

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT) DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – UM ESTUDO DE CASO**

**Dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do grau de Mestre em Odontologia: Área
de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva**

MÔNICA SOMMER BITTENCOURT

**Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
Dezembro de 2003**

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT) DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – UM ESTUDO DE CASO**

MÔNICA SOMMER BITTENCOURT

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de

MESTRE EM ODONTOLOGIA

Área de Concentração: **Odontologia em Saúde Coletiva**

e aprovada em sua forma final pelo **Programa de Pós-Graduação em Odontologia**

Prof. Mauro Amaral Cadeira de Andrada, Dr.
Coordenador

Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.
Presidente

Profa. Ana Paula Soares Fernandes, Dra.
Membro

Prof. Silvio Serafim da Luz Filho, Dr.
Membro

“Por todos esses caminhos, o que está em marcha é uma etapa evolutiva nova que transmudará, mais uma vez, a condição humana, agora de forma ainda mais radical, porque colocará, finalmente, a ação modeladora de uma revolução tecnológica sob o controle de uma política intencional de base científica. Assim, na medida em que a ciência se translada do plano ideológico para o adaptativo e confundida com a tecnologia, a intervenção racional humana é que passará a gerir a história”.

R. Arzumanian (1965)

AGRADECIMENTOS

Nosso reconhecimento e agradecimento:

Ao meu **Orientador** pela paciência e compreensão;

Ao **Prof. Samuel Jorge Moysés** e a **Profa. Simone Tetu Moysés** pelo incentivo;

Aos meus **pais** e **avós** pela força;

A **Profa. Denise Maria Belliad Oleiniski** pela compreensão;

Às minhas tias **Érica** e **Inger**; e

Às minhas **Amigas Fernanda** e **Alessandra**.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO II - HISTÓRICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ.....	17
CAPÍTULO III - A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO ATÉ OS DIAS ATUAIS.....	24
CAPÍTULO IV - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....	30
4.1 O Trabalho e Sua Relação com a Qualidade de Vida	32
4.2 Algumas Considerações Sobre Qualidade de Vida no Trabalho.....	35
4.3 Modelos para Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho.....	40
CAPÍTULO V - ESTUDO DE CASO.....	51
5.1 A Instituição.....	51
5.2 Metodologia para levantamento de dados.....	52
5.3 Metodologia estatística para tratamento de dados.....	54
5.4 Resultados e discussão.....	55
5.5 Sugestões para a Instituição.....	69
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICES.....	77
ANEXOS.....	88

LISTA DE FIGURAS

Gráfico I - Distribuição Percentual por Faixa Etária, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	57
Gráfico II - Distribuição Percentual por Estado Cível, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	57
Gráfico III - Distribuição Percentual do Número de Filhos, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	58
Gráfico IV - Distribuição Percentual por Tempo de Graduação, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	59
Gráfico V - Distribuição Percentual por Tempo de Serviço no Setor Público, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	60
Gráfico VI - Distribuição Percentual por Tempo de Serviço na Secretaria Municipal de Saúde, dos Cirurgiões-Dentistas da Prefeitura Municipal de Itajaí/SC – 2003.....	60
Gráfico VII - Distribuição Percentual da Carga Horária Semanal Total de Trabalho, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	61
Gráfico VIII - Distribuição Percentual do Tipo de Segundo Trabalho, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	62
Gráfico IX - Distribuição Percentual em Relação ao Fator Compensação Adequada e Justa, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2003	
Gráfico X - Distribuição Percentual em Relação ao Fator Condições de Trabalho, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	63
Gráfico XI - Distribuição Percentual em Relação ao Fator Uso e Desenvolvimento de Capacidades, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	64
Gráfico XII - Distribuição Percentual em Relação ao Fator Oportunidade de Crescimento e Segurança, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	64

Gráfico XIII - Distribuição Percentual em Relação ao Fator Integração Social na Instituição, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	65
Gráfico XIV - Distribuição Percentual em Relação ao Fator Constitucionalismo, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	65
Gráfico XV - Distribuição Percentual em Relação ao Fator o Trabalho e o Espaço Total de Vida, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	66
Gráfico XVI - Distribuição Percentual dos Fatores de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) Agrupados por Classes, Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela I – Número de Procedimentos Realizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí – 1999.....	23
Tabela II - Distribuição Percentual Segundo Unidade de Saúde, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	56
Tabela III - Distribuição Percentual das Faixas de Renda Familiar em Salário Mínimos, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro I - MODELO DE WALTON.....	41
Quadro II - MODELO DE WESTLEY.....	47
Quadro III – Sinopse das Estruturas do Módulo de Atenção a Saúde da Secretaria Municipal de Itajaí.....	53
Quadro IV– Fatores Extremos que Afetam a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC – 2003	67

BITTENCOURT, M. S. Qualidade de vida no trabalho (QVT) do cirurgião-dentista em serviços públicos de saúde – um estudo de caso. 2003. 88f. Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Odontologia). Mestrado em Odontologia – Área de Concentração em Odontologia em Saúde Coletiva, UFSC. Florianópolis.

RESUMO

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) busca humanizar as relações de trabalho nas organizações, mantendo uma relação estreita com a produtividade e principalmente com a satisfação do trabalhador no seu ambiente de trabalho, estando associada ao bem-estar, à saúde e a segurança do trabalhador. O objetivo do presente estudo é avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do cirurgião-dentista em serviços públicos de saúde. Foi realizada uma pesquisa aplicada, quantitativa e exploratória, sendo classificada como tipicamente de campo, caracterizando-se como um estudo de caso, visando promover a identificação das percepções que os cirurgiões-dentistas têm acerca dos indicadores da Qualidade de Vida no Trabalho. Foi aplicado um questionário entre os cirurgiões-dentistas que trabalham no Serviço Público de Saúde do município de Itajaí-SC, baseado no Modelo de Walton. Fatores que produziram resposta negativa para a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) foram a compensação adequada e justa; uso e desenvolvimento de capacidades e oportunidade de crescimento e segurança. Por outro lado, os fatores que produziram resposta positiva para a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) foram condições de trabalho, integração social na instituição, constitucionalismo, o trabalho e o espaço total da vida e relevância social da vida no trabalho.

Palavras-chaves: Qualidade de vida no trabalho, cirurgião-dentista, saúde pública.

Autora: Mônica Sommer Bittencourt

Orientador: Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Dissertação de Mestrado em Odontologia

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Florianópolis, 19 de dezembro de 2003

BITTENCOURT, M. S. Dentist's labor life quality (LLQ) in public health services - a case study. 2003. 88f. Dissertation. (Pos—Graduation Program in Dentistry). Master's in Dentistry - Concentration Area in Collective Health Dentistry. UFSC. Florianópolis.

ABSTRACT

The Labor Life Quality (LLQ) searches to become more human the work relations in organizations, keeping a strait relation with productiveness and mainly with worker satisfaction in his work environment. associated to well-being, health and worker safety. The objective of this present study is to evaluate the dentist's Labor Life Quality (LLQ) in public health services. It was done an applied, quantitative and exploratory research, classified as typically field work, properly a case study, in order to promote the identification of perceptions which dentists have about the indicators of the Labor Life Quality (LLQ). A questionnaire was applied among the dentists who work in the Public Health Service in the county of Itajaí/SC, based on Walton's model. Factors which produced a negative answer to Labor Life Quality (LLQ) were the fair and right compensation; use and development of capacities and opportunities of growing and security. Otherwise. the factors which produced a positive answer to Labor Life Quality (LLQ) were work conditions, social integration in the institution. constitutionalism, the work and the whole life space and social importance of life at work.

Keywords: Labor life quality, dentist, public health.

Author: Mônica Sommer Bittencourt

Advisor: Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

**THE FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
GRADUATION PROGRAM IN ODONTOLOGY**

Odontology Master's Dissertation

Major: Collective Health in Odontology

Florianópolis, december 19, 2003

I - INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde conceitua saúde como “o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social” (WHO, 2002). Saúde abrange, portanto, qualidade de vida e, também, o resultado do total funcionamento do indivíduo em seu ambiente. O trabalho e as condições em que ele é realizado são fatores preponderantes no estado de saúde do indivíduo (REGIS FILHO; LOPES, 2001).

O termo Qualidade de Vida tem sido constantemente utilizado para descrever situações em que, sob diversas óticas, procura-se criar condições que agreguem, objetivamente, valor e qualidade à nossa vida. A criação ou implantação de locais de lazer, a urbanização de favelas, a implementação de centros específicos para a terceira idade, etc., são ações que favorecem a melhoria da qualidade de vida de uma população ou comunidade.

Como o trabalho assume um papel cada vez mais central na vida das pessoas, chegando mesmo a definir aspectos vitais como status e identidade pessoal, é perfeitamente previsível que modernas tecnologias de gestão se ocupem também da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e dos fatores que incorporam a satisfação do indivíduo em sua atividade laboral e na humanização das situações relacionadas ao trabalho humano.

