, além de caracterizar as variações da representação entre subgrupos.

Observa-se nesse quadrante a presença de dois elementos distintos, a *infraestrutura* e a *valorização*. O primeiro termo também se relaciona ao anteriormente apontado: a ausência ou a presença de condições físicas para e no processo de trabalho da enfermagem. Com maior ênfase naquilo que falta e prejudica o trabalho.

A infraestrutura relaciona-se a “condições físicas de trabalho”, “falta de material”, “manutenção de equipamentos” e “distribuição de medicamentos”. No que diz respeito às condições físicas do trabalho, remete a situações em que e como o trabalho tem sido realizado, e como tais situações tem afetado o trabalho da equipe de enfermagem.

Dentro do grupo pesquisado a infraestrutura foi claramente caracterizada como ineficiente, pelas constantes faltas, quer seja de materiais básicos até os mais

complexos; pela falta de insumos; de medicamentos; de uma estrutura física adequada. Fatores essenciais na prestação do cuidado e na realização do trabalho. Assim como afirmam os entrevistados:

“Ter material necessário para trabalhar e as condições favoráveis para o meu bem-estar”. (A 5).

“[...] seria você ter as condições necessárias de trabalho, para você não se estressar com a falta de material, com a falta de equipamento [...]” (T 8).

As faltas são evidenciadas como pertencentes ao processo de trabalho, logo, prejudica o andamento do trabalho e estressa os membros da equipe de enfermagem. E ainda, sem o pronto restabelecimento e em casos extremos, comprometem a própria vida do paciente/cliente.

Além disto, a *infraestrutura* também se relaciona a ergonomia que apresenta-se diretamente ligada ao homem e sua interação com o trabalho, assim como definido por Soares (2017) ao afirmar que a ergonomia funciona como princípio que rege o trabalho, sendo uma área de conhecimento que estuda os aspectos existentes entre o homem e o trabalho. Assim também concorda Couto (1987) citado por Bcheche e Kilimnik (2015) ao afirmar que a ergonomia é pautada por conhecimentos e tecnologias que buscam a interação entre o homem e seu ambiente de trabalho, a fim de integrar um ao outro. Ou seja, há uma relação direta entre o homem e seu espaço de trabalho, o que se dá também por meio da empregabilidade de melhores condições para o desenvolvimento do trabalho.

Logo, quando o trabalho é realizado onde existam as condições adequadas e suficientes para o seu bom desenvolvimento, em sua total aplicabilidade, este pode ser considerado um trabalho realizado com qualidade garantindo assim um atendimento capaz de proporcionar conforto, satisfação, e recuperação da saúde do paciente/cliente. Além, de colaborar na valorização profissional e na QVT.

O outro termo presente neste quadrante que está relacionado à QVT é a *valorização*, que aparece associada a “motivação”, “bons salários”, “crescimento profissional”, “descanso” e “lazer”.

A valorização profissional é algo almejado pelos profissionais de enfermagem, e diz respeito tanto ao crescimento profissional, bem como a satisfação e o reconhecimento pelos cuidados prestados. Logo, o crescimento profissional, abre novas possibilidades de inserção quer seja no campo do trabalho, das tecnologias e das ciências, criando assim melhores condições de ascensão da enfermagem.

Já os salários vão também ao encontro das reivindicações apontadas por alguns participantes, como algo primordial, ou seja, para alguns profissionais o reconhecimento se dá a partir da remuneração, é o que mostram os trechos a seguir:

*“[...] Qualidade de vida pra mim no trabalho é ter um salário digno [...]” (T 10).
“Bom, pra mim qualidade de vida no trabalho é trabalhar menos e ter um salário razoável para poder sustentar a família, e ter tempo para lazer e mais tempo também com a família.” (T 11).*

Ou seja, a remuneração, quando adequada, proporciona ao trabalhador não só conforto e dignidade, mais momentos de interação social e lazer, principalmente em família, fato que pode ser reconhecido também como valorização.

Outra característica marcante para a valorização profissional se dá a partir da motivação, pois é um dos meios capazes de estimular o trabalhador a produzir mais e melhor. Além de colaborar para a autoestima e o desenvolvimento profissional, fazendo com que o trabalhador não seja considerado apenas um tarefeiro, mais sim um membro que tem sua importância dentro da equipe profissional. Além de, tornar o trabalho mais produtivo e prazeroso.

Outro ponto que vale ser ressaltado no que diz respeito à valorização, é o reconhecimento profissional por parte dos usuários, da equipe de trabalho e dos gestores. Para a sociedade, representada pelos usuários, o trabalho do/a enfermeira/o não é algo claro e bem definido, até mesmo por falta de conhecimento. Estes concebem-nos como os responsáveis pelos cuidados e por inúmeras outras funções, como por exemplo, a aplicação de medicamentos, a limpeza, o atendimento social e psicológico, dentre outros, enfim a enfermagem é considerada como “faz tudo”. Por parte dos gestores e da equipe a valorização também não ficou bem definida, uma vez que o que pode ser motivo para valorização é visto apenas como função e obrigação.

Por meio do Quadro de Quatro Casas, constituído a partir das entrevistas, observou-se a representação do que é considerado fundamental para a realização do trabalho de enfermagem, bem como o que o grupo, ainda que de forma fragmentada, busca para suas realizações profissionais e pessoais. Além, da necessidade de que QVT seja algo real para os profissionais dessa equipe e dentro da instituição pesquisada.

8 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: CONCEITO, AÇÕES E ESTRATÉGIAS REPRESENTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

8.1 Conceito de QVT: marcas do senso comum e reflexos científicos

É importante apresentar, sob a forma de síntese, os elementos constituintes da QVT. Pois como apontamos em outros momentos, essa compreensão é construída nas múltiplas relações estabelecidas pelos profissionais ao longo das suas histórias

de vida. Assim, em determinados momentos demonstra-se elementos que se ajustam ao senso comum, ora se alinham a compreensões de base acadêmico-científica.

Tanto para Sato (1999), Handy (1978), Carvalho (2014) e Bcheche; Kilimnik (2015) quanto para a equipe de enfermagem QVT esta relacionada principalmente à valorização, realização pessoal oriunda do trabalho, saúde dos profissionais, motivação, bem estar, companheirismo, segurança, trabalho em equipe. Logo, percebe-se que tanto os autores como os participantes deste estudo associam QVT a algo benéfico e prazeroso, capaz de contemplar o trabalhador dentro do campo do trabalho. Ou seja, no terreno conceitual, o TESE trouxe à tona uma Representação de QVT que se situa no âmbito da satisfação com a atividade profissional em sua máxima totalidade. Embora constatemos que há momentos de inflexão nesses mesmos elementos, provocados por aspectos que fogem da capacidade de gestão dos participantes.

Uma síntese pode ser observada na Tabela 3 que oferece uma comparação entre os três grupos entre si no tocante aos elementos constitutivos do conceito de QVT.

Tabela 3 -Elementos constitutivos e dissonantes do Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho para os três grupos participantes

GRUPO DE PARTICIPANTES	CONCEITOS-SÍNTESE	N	%
ENFERMEIROS (n=8)	Satisfação	2	25,00
	Integralidade	4	50,00
	Interação interpessoal	1	12,50
	Precarização	1	12,50
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (n=26)	Satisfação	1	3,85
	Infraestrutura	2	7,69
	Ambiente de trabalho	4	15,38

GRUPO DE PARTICIPANTES	CONCEITOS-SÍNTESE	N	%
	Interação interpessoal	3	11,54
	Integralidade	2	7,69
	Saúde do trabalhador	1	3,85
	Administração	2	7,69
	Valorização	2	7,69
	Sobrecarga	5	19,23
	Precarização	4	15,38
AUXILIARES DE ENFERMAGEM (n=11)	Infraestrutura	2	18,18
	Administração	1	9,09
	Ambiente de trabalho	1	9,09
	Satisfação	2	18,18
	Valorização	1	9,09
	Sobrecarga	3	27,27
	Precarização	1	9,09

Fonte: A autora (2017).

Assim, o grupo de entrevistados aponta para questões que contrastam com os conceitos de QVT dos estudos teóricos expostos na pesquisa, as quais são, por exemplo: a falta de tempo para execução do trabalho, a falta de material e de pessoal, déficit na infraestrutura, baixos rendimentos financeiros, estresse, sobrecarga laboral, injustiça nas escalas de folgas e de trabalho, dentre outros. A partir das entrevistas, estes aspectos foram sintetizados como “sobrecarga” e “precarização”.

Guardadas as dimensões amostrais, a “sobrecarga” e a “precarização” sobressaíram nas entrevistas com os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Essa constatação revela que os elementos que seriam constituintes do conceito de QVT quando ausentes reverberam de modo mais evidente e impactante sobre esses dois grupos de profissionais.

Estes fatores, ao contrário do que definem os autores, aparecem como limitações e empecilhos a serem enfrentados na rotina laboral desse grupo e comprometem o trabalho, o trabalhador, os usuários e, certamente, a QVT dos pesquisados, podendo inclusive, em certos casos, torná-la algo muito distante ou mesmo inexistente no contexto do trabalho desses profissionais.

Estes elementos contrastam com a conceituação exposta sobre a QVT e ao mesmo tempo lhes são constitutivas. Numa direção, Bcheche e Kilimnik (2015) e

Albuquerque e França (1998) se referem ao trabalho humanizado, ao desenvolvimento e aos avanços tecnológicos utilizados no campo do trabalho, e afirmam que estes resultam em melhores condições de trabalho e em crescimento profissional. Logo, favorecem a conquista de espaços de trabalho com maior QVT. No entanto, esses elementos não foram referenciados pelos participantes de modo explícito, o que não significa que estejam ausentes em sua totalidade.

8.2 Na prática... (as ações realizadas para se ter QVT)

Os estudos pesquisados para construção dos muitos argumentos dessa pesquisa não apresentam sugestões que venham consolidar a QVT nos espaços laborais em sua totalidade. Pois os mesmos compreendem a complexidade histórica, econômica, política, do clima organizacional, dentre outros, em sua dinamicidade.

Ao mesmo tempo, as práticas individuais que venham a resultar em QVT também estão sujeitas a esses fatores e incluem-se: disposição individual quer seja física ou emocional; motivação, lugar da família, integrar programa de prevenção, existência de diagnóstico de doença não-contagiosa, como diabetes ou hipertensão, dentre outros.

As entrevistas não trazem claramente o que próprios participantes fazem para terem QVT em seu cotidiano, mas, ao contrário, apontam para atitudes da instituição: sugerem aquilo que a organização deveria fazer e implantar para que a QVT fosse uma meta possível. Conforme mostram os trechos:

“Necessário, precisa melhorar... melhorar alguns pontos na instituição né, aumentar o número de funcionários para ter mais tempo para fazer essas capacitações, mais tempo para fazer as atividades com tranquilidade. Eu penso assim.” (E1).

“Acho que seria mais organização mesmo da instituição e em relação a essa questão de materiais e tudo e organização mesmo por parte da chefia, da coordenação.” (T 8).

“Se pudesse ter escalas mais justas, escalas de serviço sem sobrecarregar tanto, às vezes sobrecarrega mais só uns, um dia, no outro dia sobrecarrega o outro, ter escalas mais igualitárias mais justas. Questão de respeito eu falo assim por parte dos acompanhantes com a gente e dos pacientes.” (A 2).

A manifestação de que a obtenção da QVT adviria das ações tomadas pela instituição em que se exerce o trabalho profissional denota o desafio dos participantes realizarem, por si mesmos, atividades que representem e manifestem a QV em outros

espaços de sociabilidade, fora do ambiente do trabalho. Nessa direção, uma das participantes foi enfática.

“É sem dúvida nenhuma a redução da carga horária e o indivíduo ter um preparo, é, uma atividade extra serviço, como: curso, quer seja um happy hour com os amigos, que seja uma palestra, algo extra hospital.” (A 6).

Logo, reduzir a carga horária, como vimos em outros momentos da pesquisa, depende do contexto político micro e macro institucional. Assim, desde uma ampliação do quadro de profissionais, da oferta de capacitações chegando à oferta de momentos de descontração entre os trabalhadores em outros espaços que não o de trabalho.

Na busca da QV em ações cotidianas, duas participantes se referem às necessidades elementares, com a saúde; e aquelas que podem ser realizadas por todos/todas, como dormir. No entanto, a carga horária elevada e escalas de plantão apertadas, como expostos por outros participantes, atravessam essas ações triviais.

“É importante ter boa saúde, ter boa disponibilidade, ter satisfação total.” (T 14).

“É a pessoa tem que ter um bom equilíbrio né, no dia a dia, alimentar bem, dormir, ter um bom relacionamento.” (T 9).

Na prática, o grupo aponta para ações individuais e coletivas que acreditam contemplar e modificar o seu contexto de trabalho e, conseqüentemente, sua QVT. Logo, percebe-se a necessidade de interação entre os envolvidos no processo do trabalho, tanto por parte da gestão como pelos profissionais, de modo que se busque identificar as demandas destes, de acordo, com a rotina laboral e o desenvolvimento e execução do trabalho. E, a partir disso, é possível atuar de maneira específica e eficiente sobre a situação-problema, além de promover melhorias na QVT dos profissionais de enfermagem. Ainda que as sugestões não tenham sido expostas diretamente pelos entrevistados, o TESE permitiu suscitar nestes, de certa forma manifestações do que poderia ser feito para a obtenção de QVT em sua cotidianidade.

Numa ordem decrescente, as ações manifestadas se referem a:(N=45)

- a) Administração (22,2% participantes);
- b) Investimento em material e pessoal (17,7% dos participantes);
- c) Adequação laboral (15,5 % dos participantes);
- d) Ambiente de trabalho (15,5% dos participantes);

- e) Interação interpessoal (11,1% dos participantes);
- f) Saúde do trabalhador (6,6% dos participantes);
- g) Planejamento (4,4% dos participantes);
- h) Satisfação (4,4% dos participantes);
- i) Valorização (2,2% dos participantes).