O trabalho muitas vezes não é prazeroso justamente porque ele se configura de uma forma totalmente fragmentada, sem sentido, burocratizado, repleto de normas e rotinas ou então cheio de exigências e conflitante com a vida social ou familiar (RODRIGUES, 1995).

Por outro lado, parece ser uma das tendências sociais mais marcantes em todo o mundo a mudança de uma ética de trabalho baseada em dever para uma centrada em prazer. Assim, se antes tínhamos o trabalho movido pelo dever de sustentar a família, pelo dever para com a empresa, pelo dever para com o empregador, agora este sentido de dever e de obrigação está sendo substituído por uma nova ética baseada na eficiência e no divertimento (EVANS, 1996). Segundo o autor, para que essa tendência se torne realidade é necessário ter as pessoas certas nas posições certas, sem que os fatores para um bom ajustamento entre as pessoas e o trabalho que desenvolvem são: o conhecimento, a capacidade e a habilidade. Além disso, elas devem estar envolvidas com os projetos assumidos, gostando do que fazem, tendo uma crença, um apego e um engajamento de vida com essa parcela tão importante de suas vidas.

A partir da metade do século XX, em um mundo em constante mudança, de economia globalizada e mercados emergentes, modernas tecnologias de gestão têm possibilitado melhorias consideráveis na forma como as empresas podem tornar-se altamente competitivas e com elevados ganhos de produtividade. Contudo, pouca ou nenhuma atenção tem sido dada à qualidade de vida no trabalho. Geralmente, os postos de trabalho são, na verdade, postos de tortura, entretanto não sendo exclusivo da era moderna, pois se trata de uma cultura que acompanha todas as fases do sistema capitalista (REGIS FILHO; LOPES, 2001).

Por outro lado, atenções maiores têm sido dadas à qualidade de vida no trabalho com a esperança de que ela promova envolvimento e motivação no ambiente de trabalho, propiciando um aumento de produtividade (QUELHAS; MORGADO, 1993).

Para Limongi (1995), é preciso administrar o trabalho de modo que possa ser produtivo, realizador, sem causar danos à saúde e à qualidade de vida no seu sentido mais amplo, ou seja, biológico, psicológico, social e cognitivo.

Paralelamente, o ambiente empresarial brasileiro vem se tornando intensamente competitivo em virtude das profundas mudanças que vêm ocorrendo na economia mundial, nas relações sociais e políticas, na tecnologia, na organização da produção e na oferta de serviços, nas relações de trabalho e na própria inserção do elemento humano no tecido social e produtivo (FRANÇA; ALBUQUERQUE, 1998). Assim, torna-se necessário que a tarefa realizada seja significativa, de modo que ela dê sentido ao trabalho e para que o trabalhador se sinta motivado e satisfeito para realizar seu trabalho com qualidade.

Muitas vezes devido à alienação e perda do significado do trabalho surgem alguns indicadores evidentes da deteriorização da qualidade de vida tais como: aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda de contato do homem com a natureza e até mesmo depredação da mesma (RODRIGUES, 1995).

Para que o trabalhador esteja motivado e envolvido com seu trabalho é necessário que fatores relacionados com sua qualidade de vida sejam levados em consideração, como o ambiente e as condições de trabalho, os quais podem ser os responsáveis por gerar ansiedade, desgaste e estresse do trabalhador.

Por outro lado, melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pressupõe modificar alguns hábitos das pessoas e das rotinas das empresas, ou seja, modificar a própria cultura organizacional e avançar nas políticas de desenvolvimento dos seres humanos (REGIS FILHO; LOPES, 2001).

Para Lima (1995), melhorar as condições de trabalho, assumir novas formas de gestão e satisfazer na medida do possível os anseios dos trabalhadores, é o caminho que possibilitará atrair e manter os seres humanos mais qualificados e que justificará os esforços de preparação e treinamento na empresa em geral ou em um setor em particular.

O trabalhador deve ser visto como ser humano, com características individuais, que tem necessidades próprias e que deve estar satisfeito com seu trabalho da melhor forma possível. Entretanto, mesmo quando se admite como prioridade o atendimento dos anseios dos trabalhadores, por melhorias na situação geral de trabalho, há necessidade de determinar quais fatores são exatamente mais importantes e qual ação os irão satisfazer mais rápida e adequadamente, pois a identificação desses fatores permitirá às empresas focalizar e concentrar esforços iniciais nos pontos críticos, buscando remover as causas mais agudas de insatisfação e evitando o desperdício de recursos com iniciativas de pouca repercussão imediata.

Por outro lado, o aumento de tamanho e de complexidade das organizações e o advento dos métodos de produção em massa, também, contribuíram para uma maior rigidez organizacional, levando a desumanização do trabalho (MORAES, 1989).

De modo geral, as formas de trabalho estão mudando e novas oportunidades estão emergindo no sentido de valorizar o potencial humano e capacitá-lo para o enfrentamento dos desafios que se apresentarão no futuro próximo. Tal situação tem obrigado muitas organizações à buscar outras alternativas de envolvimento da força de trabalho, assim como outras maneiras de organização do próprio trabalho, para que tanto os interesses do capital quanto os dos trabalhadores sejam atendidos, ou seja, alcançar produtividade e competitividade proporcionando qualidade de vida no trabalho (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

Portanto, parece fundamental que se realizem mais estudos sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) os quais sejam capazes de diagnosticar o grau das condições de trabalho em diferentes tipos de trabalho, sob o efeito de variáveis diversas, no sentido de fornecer subsídios às organizações que estejam abertas às mudanças as quais venham a contribuir para um melhor relacionamento entre o capital e o trabalho (MORAES, 1989).

Neste contexto, as pesquisas sobre Qualidade de Vida no Trabalho, baseada na sondagem de opinião dos trabalhadores sobre seu grau de satisfação quanto aos vários fatores que interferem na situação de trabalho, constitui-se em instrumento apropriado, pois fornece as informações e subsídios que as organizações necessitam para encaminhar, adequada e objetivamente, suas iniciativas de melhorias (LIMA, 1995).

Estudo realizado por Reibnitz Júnior (2003) sobre o perfil dos egressos do curso de graduação em odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e sua inserção no mercado

de trabalho observou, quanto a grau de satisfação com a profissão, que 10,9% se encontram muito satisfeitos, 41,1% satisfeitos, 43,2% parcialmente satisfeitos e 4,8% se encontram insatisfeitos.

Por outro lado, é importante se observar que as condições de trabalho do cirurgião-dentista se alteraram nas últimas décadas, tanto no setor público como no privado, em virtude da alta competitividade, mercados emergentes, clientes mais exigentes e alteração na organização temporal do trabalho, sendo que muitos profissionais que trabalham em seu consultório privado podem possuir condições bastante diferentes dos profissionais que trabalham nos serviços públicos de saúde onde, na grande maioria das vezes, os recursos são escassos e os equipamentos não atendem à requisitos ergonômicos. Assim, é preciso que os profissionais que trabalhem em serviços públicos de saúde estejam motivados e satisfeitos com seu trabalho, de modo que possam realizá-lo de forma apropriada e da melhor maneira possível, para satisfazer uma grande demanda por serviços de odontologia e que dependem exclusivamente desse setor para suprir suas necessidades de saúde em odontologia.

O objetivo geral do presente estudo é avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do cirurgião-dentista em serviços públicos de saúde, tendo como objetivos específicos:

- definir o perfil dos profissionais cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço de saúde pública municipal de Itajaí/SC;
- identificar quais os fatores que interferem na qualidade de vida no trabalho;
- proporcionar aos subsistemas de Gestão de Pessoas subsídios para projetos de melhoria de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do cirurgião-dentista; e
- fornecer subsídios às entidades de classe da categoria para o estudo e análise da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do cirurgião-dentista em serviços públicos de odontologia.

O presente estudo está estruturado em:

- Histórico dos Serviços de Saúde no Brasil e no Município de Itajaí – CAPÍTULO II;
- A Transformação do Trabalho Até os Dias Atuais: considerações sobre as condições de trabalho e sua evolução até os dias atuais, abordando aspectos do trabalho artesanal, Revolução Industrial e Pós-Revolução Industrial – CAPÍTULO III;

- A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): considerações para sua compreensão e alguns modelos para sua avaliação – CAPÍTULO IV;

- Estudo de caso, onde serão abordados aspectos sobre a instituição a ser pesquisada, a metodologia que será utilizada para o levantamento de dados, a metodologia estatística para o tratamento dos dados, os resultados e a discussão, bem como, algumas sugestões para a instituição – CAPÍTULO V; e

- Por fim, Considerações Finais e recomendações gerais - CAPÍTULO VI.

No presente trabalho por opção metodológica não se pretende abranger aspectos sobre motivação e satisfação profissional ou clima e cultura organizacional. Não que sejam aspectos secundários mas apenas que definem os limites do presente estudo. É importante salientar, também, que o presente trabalho deve ser compreendido no âmbito da organização e dos profissionais pesquisados e que análises mais generalizadas devem ser realizadas com cautela, observando os limites que um estudo de caso possibilita e do tipo específico de serviços oferecidos pelo setor saúde em geral e pela instituição em particular.

CAPÍTULO II - HISTÓRICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

A evolução das políticas de saúde no Brasil está vinculada ao contexto histórico, político e social do país. A economia brasileira na virada do século XX era essencialmente agrícola e as divisas necessárias para o crescimento do país advinham principalmente da exportação de produtos da agricultura, em especial o café e o açúcar (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

No período entre 1889 à 1930 o modelo econômico brasileiro era basicamente agrário-exportador direcionado para a monocultura. No plano político predominava a presença de oligarquias estaduais, como em São Paulo e Minas Gerais. Após a abolição da escravatura houve um aumento no número de imigrantes que permitiu a urbanização das cidades e conseqüentemente favoreceu o aparecimento de endemias e epidemias. Nesta época o país não contava com uma política médica institucionalizada, tendo o médico de família para atendimento individual, e a medicina caseira e a igreja para o coletivo.

Em função da disseminação das doenças na mão de obra assalariada, o governo se viu obrigado a criar programas e serviços de saúde pública. Esses programas são efetivados através do financiamento de missões de pesquisadores em grandes centros, com o intuito de buscar soluções para as condições da saúde nacional. Osvaldo Cruz, vindo do Instituto Pasteur, implementou a campanha da vacina obrigatória, que foi recebida com violenta reação contrária popular.

Foram tomadas as primeiras providências pelo então presidente Rodrigues Alves que, em 1902, lança o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana em São Paulo (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde se dão a partir de interesses puramente mercantis. As regiões que não tinham importância estratégica para a economia do país ficavam restritas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Não se podendo afirmar que se tinha uma política nacional de saúde pública com objetivos claros de melhorar as condições de vida da população (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

A substituição da mão de obra escrava pela mão de obra imigrante favorece o ingresso de ideologias anarquistas no país que possibilita a revolta contra a vacina da varíola em 1904, e inúmeras manifestações, protestos e greves que, em geral, reivindicam melhores condições de trabalho. Nesse primeiro momento a política de saúde no Brasil define-se por um estilo repressivo e violento de intervenção médica, estando associada à adesão obrigatória e à força policial. Em função dos movimentos sindicais atuantes foi criada, em 1923, a Lei Eloy Chaves, que é considerada um marco na história da Previdência Social (OLIVEIRA; SOUZA, 2000)

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) surgem entre 1923 e 1930 e funcionavam como uma espécie de seguro social. Por exemplo, tem direito àquele que paga contribuição e que garantiria certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente, a assistência médica. Como tinham caráter privado, ou seja, eram mantidas por empresas, ainda não se configuravam como iniciativas do Estado, muito embora os presidentes das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) fossem nomeados pelo Presidente da República e houvesse um interesse claro do governo na manutenção deste sistema (OLIVEIRA; SOUZA, 2000). Em relação à saúde bucal evidencia-se a inexistência de políticas públicas, havendo apenas movimentos isolados de caráter higienista.

No período entre 1938 à 1945 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias em todo país. Foram então definidas as áreas de atuação do governo na saúde, como o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), modelo semelhante ao norte americano, tendo como características ser caro e sofisticado, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais e visava principalmente assistência a trabalhadores recrutados para auxiliar na produção da borracha na Amazônia, que estavam sujeitos à malária.

No governo de Getúlio Vargas são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), que refletem uma tendência governamental protecionista e controladora. Com ampliação da assistência previdenciária, há a geração de recursos que serão empregados mais tarde em outros locais como a saúde e gerando, assim, o déficit previdenciário que está levando a falência da seguridade social no Brasil.

Enquanto as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) privilegiavam a assistência médica como um dos principais benefícios, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), já com a participação do governo e com uma política mais contencionista, privilegiavam a

previdência social, mantendo a assistência médica num segundo plano (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Na década de 50 houve a introdução do sistema incremental de atendimento, que utilizava parâmetros de planejamento aplicados em serviços estruturados. A proposta de atendimento odontológico que o sistema incremental apresenta, define uma metodologia de intervenção clínica calcada na recuperação dos dentes permanentes do indivíduo. Em 1951, é importante destacar a ocorrência das duas primeiras experiências de fluoretação de águas no Brasil, mais precisamente no Espírito Santo. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde (MS), referência importante, pois pela primeira vez as ações de saúde no Brasil têm uma estrutura própria.

Na década de 60 os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) possuem recursos suficientes para construir seus próprios hospitais. Concomitantemente, há um crescimento dos serviços médicos hospitalares contratados pelas empresas insatisfeitas com a assistência dos institutos surgindo, assim, as medicinas de grupo e os futuros convênios.

A partir do golpe de 1964 se reduzem as verbas destinadas à saúde pública, apesar da discurso oficial de que a saúde constituía um fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico. O Ministério da Saúde privilegia a assistência individual e não coletiva. Todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) são centralizados, no sentido de aumentar a regulação do estado sobre a sociedade e desmobilizar os opositores, constituindo um órgão único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) propicia o desenvolvimento do complexo médico-industrial e prioriza a terceirização. Neste contexto, se desenvolvem inúmeros convênios de hospitais e clínicas com o governo e um aumento do número de faculdades particulares de medicina no país, onde o ensino é desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e sofisticação tecnológica (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Em 1975 foi promulgada a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, que, na realidade, apenas reforçou a dualidade existente entre o Ministério da Saúde, com caráter normativo e assistência coletiva, e o Ministério da Previdência, com caráter de assistência individual.

A crise orçamentária no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), acentuada pelo aumento dos gastos, extensão da demanda, fraudes na terceirização da assistência médica privada e inexistência de fiscalização, vai culminar na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) em 1977, que constitui uma nova tentativa de

racionalização da previdência e uma crescente tendência à universalização e adoção do modelo de seguridade social, onde as ações relativas à previdência e a assistência médica ficam divididas.

O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) é, então formado pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) que como o próprio nome indica cuidava da parte financeira da previdência, e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica. O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) é o grande catalisador das ações de assistência médica no Brasil, continuando com a mesma política de privilegiar o setor privado. Passa a ser, então, difundido o discurso de que o aumento dos serviços através de convênios é tecnicamente a alternativa mais correta (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Esse modelo de prestação de serviços era extremamente perverso. Além de excludente, pois só tinha acesso ao serviço quem contribuía com a previdência, possuía características em sua prática que não guardavam nenhum compromisso com a melhoria dos níveis de saúde da população. Era um tipo de prática médica essencialmente curativista, centrada na técnica, privilegiando as ações de maior sofisticação tecnológica., sendo que esse tipo de prática médica, apesar de limitado na redução dos índices de morbi-mortalidade da população, gerava maiores lucros (OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

O início da década de 80, marcada pela busca de redemocratização do país, registra na área de saúde, a consolidação do entendimento de que saúde é a expressão da qualidade de vida de uma população geográfica e historicamente referenciada. Essa década viu surgirem o Conselho Nacional de Saúde Pública (CONASP), o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) e os convênios para estruturação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), tendo assistido, ainda a realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), da Nona Conferência Nacional de Saúde (1992) e a conquista, na constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), pela sociedade civil organizada e pelos constituintes.

O Conselho Nacional de Saúde Pública (CONASP) buscava o fim do modelo privatizante através da utilização prioritária de recursos públicos. Os Programas de Ações Integradas de Saúde (AIS) integravam os prestadores de serviço nomeados pelo Conselho Nacional de Saúde Pública (CONASP). Por outro lado, os municípios que tinham interesse em determinado programa se cadastravam por meio de convênios com o Ministério da Saúde e Previdência (ROSA ET AL, 1992).

Em 1986 é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual estabeleceu mudanças neste setor, consolidadas na reforma sanitária brasileira. Seu documento

final sistematiza um modelo reformador para a saúde, definida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, emprego, lazer e liberdade.

Em 1988 aprova-se a nova constituição brasileira, incluindo pela primeira vez uma seção sobre saúde, na qual é reconhecida como um direito a ser assegurado pelo Estado a todos os cidadãos, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (ROSA ET AL, 1992). A constituição incorpora os conceitos e propostas da VIII Conferência de Saúde, como Reforma Sanitária e Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado pelos princípios de universalidade para atender a todos, independente de que a pessoa pague ou não, equidade para tratar desigualmente os desiguais investindo mais onde a carência é maior, integralidade por considerar a pessoa como um todo atendendo a todas as suas necessidades (CAMPOS, OLIVEIRA JUNIOR, TONON, 1998; OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) como o próprio nome define é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de Governo: União, Estado e Municípios, e pelo setor privado contratado e conveniado, usando as mesmas normas do serviço público. Ainda, é único, isto é, tem a mesma doutrina e a mesma filosofia de atuação em todo território nacional e é organizado de acordo com uma mesma sistemática (CAMPOS, OLIVEIRA JUNIOR, TONON, 1998; OLIVEIRA; SOUZA, 2000).

O Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza em cada região ou município, segundo as características da realidade de cada um desses locais. De modo geral os distritos sanitários ou sistemas locais de saúde são estruturados segundo três diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Há, porém, unidades de saúde que, pelas suas características como tipos de equipamentos e tecnologia envolvida na assistência; alta especialização e qualificação dos recursos humanos, etc., desempenham um papel estratégico para todo país e até mesmo do exterior. São os chamados centros de excelência e podem ser classificados como se situando num quarto nível de atenção (ROSA ET AL, 1992).

As Normas Operacionais Básicas 01/91, 01/92, 93 (Brasil, 2000) e posteriormente a 96 (NOB/96, 1996), do Ministério da Saúde, foram editadas para normatizar as relações intra-governamentais e contemplou oportunidades e regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação e etapas progressivas para a transferência e gestão local de serviços, representando um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90 nas relações entre as diversas esferas governamentais. Normatiza, ainda, quatro situações transacionais para a gestão

do sistema de saúde nas esferas dos Municípios: o modelo de gestão incipiente, parcial, semi-plena e plena, habilitando-os progressivamente mas não necessariamente de forma seqüencial.

Para que um Município esteja habilitado ao modelo de gestão semi-plena é necessário que cumpra alguns pré-requisitos como, instituir o Conselho Municipal de Saúde, criar o Fundo Municipal de Saúde, bem como um sistema de prestação de contas dos recursos provenientes deste fundo, desenvolver um Plano Municipal de Saúde, elaborar o Relatório de Gestão para que sejam efetuadas auditorias por parte do nível central e incrementar sua capacidade gerencial através de recursos humanos capazes de planejar, avaliar e controlar os serviços de saúde públicos e os que forem contratados. Assim, os Municípios têm uma maior autonomia no gerenciamento das ações e serviços de saúde pela qual está referendado, dando maior responsabilidade aos profissionais das secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2000).

No curto período entre 1994 a 1997, 63% dos municípios brasileiros se habilitaram em algumas das situações de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que 144 municípios estão no modelo de gestão semi-plena, nos quais residem 17% da população brasileira e para onde incidem 24% dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde, destinados a assistência ambulatorial e hospitalar (COSTA; RIBEIRO, 1997).

Paralelamente, o município de Itajaí acompanha o desenvolvimento político e social brasileiro, bem como a evolução das políticas pública. O texto sobre a organização dos serviços de saúde no município de Itajaí foi extraído de Lopes (2001) e Lopes; Regis Filho (2003) e que é transcrito a seguir:

A cidade de Itajaí começa o seu desenvolvimento com a elevação da vila de Itajaí a condição de município em 4 de abril de 1859 porém, ocorrendo sua instalação solene somente em 17 de junho do ano seguinte. Entretanto, sua fundação histórica data de 1820 com a criação de duas sesmarias.

Os primeiros habitantes foram os portugueses, açorianos, alemães, italianos e africanos, seguidos pelos suíços, sírio-libaneses e japoneses. O primeiro estabelecimento de saúde foi, provavelmente, uma Botica, a Farmácia Cruz Coutinho, instalada à rua Lauro Muller, fundada em 1871 pelo Senhor Emílio Augusto da Cruz Coutinho, conhecido como Emílio Botica, nascido em Portugal em 1831 e falecido em Itajaí em 1925.

Em 1887 é inaugurado o Hospital Santa Beatriz que fora construído com o imposto da madeira exportada através do porto no município, sendo o primeiro hospital regional a ser instalado na região. Em 1923 já funcionava um Posto de Profilaxia Rural, órgão responsável pela prevenção e profilaxia das doenças endêmicas, principalmente a ancilostomose, a febre

tifóide, malária e o impaludismo, atendendo um número significativo de municípios da faixa litorânea do estado, então Província de Santa Catarina.

O Centro de Saúde de Itajaí foi instalado em 1938, operando até 1945, e prestando socorros médicos e medidas profiláticas que se fizessem necessárias. A partir de 1947, torna-se sede do segundo Distrito Sanitário do Estado de Santa Catarina que compreendia todos os municípios do vale do Itajaí e Camboriú.

Em 1983 o município de Itajaí assina o termo de adesão as Ações Integradas de Saúde (AIS), oportunizando o crescimento da rede ambulatorial e impulsionando o processo de participação de lideranças comunitárias e representantes institucionais através da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Itajaí.

A partir de 1996 o município de Itajaí passa para modalidade de gestão semi-plena, nos moldes da Norma Operacional Básica/93, sendo que atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí se encontra no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a modalidade de gestão plena dos recursos financeiros, humanos e de ofertas de serviços, de acordo com a Norma Operacional Básica/96. Representa, assim, um município pólo para ações de saúde em sua micro região de abrangência e, para tanto, mantém uma estrutura com serviços de referência e contra-referência hierarquizada, com atividades do nível I – atividades primárias, nível II – atividades secundárias e nível III – atividades terciárias de atenção em saúde. Isso significa que produz o atendimento básico nos postos de saúde, atendimento especializado nas policlínicas de saúde, unidades de referência para saúde da mulher e da criança, AIDS, hospital dia, bem como, contrata demais serviços e tem um hospital regional de médio porte, uma maternidade e um hospital infantil conveniados.

Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí ofertou, em 1999, um total de 1.458.287 procedimentos e discriminados na Tabela I.

Tabela I – Número de Procedimentos Realizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí - 1999

Procedimentos	Quantidade
Vacinas e procedimentos não médicos	633.166
Consultas médicas	309.118
Exames complementares	420.825
Atendimentos odontológicos	77.062
Terapias Complementares	18.116
TOTAL	1.458.287

Fonte: PMI (2003)

CAPÍTULO III - A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO ATÉ OS DIAS ATUAIS

A primeira teoria avançada para se explicar o desenvolvimento das civilizações antigas com organização sistemática do trabalho em uma larga escala foi elaborada no Estados Unidos pelo historiador e cientista político Karl Wittfogel. Ele acreditava que o desenvolvimento da irrigação em algumas áreas da Mesopotâmia e Egito conduziu a uma organização do trabalho, organização esta hierárquica. A irrigação aumentou o suprimento de comida, permitindo que um grande número de pessoas se aglomerasse nas vilas ou cidades (DURANT, 1963).

O núcleo básico do trabalho na agricultura no mundo antigo era a família, mesmo quando o Estado era dono da terra, as fazendas eram locadas para elas. A tecnologia e a natureza sazonal da agricultura também influenciaram a organização do trabalho.

Will Durant (DURANT, 1963) entende que a agricultura, embora gerasse civilização, conduziu não só à propriedade privada, mas também à escravidão, pois as comunidades caçadoras desconheciam a escravidão, sendo que as mulheres e os filhos dos caçadores bastavam para a realização do trabalho manual. Para o autor, a organização do trabalho se conserva frouxa sempre que o homem trabalha para si mesmo e a agricultura e a desigualdade dos homens levam ao emprego dos socialmente fracos pelos mais fortes. Foi provavelmente através de séculos de escravidão que a raça humana adquiriu suas tradições e hábitos de trabalho. Ninguém realizaria um trabalho duro e contínuo senão pelo temor de castigos físicos, econômicos e sociais. A escravidão fez parte da disciplina através da qual o homem se preparou para a indústria.

Embora os Egípcios, os Gregos e os Romanos, tenham utilizado avançadas técnicas na construção de monumentos, na rede de estradas, aquedutos, edifícios públicos, banhos públicos e faróis, dispondo de uma organização de materiais e homens, tendo uma divisão racional do trabalho entre os artesãos, não se pode ignorar a importância da escravidão, na força de trabalho dessas e outras civilizações da antiguidade.

Entretanto, tanto na alta Antiguidade, como no Feudalismo e na Renascença, o trabalho era precariamente organizado tendo no início um cunho especificamente pessoal. Os teares eram abastecidos fios por fios, pois anteriormente à Revolução Industrial, a fiação era executada através de rodas que eram movidas a mão e comumente no próprio domicílio.

Certas indústrias que eram pequenas no início da Idade média, no seu final ficaram maiores com alterações simultâneas na organização do trabalho. A mais importante destas era a indústria de tecidos de lã. Florença, na Toscana, tornou-se importante centro produtor de tecidos de lã, e ao longo do rio Arno viam-se inúmeras rodas d'água que forneciam energia para as manufaturas e grandes depósitos onde eram estendidas as peças de lã para secar (CAMUSSO, 1990).

A Revolução Industrial foi precedida de um grande período até a Idade Média em que o produtor exercia por conta própria um ofício manual utilizando ferramentas de sua propriedade, assistido por um número muito pequeno de “companheiros” e “aprendizes”. Estes artesãos eram não apenas os prestadores de pequenos serviços, como sapateiros, engraxates, pintores de paredes e outros do mesmo nível, como artistas, escultores, pedreiros, etc. Já na Idade Média, tais trabalhadores passaram a integrar corporações, que é a forma de organização pelo gênero de trabalho em que se agrupavam, como instrumento de defesa contra a concorrência crescente dos servos que afluíam às cidades vindos dos feudos (DOREN, 1992).