8.3 Experiências acumuladas, saberes compartilhados: sugestões de estratégias para QVT

As experiências de trabalho no cotidiano da instituição pesquisada favorecem aos participantes a formulação de sugestões que compreendem serem estratégias de construção e obtenção de QVT. Fato é que as barreiras, como as expostas nos itens anteriores, perpassam e atravessam essas mesmas estratégias, o que nos faz inferir e se alinhar às disposições teóricas de que as representações sociais sobre a QVT integram uma construção carregada de valores, de subjetividades; mediadas pelas dimensões política, econômica, cultural, ambiental de cada participante. E ainda, de gênero, de etnia, da formação e, no caso desse estudo, da função ocupada/desempenhada pelo participante: Enfermeira/o, Técnica/o de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem.

Feitas essas considerações, muito embora alguns aspectos se aproximem e se entrelacem, muitas das ações apontadas pelo grupo para obtenção de QVT na instituição em que trabalham, evidenciaram a existência de semelhanças, mesmo diante da diversidade dos participantes.

As estratégias manifestadas consistem na atuação sobre aspectos mais abrangentes, como por exemplo: flexibilizar as escalas de trabalho, contratação de pessoal, reabastecimento de material, reuniões de equipe, treinamentos e capacitações, criação de planos e metas, aproximações entre equipes e gestores, uma administração atuante e coesa, participação da equipe na tomada de decisões, tratamento igual entre todos os profissionais, acompanhamento profissional, melhoria da comunicação dentro do grupo e com a administração, dentre outras.

Estas podem ser sintetizadas sob a forma de conceitos, conforme a Tabela 4, abaixo.

Tabela 4 - Elementos apontados para obtenção da QVT e suas barreiras conforme os três grupos de participantes

GRUPO DE PARTICIPANTES	CONCEITOS-SÍNTESE	N	%
ENFERMEIROS (n=8)	Aprimoramento	1	12,5
	Saúde do trabalhador	1	12,5
	Planejamento	1	12,5
	Participação	1	12,5
	Interação interpessoal	2	25
	Ambiente de trabalho	1	12,5
	Precarização	1	12,5
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (n=26)	Valorização	1	3,85
	Aprimoramento	2	7,69
	Participação	8	30,77
	Administração	5	19,23
	Saúde do trabalhador	1	3,85
	Interação interpessoal	2	7,69
	Integralidade	1	3,85
	Sobrecarga	3	11,54
	Precarização	3	11,54
AUXILIARES DE ENFERMAGEM (n=11)	Administração	1	9,09
	Interação interpessoal	2	18,18
	Infraestrutura	1	9,09
	Satisfação	1	9,09
	Ambiente de trabalho	1	9,09
	Comprometimento	1	9,09
	Participação	1	9,09
	Sobrecarga	3	27,27

Fonte: A autora (2017/2018)

Como se observa, em particular no grupo dos Técnicos de Enfermagem, emerge uma representação de que a QVT está muito relacionada ao ato de participar. Aspecto suscitado no grupo de Enfermeiras/os e Auxiliares de Enfermagem. Assim, está implícita a necessidade de escuta, sobretudo daqueles que integram a maioria da força de trabalho, os quais sentirão os impactos da “sobrecarga” e do processo de ‘precarização’ de sua força de trabalho. Elementos estes que limitarão, e muito, a obtenção de QVT.

“Liberdade de expressão, reuniões, a chefia ouvir o seus funcionários, uma boa política que englobe uma boa harmonia no trabalho para todo mundo que seja bom tanto para instituição quanto para as pessoas que estão trabalhando lá. [...]” (T6).

“A participação dos trabalhadores no que ele poderia ser melhor [...] Saber o que as pessoas querem né, o que elas esperam que pode ser melhorado aqui [...]” (E2).

“Diálogo né, um melhoramento entre chefia, colaborador, distribuição de escalas, é, um trabalho mais voltado à qualidade física do trabalhador, não ser tão pesado assim. Acho que entretenimento entre os funcionários também né.” (T12).

As entrevistas chamam a atenção para a urgência de ampliar e refinar os canais de comunicação, de escuta e de diálogos, seja entre a equipe, seja desta com a “administração”. Assim, a apropriação coletiva da QVT passa pela construção de uma cultura de participação dos trabalhadores junto à gestão da instituição pesquisada. Aspecto que soa como motivador.

“O ponto principal seria essa aproximação entre chefia e o colaborador, os colaboradores, para que a gente tivesse assim uma satisfação a mais, pra gente vir feliz para o trabalho sabendo que a gente vai trabalhar e ter apoio, ter porque você trabalhar bem, ter porque sair com a cabeça legal, sabe tudo isso pra mim é né, é importante, um dos pontos.” (T 13).

As entrevistas, em sua maioria, além de apresentarem o reconhecimento dos limites que influem na QVT, destacam que esses mesmos fatores podem ser enfrentados por meio da construção de estratégias de participação dos trabalhadores. Caso essas medidas sejam adotadas, no intuito de modificar a rotina laboral deste grupo, podem atuar de maneira direta e essencial sobre suas demandas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a maioria dos profissionais de enfermagem dessa equipe são do sexo feminino, brancas, casadas, católicas, com idade entre 30 e 60 anos, tempo de atuação na área superior a 10 anos, apenas um vínculo empregatício, sendo este em sua maioria estatutário (UFU) e renda familiar entre quatro e seis salários mínimos. Tais dados mostram que as mulheres ainda são a maioria na área de enfermagem, característica apresentada também em outros estudos. A acumulação de atividades sobre as mulheres numa sociedade notadamente machista evidencia que o desejo pela QVT está para além do aumento de salário ou do maior consumo de mercadorias: reside nas condições de trabalho e nas relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Os resultados do TESE permitiram a criação e o agrupamento dos termos obtidos e a categorização destes de acordo com as evocações dos entrevistados. O

método aliado ao *software* viabilizou a criação do Quadro de Quatro Casas composto pelas categorias obtidas. Estes resultados possibilitaram um diálogo entre o conceito de QVT, adotado neste estudo, e as representações sociais por meio das categorias estabelecidas.

Nessa direção, a QVT para a equipe de enfermagem hospitalar se mostra fundamental. Pois a compreendem, por exemplo, em sua integralidade, conceito muito próximo aos estudos mencionados anteriormente. A integralidade, como uma ruptura epistemológica e uma conquista política, abrange elementos sociais, cognitivos, estruturais, econômicos, emocionais e de saúde.

Por seu turno, enunciações referidas à infraestrutura, à adequação laboral e aos investimentos em insumos e em recomposição da força de trabalho juntos explicitam que a manutenção dessas lacunas exigem dos trabalhadores um aumento no tempo de execução das atividades de cuidado, que podem comprometer o serviço, expondo todos os envolvidos a riscos evitáveis. Esses enunciados revelam, ainda, a sobrecarga de trabalho que prenuncia o adoecimento, resultante, portanto, da ausência de QVT.

Essas conclusões são muito significativas, pois o ambiente de trabalho, a interação interpessoal, o comprometimento, a satisfação e a valorização são fundamentais para a construção e a manutenção de ambientes de trabalho qualitativamente saudáveis para os trabalhadores e usuários. Nessa seara, os participantes revelaram que a escuta e a presença da administração, o planejamento conjunto, a participação nos espaços deliberativos são aspectos que conseguem transformar o contexto do trabalho e com isso promover a QVT.

A pesquisa demonstrou que o conceito de QVT é dinâmico e histórico, e por ser apropriado diferentemente pelos diversos sujeitos, em sua pluralidade, o refletem e/ou o ressignificam de acordo com suas potencialidades, inserindo fragmentos dessa Representação nos muitos espaços cotidianos, destes, o de trabalho. Nessa direção, o conceito de QVT preconizado por vasta literatura científica pode ser permeado por influências do “senso comum”, ao restringir o conceito ao bem-estar à satisfação. Estes elementos se concretizam no ambiente de trabalho dos participantes quando imbricado à recomposição da força de trabalho e à reposição de materiais necessários à realização do cuidado, por exemplo. Elementos estes que produzirão, sim, QVT, de acordo com a equipe de enfermagem.

A adoção de um instrumento de pesquisa que permitisse o registro oral e sua consequente análise representacional trouxe à tona a voz dos trabalhadores, que se encontra afetada, fragilizada, sobrecarregada e adoecida pelos processos de trabalho que têm comprometido a construção de novos referenciais sobre a QVT.

A Representação da QVT está diretamente relacionada ao ambiente administrativo e sua estrutura que, em sua maioria, se apresenta como pirâmide, cujas relações se dão de modo vertical-descendente. Assim, a QVT almejada pela Equipe tem como um dos seus elementos a maior interação, participação e atuação dos administradores junto às equipes de trabalho. Reforçam que a identificação das questões-problema que tem impactado na saúde dos mesmos e influenciado no cuidado aos pacientes podem ser minimizados quando da maior participação nos espaços deliberativos da organização hospitalar. O que proporcionaria, segundo os mesmos, um trabalho de qualidade e humanizado para todos os envolvidos.

A pesquisa demonstrou que a noção estritamente subjetiva de QVT, moldada pelas influências midiáticas de apelo ao consumo, se mostra manipulada na medida em que produzem um esvaziamento do sentido coletivo e compartilhado de QVT. A equipe de enfermagem revela uma Representação de QVT que aos poucos se distancia do senso comum ao se apropriar da dimensão política da mesma. Na qual a maior participação tenderia a reverberar positivamente sobre esses mesmos e a outros profissionais e a comunidade, no tocante ao cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, N. R. et al. Trabalho em turnos noturnos: implicações na qualidade de vida profissional e pessoal dos trabalhadores. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 12, n. 3, p. 103-131, 2012. Disponível em: <<http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/445/417>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: ABRIC, J.-C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Paris: PUF, 1998. p. 27-38.

ABRIC, J.-C. Représentationssociales: aspects théoriques. In: ABRIC, J.-C. (Ed.). **Pratiques sociales et représentations**. Paris: PUF, 1994. p. 11-37.

AGUIAR, C. S.; REIS, C. N. As origens do cooperativismo e o contraponto aos males das metamorfoses do mundo do trabalho. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 8, n. 3, p. 149-185, 2002. Disponível em: <<http://www.rsd.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/555/495>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ALBUQUERQUE, L. G; FRANÇA, A. C. L. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 33, n. 2, abr./jul. 1998. Disponível em: <http://200.232.30.99/busca/artigo.asp?num_artigo=144>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ALVES, G. **Dimensões da globalização: o capital e suas contradições**. Londrina: Praxis, 2001. Disponível em: <<http://www.giovannialves.org/dimensoesdigital.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ANDRADE, D. L. B. et al. Trabalho noturno: repercussões na saúde do profissional de enfermagem. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 164-71, 2015. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/02_abr-jun/V33_n2_2015_p164a171.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ANDRADE, F. P. **As representações sociais da escola na perspectiva dos gestores educacionais**. 2013. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Pedagogia) - Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6267/1/2013_FernandaPlentzDeAndrade.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

ANDRADE, M. F. M. **O cuidado de si na perspectiva dos enfermeiros de um hospital universitário**. 2018. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/20846>>. Acesso em: 15 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.139> Inclui bibliografia.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

ANTUNES, R. O mundo precarizado do trabalho e seus significados. **Cadernos de Psicologia social do trabalho**, São Paulo, v. 2, p. 55-59, 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25822/27554>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-ssoc-123-0407.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>

ANTUNES, R; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científica. **Revista Praxis**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 6, ago. 2011. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566/528>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ARAÚJO, M. P. S.; QUENTAL, L. L. C; MEDEIROS, S. M. Condições laborais: sentimentos da equipe e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 8, p. 2906-2914, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11359/1308>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. Profissional de enfermagem: compreendendo o autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 233-241, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3168/1739>>. Acesso em: 15 maio 2018.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

BCHECHE, I. C.; KILIMNIK, Z. M. A relação entre os fatores do trabalho e a frequência de dor em profissionais administrativos/gerenciais. In: ROSSI, A. M.; MEURS, J. A.; PERREWÉ, P. L. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: stress interpessoal e ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2015. cap. 6, p. 98-118.

BORDIEU, P. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=vOl8SzzVlg4C&printsec=frontcover&dq=isbn:857110476X&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiJtqbOt5TbAhVFIZAKHdaAA1kQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 20 maio 2018.

BRABO, J. C.; GOMES, A. S. A. Teste de evocações semiestruturado como ferramenta para o estudo de representações sociais: possibilidades de aplicação na pesquisa em ensino de ciências. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS. 9., 2013, Águas de Lindóia. **Atas...** Águas de Lindóia: [s.n.], 2013. Disponível em: <www.nutes.ufrj.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R0482-1>. Acesso em: 1 mar. 2018.

BRASIL. Casa Civil. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 1 mar. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde: projeto de terminologia da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_1ed.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998.

CARDOSO, A. C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social**, São Paulo, v. 27, n. 1, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00073.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

CARVALHO, L. S. F. et al. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 60-66, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10530/5737>>. Acesso em: 20 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.10530>

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 158-66, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a22.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

COLOMBI, B. L. P. **Para além da flexibilização e intensificação do trabalho**: notas sobre a discussão do termo precarização do trabalho. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Programa de Mestrado em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em:

<http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_6636_Barbara%20Leite%20Pereira.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

COUTO, H. A. **Stress e qualidade de vida dos executivos**. Rio de Janeiro: COP, 1987.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DIAS, J. D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 866, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>>. Acesso em: 20 maio 2018.