As primeiras corporações apareceram em Bizâncio, no século IX e na Itália, no século X. Somente os membros da corporação tinham o direito de exercer a profissão e somente os mestres eram membros de pleno direito das corporações. Para chegar a mestre era necessário entrar como aprendiz, trabalhar vários anos como jornaleiro (jornadas diárias). O mestre tinha sob suas ordens vários jornaleiros, também chamados companheiros e um certo número de aprendizes. Dessa maneira, as corporações praticavam um rígido controle da produção, fixavam a duração da jornada de trabalho, o número de jornaleiros e de aprendizes que cada mestre poderia ter, a qualidade das matérias primas e dos artigos acabados, assim como os preços e o acesso de todos à matéria-prima (CAMUSSO, 1990).

Inicialmente, as corporações ajudaram o desenvolvimento das profissões nas cidades. Entretanto, com o crescimento do mercado e da produção mercantil, os mestres foram perdendo as características de patriarcas e dificultando a ascensão de seus jornaleiros. As corporações passaram, então, a entrar o desenvolvimento da técnica. Surgindo para defesa do trabalho, as corporações transformavam-se em organizações de defesa de mercado contra o aparecimento de concorrentes que seriam os novos mestres. Tal fato propiciou o surgimento de organizações secretas de jornaleiros e que eram perseguidos com violência pelas corporações e pelas autoridades (DURANT, 1963).

Não só para exercer uma profissão era necessário pertencer a uma corporação. Quando sua influência política cresceu, essa condição foi exigida para o exercício dos ofícios públicos e até para obtenção de cidadania.

Por outro lado, a proliferação das indústrias durante o período que precede a Revolução Industrial no século XVIII, originou-se de quatro fatores: o crescimento da riqueza que, em parte, originava-se do influxo de metais preciosos provenientes do Novo Mundo; o crescimento da demanda ou de mercados; a introdução de novos produtos no mercado e o desenvolvimento de novas tecnologias (DURANT, 1963).

No início do século XVIII houve uma grande mudança nos processos industriais. A população mundial crescia aceleradamente, sendo que mão-de-obra tornava-se abundante. O mercado consumidor estimulava a produção em grande escala e induzia o aprimoramento tecnológico. A Inglaterra detinha hegemonia tecnológica e com as conquistas coloniais e o domínio dos mares, os ingleses tinham o indispensável para ativar suas indústrias, ou seja, o mercado consumidor e o transporte, sendo que nesse contexto é que surgem as primeiras preocupações com a racionalização da produção e com o comportamento do trabalhador diante de sua tarefa, pois o trabalhador tinha uma vida no trabalho, onde suas necessidades básicas não eram consideradas (RODRIGUES, 1995).

Nesta época os artesãos, que tinham conhecimento de todo o processo de produção, perdem a sua importância, e começa a ser introduzido o trabalho segmentado, no qual cada trabalhador tem uma tarefa particular a fazer. Executa-a repetidamente e em consequência se torna perito nela. Isso poupa tempo e acelera a produção, no entanto, a qualidade de vida no trabalho piorou, pois antes eles ganhavam o suficiente para uma vida decente e agora devido à competição das mercadorias feitas pela máquina, viram-se prejudicados (HUBERMAN, 1986).

Para Huberman (1986), as máquinas que podiam ter tornado mais leve o trabalho, na realidade o fizeram pior. Eram tão eficientes e para seus donos representavam tamanho capital que não podiam parar, ou seja, tinham de trabalhar continuamente. Além disso, o proprietário inteligente sabia que arrancar tudo da máquina o mais depressa possível era essencial, pois com as novas invenções elas podiam tornar-se logo obsoletas.

O sistema fabril, com suas máquinas movidas a vapor e a divisão do trabalho podia fabricar produtos com muito mais rapidez e menor custo do que os trabalhadores manuais. Na competição entre trabalho mecanizado e trabalho manual, a máquina tinha que vencer, derrotando milhares de pequenos mestres fabricantes independentes e eram donos dos instrumentos do meio de produção. Esses decaíram à situação de jornaleiros, ou seja, trabalhando por salário. Nesta época os fiandeiros de uma fábrica próxima de Manchester trabalhavam 14 horas por dia numa temperatura de 26 a 19° C, sem terem a permissão de mandar buscar água para beber. Quando conquistaram o direito de trabalhar em dois turnos de 12 horas, os trabalhadores consideraram tal modificação como uma bênção (HUBERMAN, 1986).

Por outro lado, Smith (1794) estabeleceu as principais definições da então incipiente sociedade capitalista: a divisão do trabalho, as classes sociais, a relação entre o valor e o trabalho para uma mercadoria, considerações sobre tributação, etc., sendo, também, um dos grandes incentivadores da racionalização da produção. A especialização das etapas da produção foi vista pelo autor como eficiente meio para maior destreza do trabalhador e a minimização do tempo de produção. Segundo o sistema formulado pelo autor, o maior progresso observável então na economia era a divisão do trabalho, que tanto quanto possa ser introduzida, ocasiona em toda técnica um proporcional aumento das forças produtivas do trabalho. Os especialistas assim formados, apesar de se transformarem em pessoas embrutecidas, aumentarão a produtividade e farão melhores ferramentas.

A eficiência da produção continuou sendo muito questionada no século XIX. No entanto, mesmo sem afetar a prática dos processos produtivos, o trabalhador passou a ser motivo de preocupação e questionamento. A motivação econômica, a melhoria do ambiente de trabalho e a monotonia com a especialização, fatores que afetavam diretamente a vida do trabalhador no local de trabalho, passavam a ser teorizados timidamente em algumas poucas empresas e considerados de forma prática (RODRIGUES, 1995).

No final do século XIX o mercado existia, bem como a expectativa para o consumo de produtos industrializados. A produtividade era baixa, sendo a mão de obra não especializada, porém abundante e barata (RODRIGUES, 1995). Esse o quadro que Frederico Winslow Taylor (TAYLOR, 1987) encontra para a aplicação de suas idéias sobre produtividade e produção. O autor afirmava serem os homens indolentes e preguiçosos no trabalho. A causa seria uma tendência ou instinto nativo de fazer o menor esforço, o que chamava de indolência natural. Acreditava ser uma tendência do homem comum em todos os atos de sua vida trabalhar devagar e comodamente.

Taylor (1987), a partir de métodos empíricos, estabeleceu e compôs técnicas para uma administração voltada para a produção individual, como base para um maior e melhor desempenho global da indústria. O autor introduziu conceitos de racionalização do trabalho que podem ser resumidos em 4 etapas:

- a) desenvolver para cada elemento do trabalho individual uma ciência que substitua os métodos empíricos;
- b) selecionar cientificamente, depois treinar, ensinar e aperfeiçoar o trabalhador que no passado escolhia seu próprio trabalho e treinava a si mesmo como podia;

c) cooperar cientificamente com os trabalhadores para articular todo trabalho com os princípios da ciência que foi desenvolvida; e

d) manter divisão eqüitativa de trabalho e de responsabilidades entre a direção e o operário, onde a direção incumbe-se de todas as atribuições, para as quais esteja mais bem aparelhada que o trabalhador, ao passo que no passado quase todo trabalho e a maior parte das responsabilidades pesavam sobre o operário.

Com os princípios de Taylor (1987), ou seja, a divisão do trabalho em tarefas simples e previamente definidas, a utilização da mão-de-obra não especializada passaram a ser amplamente possíveis e viáveis. Assim a indústria assumiu o controle do processo produtivo e pode aumentar substancialmente sua produtividade e produção, utilizando-se da mão-de-obra do trabalhador não especializado. Os capitalistas podiam fazer como bem quisessem com as coisas que lhes pertenciam. Não distinguiam as mãos e as máquinas. Como as máquinas representavam um investimento, e os homens não, preocupavam-se mais com as condições das primeiras. Pagavam os menores salários possíveis, ou seja, buscavam o máximo de força de trabalho pelo pagando o mínimo necessário (HUBERMAN, 1986).

De acordo com Taylor (1987) o trabalhador deve ser estudado como uma unidade isolada e que os principais fatores que afetavam a sua eficiência eram: perda de tempo com ações improdutivas, cansaço, defeitos no ambiente físico como luminosidade excessiva, etc.

Taylor (1987) valorizou o trabalhador e lhe deu condições de ganhar proporcionalmente a sua produção, no entanto a forma racional de execução das tarefas, apresentadas pelo taylorismo, levou o trabalhador a um desgaste físico e psíquico quase desumano. Os valores introduzidos por Taylor (1987) aparentemente proporcionaram ao trabalhador, na época, uma melhor qualidade de vida no trabalho e servindo de base para o atual estudo do comportamento humano no trabalho. Logo não podemos desprezá-los ao analisar a qualidade de vida no trabalho.

Foi no modelo proposto pelo taylorismo que surgiram dois tipos de trabalhadores que até hoje estão na grande maioria das empresas: os que detêm o controle do que e como deve ser feito e os que devem seguir as regras que lhes são colocadas, sem poder ser criativos e inteligentes (SILVA, 1995).