<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140064>

ETIMIOLOGIA. In: DICIONÁRIO Etimológico: etimologia e origem das palavras. [S.l.: s.n.], [2017]. Disponível em: <<https://www.dicionarioetimologico.com.br>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FORTIN, A. Jean-Pierre Deslauriers: recherche qualitative: guide pratique. **Relations interethniques et pratiques sociales**, Montréal, v. 5, n. 2, p. 215-217, 1992.

Disponível em: <<https://www.erudit.org/fr/revues/nps/1992-v5-n2-nps1963/301190ar.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

<http://www.dx.doi.org/10.7202/301190ar>

FELCE, D.; PERRY, J. Quality of life: Its definition and measurement. **Research in Developmental Disabilities**, New York, v. 16, n. 1, p. 51-74, Jan./Feb. 1995.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422294000288?via%3Dihub>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

[https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 178-181, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Condicoes-de-trabalho-de-enfermagem-e-adoecimento.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

FERNANDES, E. C. et al. **Qualidade de vida no trabalho**. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 33-38, 2000. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

FORATTINI, C. D.; LUCENA, C. Adoecimento e sofrimento docente na perspectiva da precarização do trabalho. **Laplage em Revista**, Sorocaba, v. 1, n. 2, p. 32-47, maio/ago. 2015. Disponível em:

<<http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/19/369>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

<http://dx.doi.org/10.24115/S2446-622020151219p.32-47>

FREIRE, D. A. L.; ELIAS, M. A. Levantamento dos mecanismos de defesa dos profissionais de enfermagem frente à deterioração das condições de trabalho.

Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 17, n. 68, jul./set. 2017.

Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/34/53>>.

Acesso em: 20 maio 2018.

<http://dx.doi.org/10.23973/ras.68.41>

FRISCH, M. B. **Quality of life therapy**: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. [S.l.]: Wiley, 2005.

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem**. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-daenfermagem_31258.html>. Acesso em: 18 dez. 2015.

GAMEIRO, J. C. M. **A influência do dinheiro na sociedade**. [S.l.]: Psicologia.Pt, 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0326.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

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

GOUVEIA, M. T. O. **Estresse e jornada laboral dos trabalhadores de enfermagem**. 2014. 200 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07012015-134306/pt-br.php>>. Acesso em: 18 maio 2018.

<http://dx.doi.org/10.11606/T.22.2014.tde-07012015-134306>

GRAHAM, H. Caring: a labour of love. In: FINCH, J.; GROVES, D. (Ed.). **A labour of love**: women, work and caring. London: Routledge and Kegan Paul, 1983. p. 13-30.

HANDY, C. B. **Como compreender as organizações**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

IANNI, O. O mundo do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 2-12, jan./mar. 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita 2017**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2017.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 20 maio 2018.

JAMES, N. Care = organisation + physical labour + emotional labour. **Sociology of Health and Illness**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 489-509, 1992. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.ep10493127>>. Acesso em: 20 maio 2018.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17- 44.

JOVCHELOVITCH, S. Representações sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 54-68, 1998.

LAGE, C. E. B.; ALVES, M. S. (Des)valorização da enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. 3/4, p. 12-16, 2016. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/908/338>>. Acesso em: 15 maio 2018.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LORENZETTI, J. et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1104-1112, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001510012>

MACÊDO, D. F.; ROMEIRO, T. I. C.; MARSIGLIA, D. C. A importância do administrador na gestão hospitalar: percepção de médicos, enfermeiros e administradores de um hospital universitário. **Revista FOCO**, Vila Velha, v. 8, n. 2, ago./dez. 2015. Disponível em: <www.revistafocoadm.org/index.php/foco/article/download/163/116>. Acesso em: 20 maio 2018.

MACHADO, L. S. F. et al. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 684-691, set./out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0684.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670503>

MACHADO, M. H. et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais.

Enfermagem em Foco, Brasília, v. 7, n. esp., p. 35-62, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>>. Acesso em: 15 maio 2018.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa**. Jaboticabal: UNESP, [2012]. Disponível em: <<https://www.dcce.ibilce.unesp.br/~adriana/ensino/quest.doc>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARIANO, M. S. S. **Representações sociais sobre o trabalho**: um estudo da qualidade de vida no trabalho do policial militar em Aracaju/SE. 2015. 170 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Sergipe, 2015. Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/6235/1/MARIA_SOCORRO_SALES_MARIANO.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; FRANCISCO, M. T. R. Abordagem estrutural das representações sociais sobre a AIDS entre os servidores de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 186-195, 2003. Disponível em: <http://eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=1101&nomeArquivo=v7n2a07.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 2. ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

MATOSO, L. M. L.; RODRIGUES, D. N. J. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista Ciência e Desenvolvimento**, Vitória da Conquista, v. 9, n. 2, p. 2-19, jul./dez. 2016. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/570/280>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 21 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>

MOREIRA, L. C. Condições de trabalho da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7 esp, p. 63-76, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/696/306>>. Acesso em: 16 maio 2018. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.696>

MORETTO, M. L. T. et al. Cuidando de quem cuida: assistência psicológica ao trabalhador da saúde. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 11, n. 1, jan. 2013.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100004>. Acesso em: 22 mar. 2018.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 11. ed. São Paulo: Vozes, 2015.

MOSCOVICI, S. Social consciousness and its history. **Culture & Psychology**, London, v. 4, n. 3, p. 411-429, 1998. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1354067X9800400306>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NADLER, D. A.; LAWLER, E. E. Quality of work life: perspectives and directions. **Organizational Dynamics**, New York, v. 11, n. 3, p. 20-30, 1983. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10259588>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NOGUEIRA, R. P. **Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pronto socorro de um hospital público de grande porte**. 2017. 160 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/18373/1/QualidadeVidaProfissionais.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670504>

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Igualdade de gênero e raça no trabalho**: avanços e desafios. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_229333.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

PASSOS, A. R. **Absenteísmo do pessoal de enfermagem**: percepções e ações de enfermeiros coordenadores de um hospital especializado. São Paulo: [s.n.], 2014.

PEREIRA, E. S. **Rodas de conversa**: cuidando do trabalhador, aqui tem a força da palavra. Curitiba: Prismas, 2016.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. São Paulo: [s.n.], 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2018.

PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, [2018]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 15 maio 2018.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho ne enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a31v46n2.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

ROSENBERG, E. G. **Representações sociais de violência doméstica contra crianças e adolescentes em educadores**: denúncia, notificação ou omissão. 2011. 220 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-21102013-141820/pt-br.php>>. Acesso em: 15 maio 2018.
<https://doi.org/10.11606/T.59.2011.tde-21102013-141820>

RUFINO NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. In: LIMA E COSTA, M. F. L.; SOUSA, R. P. (Org.). **Qualidade de vida**: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO, 1994.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00301.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720140021600011>

SANT'ANNA, H. C. **OpenEvoc 0.84**. [S.l.]: UFES, 2018. Disponível em: <www.hugocristo.com.br/projetos/openevoc>. Acesso em: 20 maio 2018.