Após a revolução proposta por Taylor (1987), na qual os trabalhadores ficaram sujeitos a condições subumanas, inicia-se uma preocupação com as pessoas. Surgem diversas escolas ou movimentos em oposição e combate às teorias de Taylor, cuja hegemonia cobria as três primeiras décadas do século XX, como a Escola das Relações Humanas e a Escola Comportamentalista. Cada uma dessas teorias ou escolas surgiu como uma resposta aos

problemas empresariais mais relevantes de sua época e, neste aspecto, todas elas foram bem sucedidas ao apresentar soluções específicas para tais problemas.

A partir de 1945, com Joseph Moses Juran e Willians Edwards Deming e da segunda metade do século XX, com Peter Ferdinand Drucker, Kaoru Ishikawa, Douglas McGregor e Amitai Etzioni, chegou-se à qualidade total, just in time, série ISO, motivação, desenvolvimento gerencial, tornando definitivamente o trabalho moderno baseado em padrões de produtividade (REGIS FILHO, 2000).

Por outro lado, a partir da década de 70 começam a surgir os primeiros estudos mais consistentes sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no trabalho e diversos autores, como Walton (1973), Hackman & Oldham (1975), Westley (1979), Davis & Werther (1983) e Nadler & Lawler (1983), se preocupam em oferecer referenciais para a aferição e formas de investigação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) .

CAPÍTULO IV - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Os impactos da organização do trabalho sobre o indivíduo estão associados também aos efeitos de determinadas condições físicas, químicas e biológicas, presentes nos postos de trabalho. Em outras palavras, a forma como está organizado o trabalho e as condições em que ele é executado determinam um tipo de desgaste para o trabalhador (LADEIRA, 1996).

Apesar do termo “Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)” só ter aparecido na literatura há algumas décadas, a preocupação com a satisfação do trabalhador e sua produtividade não são fatos recente, existindo registros de tentativas de melhoramento das formas de realização do trabalho desde os primórdios da humanidade (MORAES, 1989).

Não podemos desprezar, por exemplo, os ensinamentos de Euclides de Alexandria sobre os princípios de geometria, 300 anos a.C. e que foram aplicados para melhorar o método de trabalho dos agricultores à margem do Nilo ou a “Lei das Alavancas” de Arquimedes, que em 287 anos a.C. veio diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores (RODRIGUES, 1995).

Com o advento da Revolução Industrial e a sistematização dos métodos de produção, a preocupação com as condições de trabalho e a sua influência na produção e moral do trabalhador passou a ser estudada de forma científica (MORAES, 1989). Nesta época diversos atos trabalhistas foram instituídos como por exemplo o estabelecimento jornada de 40 horas semanais, leis sobre o trabalho infantil, compensações trabalhistas que protegem o trabalhador de acidentes de trabalho e acabam com algumas condições insatisfatórias de trabalho (WALTON, 1973).

No início dos anos 20, surgiram as primeiras preocupações científicas sobre a influência das condições físicas do local de trabalho na produtividade industrial (RODRIGUES, 1995). O primeiro experimento, na tentativa de correlacionar as duas variáveis, ocorreu entre 1924 e 1927 na “Western Electric Company”. Tratava-se de uma empresa bem progressista com planos de pensões, benefícios no caso de doenças e numerosas facilidades recreacionais entre outros (BROWN, 1972).

O progresso rápido dos anos 30 e 40, caracterizado pela conscientização dos trabalhadores e pelo rápido crescimento do movimento sindical teve sua ênfase no direito e na segurança de emprego e em melhores salários. Estes progressos estimularam cientistas e

dirigentes de empresas a reforçar estudos e pesquisas no sentido de se identificar fatores do trabalho que estariam afetando a satisfação e a produtividade do trabalhador (WALTON, 1973; MORAES, 1989).

Por outro lado, é na Inglaterra nos anos 50 que surgem as primeiras teorias que associavam o indivíduo, sua satisfação e a tarefa que executava, com o nome de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (HONÓRIO; MARQUES, 2001). Nesta época existia uma relação entre moral e produtividade que melhorou as relações humanas (WALTON, 1973).

Os anos 60 apresentaram a sociedade vivendo uma convulsão social, diante dos questionamentos ao funcionamento de suas estruturas. Esse contexto tornou o indivíduo mais consciente, aumentando a necessidade de igualdade de oportunidades de emprego e o número de empregos, favorecendo o desenvolvimento de estudos iniciados na década anterior nos Estados Unidos e Inglaterra e denominados de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (WALTON, 1973; RODRIGUES, 1995).

Os estudos sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) continuaram evoluindo, mas em meados da década de 1970 verificou-se uma desaceleração em virtude de problemas econômicos da época. As organizações tinham suas atenções desviadas para a alta inflação e a substituição do petróleo e que até 1974 era uma fonte de energia de baixo custo (RODRIGUES, 1995).

O ano de 1974 é como um marco no desenvolvimento da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), caracterizando-se pela crescente preocupação de cientistas, líderes sindicais, empresários e governantes, com as maneiras de como influenciar a qualidade das experiências do trabalhador num determinado emprego (NADLER; LAWLER 1983). Os programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) ressurgiram a partir dos anos 80, passando a Europa e os Estados Unidos a ocupar, cada vez mais, lugar de destaque nos estudos sobre o tema (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

Segundo Nadler; Lawler (1983) no período de 1979/1983 a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é vista como um conceito global e como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e produtividade.

No Brasil, da década de 1980 em diante, várias pesquisas foram realizadas abordando o tema e envolvendo gama variada de categorias profissionais e ocupacionais de áreas da construção civil, da educação, da saúde, dos ramos imobiliário e financeiro, de prestação de serviços etc. (FERNANDES; GUTIERREZ, 1988, MACEDO, 1993).

4.1 O Trabalho e Sua Relação com a Qualidade de Vida

Em quase todas as línguas o vocabulário trabalho provém de uma raiz que indica algo penoso ao homem. Para o grego a execução do trabalho não prazeroso era expressa pelos termos *ponos*, que indica um grande esforço; *kámatos* que designa ocupação exigindo capacidade e esforço intelectual e *kopos* que quer dizer esforço corporal e extenuante. *Ergon*, étimo que vem compor *ergonomia*, já não guarda este sentido penoso podendo ser traduzido como obra, produto ou trabalho que traz prazer .

No latim distingue-se entre *opus*, que significa a obra e labor, designando esforço, sofrimento. A palavra *labor*, por sua vez deriva do verbo *labo* que quer dizer vacilar sobre grande peso e sofrer uma grande dor. A origem da palavra trabalho é relacionada também com os vocábulos *tribulum* (atribulação), *trabs* (obstáculo) e *tripaliere* originada de *tripalium* (instrumento de tortura dos escravos e réus de determinados crimes).

No espanhol emprega-se a expressão *laborar* e *trabajar*; na língua francesa, *travail* significa moléstia. Em português temos o termo *labuta*, que também está impregnado deste sentido de pena, sacrifício (BONFATTI, 2000). Apesar do significado do trabalho estar na maioria das vezes associado ao sofrimento, ele é de suma importância para a vida, e também para que os homens se sintam úteis (BROWN, 1972).

O trabalho humano, quando executado sob condições insalubres ou inseguras, tem efeito direto sobre o bem-estar físico e psíquico do homem, motivo pelo qual muitos pesquisadores e profissionais ligados à questão da saúde e do trabalho humano estão interessados em investigar as formas mais sutis com que o trabalho vai de encontro ao funcionamento psíquico do indivíduo (LADEIRA, 1996).

Os motivos para se trabalhar não estão somente correlacionados às necessidades econômicas, pois muitas vezes os homens continuam a trabalhar mesmo não tendo nenhuma necessidade econômica. Por exemplo: em um grupo de fábricas em Londres três homens ganharam uma grande quantia em dinheiro que seria suficiente, se bem investido, para viverem confortavelmente para o resto de suas vidas, no entanto após um pequeno período de ócio eles retornaram para seus respectivos trabalhos (BROWN, 1972).

O trabalho representa um valor importante nas sociedades ocidentais contemporâneas, exercendo uma influência considerável sobre a motivação dos trabalhadores, assim como sobre sua satisfação e sua produtividade. Compreender os sentidos do trabalho hoje é um desafio importante para os administradores, tendo em vista as múltiplas transformações que têm atingido as organizações e o mundo do trabalho. A organização do trabalho deve oferecer aos

trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e de desenvolver suas competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar (MORIN, 2001), pois a busca desenfreada pela qualidade e competitividade e sua crescente intensificação do trabalho podem trazer conseqüências para a saúde dos trabalhadores (OLIVEIRA, 1997).

Por outro lado, é no trabalho que as pessoas têm condições de descobrir suas potencialidades de crescimento como ser humano, de valorizar-se e desenvolver auto-estima. Toda pessoa deve contribuir para sua própria qualidade de vida no trabalho, adotando posturas saudáveis diante da vida e da organização (REGIS; LOPES, 2001).

Segundo Brown (1972) o trabalho é uma parte essencial da vida do homem, pois este aspecto dá a ele status e promove vida social e que são fatores importantes para o sentimento de bem estar pessoal.

A insatisfação no trabalho e a desmotivação causam preocupação nos pesquisadores e administradores. É um problema que afeta muitos trabalhadores, independente da posição ou status que possuem na organização (BÚRIGO, 1997).

O trabalhador pode apresentar problemas de alienação e perda do significado do trabalho, o que pode causar o surgimento de alguns indicadores bastante evidentes da deterioração da qualidade de vida tais como: aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda de contato do homem com a natureza e até depredação da mesma (RODRIGUES, 1995).

O trabalhador deve saber no que especificamente consiste o seu trabalho e deve trabalhar em uma área na qual ele seja livre para utilizar sua própria iniciativa (BROWN, 1972), pois ele não é capaz de se transformar em um cidadão de alta produtividade simplesmente ao passar pelo portão da fábrica, por estar à frente de um espetacular parque industrial e/ou estar inserido em uma organização do trabalho identificada como moderna ou avançada. Este trabalhador, por exemplo, pode estar se alimentando mal, morando precariamente e tendo à disposição um fraco sistema de saúde, deve ser contemplado por estudos de produtividade que observem o ambiente social como um todo. Este, seguramente, é um caminho para buscar a melhoria da saúde do trabalhador (SILVA, 1995).

O empregado deve ser visto como ser humano, com necessidades econômicas e também de ordem social e psicológica, pois a alienação no trabalho pode trazer problemas sociais, refletidos em comportamentos do tipo: alcoolismo, sabotagem, absenteísmo, rotatividade, paralisações, greves, operações tartaruga, etc. (FERNANDES; GUTIERREZ, 1988). A missão de uma organização não é apenas produzir bens e serviços com alto padrão de qualidade, mas

também integrar os indivíduos em atividades cada vez mais produtivas e que os satisfaçam profissionalmente (FRENZEL, 1993).

Deve-se levar em consideração que o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas e que integram a sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características várias e pessoais (DEJOURS, 1994).

As empresas enfim perceberam que o recurso mais significativo que elas têm, o grande triunfo para serem competitivas, são seus seres humanos. Por outro lado, os empregados começaram a querer um ambiente de trabalho mais saudável, sendo que esse passou a ser um fator importante no recrutamento e na retenção de talentos (KARCH, 1995).

As organizações com mais consciência da necessidade de um quadro eficiente começaram a impor algumas restrições na contratação de profissionais. Entre optar por um indivíduo fumante, com as mesmas qualificações de um não-fumante, a preferência invariavelmente recai sobre o segundo. O mesmo ocorria, por exemplo, com as pessoas obesas, com problemas cardíacos ou as que eram sedentárias. Logo é importante salientar que um programa de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pode trazer para a empresa itens como: maior produtividade e menor absenteísmo; do lado do funcionário pode-se destacar uma considerável melhora na educação nutricional e menores riscos cardíacos (NEVES, 1994).

Atualmente nas organizações é fundamental que os trabalhadores se afastem das formas taylorizadas de produção, pois a separação do trabalho que essa forma propõe vem no sentido contrário aos interesses do trabalhador como ser humano, que necessita e gosta de usar sua inteligência e criatividade (SILVA, 1995). Assim, assume importância que os trabalhadores participem nas decisões da organização. No Brasil, a questão da participação dos trabalhadores nas decisões das empresas, no que diz respeito às leis está restrita ao que consta na Constituição de 1988.

Por outro lado, existe uma cisão entre o trabalho e a vida, no sentido de que estamos cada vez mais preocupados com a qualidade da nossa vida no trabalho, mas não temos maiores preocupações com a vida do homem ou da mulher e que vai além das mais ou menos quarenta horas semanais de trabalho ou dos quarenta ou cinquenta anos de suas vidas. Comparativamente ao trabalho, a vida em si é deixada de lado, como um tópico para a medicina, a ecologia ou outras disciplinas (SIEVERS, 1997).

4.2 Algumas Considerações Para a Compreensão da Qualidade de Vida no Trabalho

As investigações sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) advém, basicamente, de preocupações ligadas a satisfação dos indivíduos em seu ambiente de trabalho e, conseqüentemente, das teorias motivacionais. Pode-se dizer que desde os primórdios da administração pesquisa-se a respeito do porque o homem trabalha e o que o faz trabalhar mais e melhor (TANNHAUSER, 1994).

Inicialmente, deve-se salientar que sob o título genérico de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) se encontram programas, estudos e pesquisas que visam integrar o homem ao seu trabalho e que devem propiciar um ambiente de maiores satisfação e motivação para o desempenho superior do trabalhador em sua função e na realização de sua tarefa (MACEDO, 1993).

A renovação das organizações por meio da melhoria da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é uma exigência da sociedade a partir da década de 1990, sendo necessário o estabelecimento de critérios apropriados para a avaliação do nível de qualidade de vida nas organizações. Contudo, não é suficiente a decisão de melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) nas empresas. É importante a identificação de fatores e critérios que sustentem a formulação de modelos de projetos de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (FERNANDES; GUTIERREZ, 1988; FERNANDES, 1988). Assim, não se podem dissociar as condições de saúde dos trabalhadores das formas de gestão da empresa, devendo os programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) serem avaliados a partir de critérios estabelecidos ou de indicadores conhecidos (REGIS FILHO; LOPES, 2001).

A adoção de programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e promoção da saúde proporciona ao indivíduo maior resistência ao estresse, maior estabilidade emocional, maior motivação, maior eficiência no trabalho, melhor auto-imagem e melhor relacionamento. Por outro lado, as empresas seriam beneficiadas com uma força de trabalho mais saudável, menor absenteísmo, menor número de acidentes, menor custo de saúde assistencial, maior produtividade, melhor imagem e, por último, um melhor ambiente de trabalho.

As abordagens sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) apresentam-se como uma proposta de humanização do trabalho que visa tratar de aspectos do ambiente ocupacional com o intuito de proporcionar satisfação ao empregados e aumentar a produtividade da empresa (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) poderia ser conceituada como uma experiência de humanização do trabalho, por meio da qual uma organização para alcançar ganhos de

produtividade e excelência empresarial, procura satisfazer os seus membros criando condições de trabalho que ofereçam: cargos produtivos e satisfatórios: atividades significativas e desafiadoras: sistemas de recompensa inovadores: informações compartilhadas: feedback constante: possibilidades de participação nas decisões e na solução de problemas: e oportunidades de realização pessoal e profissional (HONÓRIO; MARQUES, 2001).

Um bom lugar para se trabalhar é extremamente importante para se obter uma elevada Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), pois ela é a medida pela qual os membros de uma organização têm condição de satisfazer suas importantes necessidades, através de suas experiências de trabalho (CAPOBIANCO, 1986).

Fernandes; Gutierrez (1988) afirmam que embora as expectativas dos trabalhadores cresçam em proporção inversa às das tecnologias gerenciais, e que essa relação produza alienação e insatisfação no trabalho, aspectos relacionados a um sistema de compensação justo, ao crescimento na carreira, à participação nas decisões, à estimulação da criatividade e ao feedback sobre desempenho, os quais normalmente são enfatizados pelos programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), podem se refletir positiva e decisivamente na qualidade de vida do trabalhador.

Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) envolve diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano, além de um conseqüente aumento na produtividade da empresa (FRANÇA; ALBUQUERQUE, 1998; HONÓRIO; MARQUES, 2001).

Segundo Búrigo (1997) a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) busca humanizar as relações de trabalho na organização, mantendo uma relação estreita com a produtividade e principalmente com a satisfação do trabalhador no seu ambiente de trabalho. Está associada ao bem-estar, à saúde e à segurança do trabalhador.

Para Walton (1973) a expressão Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é empregada para designar experiências inovadoras realizadas na tentativa de resgatar “valores ambientais e humanísticos negligenciados pelas sociedades industrializadas em favor do avanço tecnológico, da produtividade industrial e do crescimento econômico”.

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) também pode ser entendida como resultante direta da combinação de diversas dimensões básicas da tarefa e de outras dimensões não dependentes diretamente da tarefa capazes de produzir motivação e satisfação em diferentes níveis ou ainda como um bem estar relacionado ao emprego do indivíduo (WALTON 1973; WESTLEY, 1979). No entanto, só é alcançada com a realização do homem como um todo, pois

não se esgota no ambiente de trabalho mas depende de habitação, de transporte, de alimentação, de vida familiar, de liberdade política e de auto-realização. (QUELHAS; MORGADO, 1993).

Segundo Moraes (1989) Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) mais do que um conjunto de instrumentos e técnicas é uma postura nova diante do trabalho, que busca essencialmente preservar a saúde da organização. A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pode e deve ser utilizada como uma proposta de humanização do trabalho e equilíbrio dos interesses entre empregados e empregadores.

Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) também pode ser considerada como uma compreensão abrangente e comprometida sobre as condições de vida no trabalho, incluindo aspectos de bem estar, garantia à saúde e segurança física, mental e social e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso da energia pessoal; é o encontro de várias áreas, dentro e fora da empresa (LIMONGI, 1995).

Para França (1997) Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é o conjunto das ações de uma empresa e que envolvem a implantação de melhorias e inovações tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas durante o trabalho na empresa”.