SANT'ANNA, A. S.; KILIMNIK, Z. M. Relações entre qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional: perspectivas teóricas. In: SANT'ANNA, A. S.; KILIMNIK, Z. M. (Org.). **Qualidade de vida no trabalho**: abordagens e fundamentos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SANTOS, G. T.; DIAS, J. M. B. Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. **PRACS**: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, Macapá, v. 8, n. 1, p. 173-187, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1416c>>. Acesso em: 20 maio 2018.
<http://dx.doi.org.10.18468/pracs>.

SANTOS, M. F. S; ALMEIDA, L. M. **Diálogo com a teoria representações sociais**. Recife: UFPE, 2005.

SANTOS, S. B. **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.

SATO, L. **Qualidade de vida**. [S.l.: s.n.], 1999.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2014.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600014>. Acesso em: 21 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000600014>

SILVA, A. H. S.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas**, Campina Grande, v. 17, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113>

SILVA, E. S. **Trabalho e desgaste emocional**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SOARES, P. C. A. **Riscos ergonômicos e adoecimento no trabalho de enfermagem em foco**: Hospital de Clínicas/UFU-MG. 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/18661> Data de defesa: 28-Mar-2017>. Acesso em: 20 maio 2018.

SOUZA, I. A. S. et al. Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 447-53, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0447.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500075>

SOUZA, S. B. C. et al. Influência do turno de trabalho e cronotipo na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, n. 4, v. 33, p. 79-85, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/10.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

TEIXEIRA, M. C. A invisibilidade das doenças e acidentes do trabalho na sociedade atual. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55696>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i1p102-131>

TAVEIRA, I. M. R. **Representações sociais da qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Saraiva, 2010.

TELES, T. R. A complexa relação egoística entre o homem e o dinheiro: uma análise teórica a partir da filosofia e da psicologia. **Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 206-229, 2017. Disponível em:

<<http://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/download/1402/1159>>.

Acesso em: 22 mar. 2018.

<http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i2a2017.1402>

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Hospital de Clínicas de Uberlândia – HCU-UFU. **Apresentação do Hospital de Clínicas de Uberlândia**. Uberlândia: UFU, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n4/10.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse de sévocations**: manuel versoin 5. Aix-en-Provence: La-boratoire Méditerranéenne en Sociologie, 2002.

VILELAS, J. O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. **Salutis Scientia**, Lisboa, v. 5, mar. 2013. Disponível em:

<<http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=30974>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

VILLAS BÔAS, L. P. S. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 19, p. 143-166, dez. 2004. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n19/n19a08.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 12, n. 46, p. 1569-1585, Jun. 1998. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698000094?via%3Dihub>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)

**APÊNDICE A - PARTE I – CARACTERIZAÇÃO
SÓCIOECONOMICA INSTRUMENTO N.º _____**

IDENTIFICAÇÃO: _____

(SEU NOME NÃO SERÁ DIVULGADO EM NENHUM MOMENTO DA PESQUISA)

1) SEXO:

1-() Masculino

2-() Feminino

2) AUTODECLARAÇÃO DA COR:

1-() Branco 2-() Preto 2-() Amarelo 3-() Pardo 4-() Indígena

5-() Sem declaração

3) DEMONINAÇÃO RELIGIOSA:

1-() Católica 2-() Evangélica 3-() Espírita 4-() Sem religião

5-() Outra: _____

4) IDADE

1-() 18 a 25 anos 2-() 25 a 30 anos 3-() 30 anos a 40 4-() 40 a 60

5-() Acima de 60

5) ESTADOCIVIL:

1-() solteiro 2-() casado/União estável 3-() separado/Divorciado 4-() viúvo

6) Possui filhos: 1-() Sim, quantos: _____ () Não

7) ESCOLARIDADE:

1-() Ensino médio 2-() Técnico 3-() Superior a.() completo b.() incompleto

4-() Pós graduação a.() Especialização b.() Mestrado c.() Doutorado

8) TEMPO DE FORMADO:

1-() 1 ano 2-() De 2 a 4 anos 3-() De 5 a 7 anos 4-() De 8 a 10 anos

5-() Mais de 11 anos

9) RENDA FAMILIAR

1-() Até 3 SM 2-() De 4 a 6 SM 3-() De 7 a 8 SM 4-() Acima de 9 SM

10) TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE:

1-() Menos de um ano 2-() 1ano a 3 anos 3-() 3 anos a 5 anos 4-() 5 anos a 10 anos
5-() acima de 10anos.

11) CARGA HORÁRIA DE TRABALHOSEMANAL: _____

12) Nº DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIO:

1-() Um 2-() Dois 3-()Três

13) TURNO EM QUE TRABALHA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS

1-() Matutino 2-() Vespertino 3-() Noturno 4-() Plantonista a.() sim b.() não

14) SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO NESTA INSTITUIÇÃO:

1-()UFU 2-() FAEPU

APÊNDICE B - PARTE II -TESTE DE EVOCAÇÃO SEMIESTRUTURADA (TESE)

15) Para você: o que é Qualidade de Vida no Trabalho?

16) Para você: o que é importante para obtenção da Qualidade de Vida no Trabalho?

17) Para você: quais estratégias podem ser desenvolvidas para o alcance da Qualidade de Vida no Trabalho?

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO NO ESTUDO!

Os Pesquisadores

APÊNDICE C - TÍTULO DO PROJETO: REPRESENTAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Representação da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário” por trabalharem em Unidade de Clínica Médica deste Hospital Universitário. Este estudo poderá contribuir de modo significativo para a compreensão das formas de entendimento, as dificuldades e as possibilidades sobre a Qualidade de Vida no Trabalho. E ainda, construir estratégias que favoreçam à promoção e proteção da sua saúde no espaço de trabalho, além de melhorar a assistência prestada à comunidade, por isso a sua participação é importante. O estudo objetiva analisar as formas de interpretar a Qualidade de Vida, sua importância e seu significado sob a sua perspectiva: trabalhadores da saúde. Caso você aceite participar, responderá a um questionário e concederá uma entrevista que seguirá um roteiro e que será gravada em áudio. Esse procedimento durará cerca de 30 minutos e em data, horário e local à sua escolha. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que os benefícios decorrentes da sua participação orientem a modificação dos processos de trabalho e aumentem sua qualidade de vida; dos demais que o circunda, como seus familiares e os pacientes que estão sob seus cuidados; e se estenda à sociedade por meio do processo da pesquisa e da publicação dos resultados.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um pseudônimo escolhido por você ou um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto REPRESENTAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO
DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Eu, _____, li e ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso em nada afetará o meu trabalho nesta instituição. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo e receberei uma via deste Termo.

Uberlândia,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura da pesquisadora responsável
orientador

Assinatura do pesquisador

Telefone de contato dos pesquisadores:
Prof. Dr. Ailton Souza Aragão 34-3700-6924; Viviane Aparecida Viana (34)3218-2119

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 34-3700-6776.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFTM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: AILTON DE SOUZA ARAGÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67537917.5.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.073.114

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores, "Definido como tema principal do estudo, a qualidade de vida será analisada no contexto de trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes em um Hospital Universitário. O tema será analisado nas dimensões física, psicológica, nas relações sociais e no meio ambiente em que esses profissionais estão inseridos". As perguntas de pesquisa são: "1. Qual a representação da qualidade de vida para os profissionais de enfermagem? 2. Os diferentes turnos de trabalho influenciam na qualidade de vida? 3. Que estratégias foram sugeridas para melhoria da qualidade de vida desses profissionais?".

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores, "Geral: Conhecer e analisar a representação que os trabalhadores de Enfermagem do setor de Clínica Médica de um hospital de grande porte possuem acerca da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Específicos: 1. Elaborar o perfil dos profissionais enfermeiros, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem da Clínica Médica do HC-UFU; 2. Identificar as demandas identificadas como resistência e as estratégias que possam promover a QVT na perspectiva dos profissionais".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, "Ao refletir sobre Qualidade de Vida no Trabalho, será possível

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.ufm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.073.114

Identificar a existência de vários determinantes, como satisfação, reconhecimento, condições de trabalho, plano de carreira, remuneração e os impactos na vida do trabalhador. Reflexões que remetem a compreender representação da QV dos profissionais de saúde e desenvolver estratégias para melhorar a QV dos mesmos.

Os dados evidenciados por meio da realização da pesquisa permitirão identificar a representação da QV dos trabalhadores, bem como os fatores a ela associados. Nesse sentido torna possível uma reflexão por parte do trabalhador proporcionando mudanças de hábitos e condutas que favoreçam o mesmo e seus familiares, bem como os receptores do seu trabalho (pacientes) e a sociedade.

Os riscos para os participantes podem estar relacionados com a possibilidade de perda de confidencialidade e o mesmo sentir-se desconfortável com perguntas de cunho pessoal, contidas na caracterização socioeconômica (Parte I) e no TESE (Parte II). Se o participante se sentir desconfortável ao responder as perguntas, o pesquisador estará à disposição para ouvir e dar todo o apoio necessário ao participante, encaminhando-o/a para o DIRQS-UFU. Será garantida a total privacidade e será mantido sigilo sobre as informações fornecidas, às quais ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores por 05 anos.

Além disso, será assegurada ao participante, total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade e ao anonimato do participante”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância temática ao buscar conhecer e analisar a representação que os trabalhadores de Enfermagem do setor de Clínica Médica de um hospital de grande porte possuem acerca da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- Folha de rosto
- Projeto detalhado, conforme o protocolo do CEP/UFTM
- Autorização do local de coleta de dados
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE
- Instrumento de coleta de dados
- Grupo de pesquisadores vinculado ao projeto na Plataforma Brasil

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.073.114

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e Norma Operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 19/05/2017.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_894603.pdf	11/04/2017 19:19:02		Acelto
Outros	TermoComprEquExec.docx	11/04/2017 19:18:44	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Outros	LinksCurriculos.docx	11/04/2017 19:18:23	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.docx	11/04/2017 19:18:06	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Outros	InstrumentoColeta.docx	11/04/2017 19:17:54	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.doc	11/04/2017 19:17:37	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Outros	DeclaracaoCoParticipante.jpg	11/04/2017 19:17:22	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Folha de Rosto	FolhaRostoCEP.pdf	11/04/2017 19:16:47	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.073.114

UBERABA, 19 de Maio de 2017

Assinado por:

Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UFU



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: AILTON DE SOUZA ARAGÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67537917.5.3001.5152

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.527.552

Apresentação do Projeto:

De acordo com o protocolo de pesquisa apresentado: trata-se de um estudo observacional, descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem por finalidade apresentar as características de determinada população ou fenômeno através do estabelecimento de relações entre as informações obtidas, permitindo mostrar as características específicas do atendimento prestado (GIL, 2008). O estudo será realizado no HC-UFU no setor de Clínica Médica. O HC-UFU é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC) e referência em média e alta complexidade para 86 municípios do macro e microrregiões do Triângulo Norte. Serão abordados os enfermeiros (as) técnicos (as) e auxiliares de enfermagem lotados no HC-UFU nos turnos matutino, vespertino e noturno do setor de Clínica Médica. Para os termos desta pesquisa, os profissionais da enfermagem que serão entrevistados compreendem aqueles no cargo funcional do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) nº2235-0, 3222-05 e 3222-30, respectivamente conhecidos como enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

O procedimento de recrutamento ocorrerá da seguinte forma: os pesquisadores em posse das escalas de trabalho dos funcionários, obtidas no setor de gerência do HC-UFU farão abordagem junto aos participantes nos períodos de trabalho, de forma que consiga contato com os profissionais de todos os turnos (manhã, tarde e noite) em momento oportuno para que a

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.527.552

dinâmica do serviço não seja prejudicada. Logo, os profissionais serão abordados em seu local de trabalho durante seus turnos, sendo esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre a importância da veracidade de suas respostas, bem como sua liberdade de escolha em participar ou não. Aqui será solicitado que o mesmo estabeleça um dia e horário que seja lhe seja confortável, em sala reservada para a realização das entrevistas com os participantes. Em seguida, o mesmo preencherá um questionário para caracterização sócio econômico – Parte I (Anexo 1). As questões recolherão informações quanto a idade, gênero, estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar, setor de atuação hospitalar, tempo de atuação em saúde, número de vínculos empregatícios, carga horária semanal de trabalho dentre outras. Após essa etapa, o mesmo será entrevistado com o auxílio de um roteiro de entrevista semiestruturado denominado Teste de Evocação Semiestruturado (TESE) – Parte II (Anexo 1). Aqui serão obtidas informações quanto aos desafios e às estratégias dos profissionais para garantir/obter/conquistar a qualidade de vida. Ambas as etapas de coleta durarão, em média 40 minutos e, frisamos que serão iniciadas mediante a assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -, em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) (Anexo 3). A participação dos profissionais será totalmente voluntária e anônima.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo projeto:

Objetivo Primário:

Conhecer e analisar a representação que os trabalhadores de Enfermagem do setor de Clínica Médica de um hospital de grande porte possuem acerca da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Objetivo Secundário:

1.Elaborar o perfil dos profissionais enfermeiros, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem da Clínica Médica do HC-UFU;2.Identificar as demandas identificadas como resistência e as estratégias que possam promover a QVT na perspectiva dos profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.527.552

Mesmo que os pesquisadores se comprometam com o uso do TESE apenas para a finalidade da pesquisa e responsabilizem-se pela não divulgação dos dados de identificação obtidos dos sujeitos, a utilização do método e de seus resultados poderão trazer algum tipo de desconforto aos sujeitos envolvidos, relacionado a alguma experiência pessoal negativa diretamente ligada ao assunto a ser tratado, bem como dispêndio de tempo e envolvimento com o tema de investigação. Diante dessas possibilidades, os pesquisadores comprometem-se a zelar pelo sigilo das informações, garantindo a sua não identificação, substituindo os nomes dos participantes por códigos; pela racionalização do tempo que o entrevistado dedicará à entrevista; e ao acatamento do local que melhor lhe atender para a condução da coleta de dados. E ainda, reforçar que o uso dos resultados da pesquisa primará pela ampliação e pelo fortalecimento de ações que fomentem a QVT entre os profissionais da Enfermagem. A pesquisa não encerra riscos financeiros ou biológicos. De um lado, o participante não despende de quaisquer recursos monetários para participar da pesquisa e tampouco receberá qualquer valor para participar da mesma. E de outro, não será submetido a qualquer teste clínico que, eventualmente, possa detectar qualquer patologia nos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados parcialmente. Necessita-se adequações.

Recomendações:

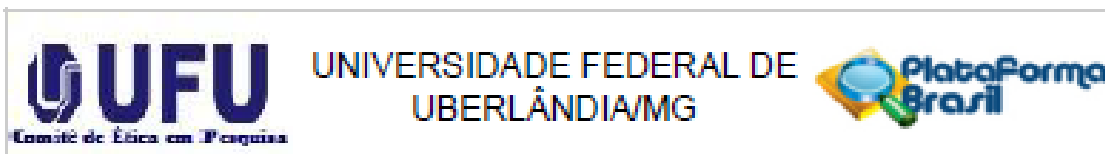
Atender as pendências abaixo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OBSERVAÇÃO INICIAL 1: O CEP/UFU verificou que a Instituição proponente descrita no formulário submetido em 11/04/2017 é a Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por isso o projeto foi direcionado a este CEP como Coparticipante. Vemos, no entanto no cabeçalho da tela principal deste projeto (ao clicar na primeira lupa) que a Instituição Informada como Proponente é o HC-UFU. Se possível, favor esclarecer estas informações desencontradas.

OBSERVAÇÃO INICIAL 2: O CEP/UFU reitera o seu compromisso com a ética em TODOS os aspectos que envolvem pesquisa com seres humanos e aproveita o presente documento para

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.527.552

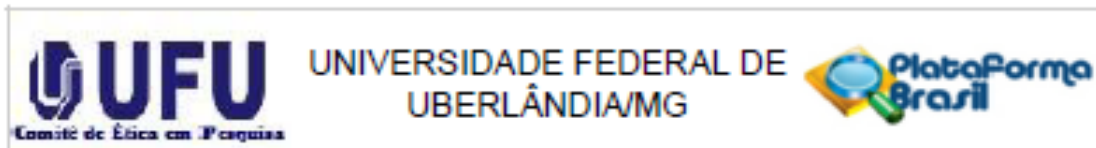
Informar que teve problemas com o afastamento de mais de um relator e isso causou um atraso indesejado na análise ética deste protocolo.

----- ANÁLISE ATUAL -----

O projeto apresenta as seguintes pendências:

- 1) Quanto ao material e métodos. Os pesquisadores descrevem que haverá gravação de áudio no TCLE e consta como material permanente a aquisição de um Gravador Digital 4Gb no valor de R\$200,00 (duzentos reais). Solicita-se aos pesquisadores que descrevam como será a metodologia para a coleta desta entrevista uma vez que nos objetivos do projeto não consta esta atividade e nem na metodologia descrita na plataforma Brasil e nem no projeto detalhado. Esclarecer como será feito o armazenamento destas informações gravadas e como ocorrerá o descarte dos áudios e qual o período que estas ficarão de posse dos pesquisadores.
- 2) Quanto as questões que serão realizadas no questionário "PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONOMICA", solicita-se a retirada da questão 12 porque ela pode identificar o participante. Ainda em relação aos instrumentos de coleta de dados: o CEP pergunta em que as questões 11 e 13 contribuem para atingir os objetivos da pesquisa? Retirar a solicitação inicial de identificação do participante.
- 3) No TCLE retirar "para profissionais da saúde e reescrever para profissionais de enfermagem" e também Retirar –(PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE) (Versão junho/2016)
- 4) Os pesquisadores descrevem que: "o tema a ser pesquisado será analisado nas dimensões física, psicológica, nas relações sociais e no meio ambiente em que esses profissionais estão inseridos". Não há questionários relacionados as dimensões psicológicas. O CEP solicita esclarecimentos referentes a que dimensões psicológicas seriam estas. Como o Instrumento proposto irá atender ao descrito na frase acima retirada do projeto?
- 5) Os pesquisadores fizeram a fragmentação do TCLE, sendo um de esclarecimento e um de consentimento, solicita-se que os pesquisadores não façam esta fragmentação e que o TCLE seja único, e que caso haja mais de uma página a assinatura dos pesquisadores estejam em todas as

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 2.527.552

páginas.

6) Solicita-se atualização do cronograma de execução da pesquisa.

Responder às pendências em um documento (WORD[.doc] ou .pdf) anexo e alterar no corpo do projeto os tópicos que forem diretamente impactados pelas respostas às pendências.

CASO O PESQUISADOR NÃO ANEXE ESTE DOCUMENTO COM O DETALHAMENTO DAS RESPOSTAS ÀS PENDÊNCIAS, O PROTOCOLO SERÁ DEVOLVIDO AO PESQUISADOR SEM TER SIDO ANALISADO PELO CEP E PERMANECERÁ COM PENDÊNCIAS.

O pesquisador tem prazo de 30 dias para responder à(s) pendência(s). Após este prazo o mesmo deverá submeter Novo PROTOCOLO de pesquisa para avaliação pelo sistema CEP/CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: o CEP/UFU informa que a recorrência de uma mesma pendência por três vezes acarretará na "NÃO APROVAÇÃO" do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_894603.pdf	11/04/2017 19:19:02		Acelto
Outros	TermoComprEquExec.docx	11/04/2017 19:18:44	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Outros	LinksCurriculos.docx	11/04/2017 19:18:23	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.docx	11/04/2017 19:18:06	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Outros	InstrumentoColeta.docx	11/04/2017 19:17:54	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.doc	11/04/2017 19:17:37	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 2.527.552

Outros	DeclaracaoCoParticipante.jpg	11/04/2017 19:17:22	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto
Folha de Rosto	FolhaRostoCEP.pdf	11/04/2017 19:16:47	VIVIANE APARECIDA VIANA	Acelto

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


UBERLÂNDIA, 06 de Março de 2018

Assinado por:



Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

ANEXO C - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA GESTÃO ACADÊMICA DO HCU



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA
DIRETORIA DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS
GESTÃO ACADÊMICA





DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “Representação da qualidade de vida no trabalho na ótica dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos Participantes da pesquisa, nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os pesquisadores, **Viviane Aparecida Viana** e **Ailton de Souza Aragão**, realizarem as etapas de recrutamento dos participantes da pesquisa e a aplicação dos questionários contidos no projeto de pesquisa apresentado à Gestão Acadêmica do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Uberlândia, 10 de abril de 2017.



Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva
 Gestor Acadêmico
 Hospital de Clínicas de Uberlândia

Prof. Carlos Henrique Martins da Silva
 Gestor Acadêmico
 CRM-MG 20050 CPF: 301.856.536-34