De acordo com Fernandes (1988) o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é, de certa forma, abrangente, englobando as melhorias das condições de trabalho decorrentes dos movimentos sindicais e atos legislativos que visam proteger o empregado e propiciar-lhe melhores condições de vida, mas inclui ainda o atendimento de necessidades e aspirações humanas.

Para Sucesso (1998), pode-se dizer de maneira geral que a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) abrange:

- Renda capaz de satisfazer às expectativas pessoais e sociais;
- Orgulho pelo trabalho realizado;
- Vida emocional satisfatória;
- Auto-estima;
- Imagem da instituição junto à opinião pública;
- Equilíbrio entre trabalho e lazer;
- Horários e condições de trabalho sensatos;

- Oportunidades e perspectivas de carreira;
- Possibilidade de uso do potencial;
- Respeito aos direitos;
- Justiça nas recompensas

Por outro lado, muitas interpretações para Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) podem ser dadas, desde o foco médico da ausência de doenças da pessoa, até as exigências de recursos, objetos e procedimentos que atendam demandas coletivas em determinada situação compondo amplos programas de qualidade de vida no trabalho. Nesse contexto diversas ciências têm dado contribuições específicas, destacando-se entre elas (FRANÇA; ALBUQUERQUE, 1998; LIMONGI, 1995):

1. Saúde - nessa área a ciência tem buscado preservar as integridades física, mental e social do ser humano e não apenas atuar sobre o controle de doenças, gerando avanços biomédicos e maior expectativa de vida;

2. Ecologia - vê o homem como parte integrante e responsável pela preservação do ecossistema dos seres vivos e dos insumos da natureza;

3. Ergonomia - estuda a adaptação do trabalho ao ser humano;

4. Psicologia - Juntamente com a filosofia, demonstra a influência das atitudes internas e perspectivas de vida de cada pessoa em seu trabalho e a importância do significado intrínseco das necessidades individuais para seu envolvimento com o trabalho;

5. Sociologia - resgata a dimensão simbólica do que é compartilhado e construído socialmente, demonstrando as implicações de quem influencia e de quem é influenciado nos diversos contextos culturais e antropológicos da empresa;

6. Economia - enfatiza a consciência de que os bens são finitos e que a distribuição de bens, recursos e serviços deve envolver de forma equilibrada a responsabilidade e dos direitos da sociedade;

7. Administração - procura aumentar a capacidade de mobilizar recursos para atingir resultados, em ambiente cada vez mais competitivo; e

8. Engenharia - elabora formas de produção voltadas para flexibilização da manufatura, armazenamento de materiais, uso da tecnologia, organização do trabalho e controle de processos.

É importante salientar que toda pessoa pode contribuir decisivamente para a sua própria Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), dependendo de suas posturas diante da vida e do seu

próprio trabalho. O indivíduo deve se identificar com a tarefa que ele está realizando, para que ela de sentido ao trabalho, gerando assim uma alta motivação e satisfação, além de serviços de alta qualidade (CAPOBIANCO, 1986).

A tecnologia de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) refere-se a esforços no sentido de melhorar ou humanizar a situação do trabalho, orientados por soluções mais adequadas em pesquisas e estudos que visem à reformulação e condições negativas dos cargos, tornando mais produtivos em termos de empresa e mais satisfatórios para os executores (FERNANDES; GUTIERREZ 1988), pois hoje a tendência é de melhoria quanto à valorização do homem e a lhe atribuir a condição de cidadania quanto ao aspecto de negociação empresa/ mão-de-obra (QUELHAS; MORGADO, 1993).

Caso sejam necessárias algumas melhorias nas condições de trabalho elas não devem se restringir apenas a questões de higiene, limpeza e maior organização nos locais de trabalho, mas devem contemplar pontos fundamentais para a saúde dos trabalhadores como exposição à poeira, ruídos, temperatura elevada, precária iluminação (OLIVEIRA, 1997).

Vários são os tópicos que podem ser levados em consideração quando se estuda Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), como: compensação adequada e justa (salário, jornada de trabalho), condições de trabalho (ambiente, salubridade), uso e desenvolvimento de capacidades (autonomia, estima, capacitação múltipla, informações sobre o trabalho), oportunidade de crescimento e segurança (carreira, desenvolvimento pessoal e estabilidade no emprego), integração social na organização (ausência de preconceitos, habilidade social, valores comunitários), cidadania (direitos garantidos, privacidade, imparcialidade), trabalho e espaço total de vida (liberdade de expressão, vida pessoal preservada, horários previsíveis), relevância social do trabalho (imagem da empresa, responsabilidade social da empresa) (LIMONGI, 1995).

Melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores é, uma alternativa que certamente gerará benefícios não só para a organização, como para a vida de seus membros (MORAES, 1989).

Zorzi (1991) afirma que a busca da qualidade, tanto no trabalho quanto na vida, coloca todos em xeque. Empresas e trabalhadores precisam estar aptos a cumprir os compromissos nesse processo em que a área de Gestão de Pessoas tem função essencial. Segundo a autora, as empresas precisam investir no fortalecimento do indivíduo, para que ele lide satisfatoriamente com a pressão que não é passível de ser eliminada ou reduzida.

Levando-se em consideração o tópico de compensação adequada e justa, é importante salientar que remuneração dos funcionários deve ser composta de um salário compatível com o mercado e com incentivos ligados a desempenhos individuais e resultados do negócio (ZORZI, 1991).

É possível diagnosticar com alguma clareza o impacto de determinadas variáveis da cena do trabalho sobre o bem-estar do indivíduo. Torna-se cada vez mais evidente a relação entre as doenças físicas e psíquicas dos trabalhadores e a sobrecarga que as exigências do meio lhes impõe. Não há como negar que determinadas características físicas, químicas e biológicas do ambiente ocupacional, bem como dos instrumentos, das máquinas e dos postos de trabalho, interferem de forma objetiva na determinação da saúde ou da doença entre os trabalhadores (LADEIRA 1996).

A insatisfação com a vida no trabalho é um problema que afeta muitos trabalhadores. A frustração comum nos trabalhadores desencantados como a sua vida no trabalho pode custar perdas tanto para o indivíduo como para a organização.

4.3 Modelos de Qualidade de Vida no Trabalho

Diversos autores da área do comportamento organizacional se preocuparam em oferecer referenciais para a aferição da motivação e satisfação no trabalho e as formas de investigação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), sendo que algumas propostas consideradas mais importantes serão relacionadas a seguir:

a) Modelo de Walton

Walton (1973) na sua proposta aborda este problema definindo os critérios principais ou categorias de análise para a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e suas inter-relações. Apresenta oito critérios conceituais onde são incluídos indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), Quadro I.

Os critérios ou categorias de análise definidos no Quadro I não estão elencados em ordem de prioridade. O modelo de Walton estabelece que dependendo do grupo de trabalhadores ou do ambiente podem ser gerados conjuntos distintos de critérios que, dependendo do contexto, podem assumir novas hierarquias de importância na Qualidade de Vida no Trabalho.

Quadro I		MODELO DE WALTON	
Critérios/Categorias de Análise		Indicadores de Qualidade de Vida no Trabalho	
1. Compensação adequada e justa		Renda adequada ao trabalho, equidade interna e equidade externa.	
2. Condições de trabalho		Jornada de trabalho razoável, ambiente físico seguro e saudável e ausência de insalubridade	
3. Oportunidade para uso e desenvolvimento de capacidades		Autonomia, autocontrole relativo, qualidades múltiplas e informação sobre o processo total do trabalho.	
4. Oportunidade de crescimento e segurança		Possibilidade de carreira, crescimento pessoal e segurança no emprego.	
5. Integração Social na Empresa		Igualdade de oportunidades, relacionamento e Senso comunitário.	
6. Constitucionalismo		Respeito às leis e direitos trabalhistas, privacidade pessoal, liberdade de expressão e normas e rotinas.	
7. O trabalho e o espaço total da vida		Papel balanceado do trabalho, estabilidade de horários, poucas mudanças geográficas e tempo para lazer da família.	
8. Relevância social da vida no trabalho		Imagem da empresa, responsabilidade social da empresa e responsabilidade pelos produtos e serviços.	

Fonte: Walton (1973)

Para Walton (1973), operacionalmente os termos do modelo podem ser definidos da seguinte forma:

1. Compensação Justa e Adequada

O quão bem o funcionário é remunerado afeta a qualidade de vida no trabalho, no entanto, uma compensação adequada é um conceito relativo.

A avaliação do trabalho especifica as relações entre pagamento e fatores como treinamento necessário e responsabilidade pelo trabalho. Levando-se em consideração outros

aspectos o suprimento, a demanda ou os níveis da comunidade, determinam o quão justo é a compensação.

Um outro modo de se determinar se a compensação é ou não justa correlaciona a habilidade em se pagar; firmas mais confiáveis devem pagar mais. Por exemplo, quando há uma mudança nas regras do trabalho que aumentam a produtividade dos empregados. Na realidade isto só se torna verdadeiro quando os frutos econômicos da produtividade são divididos entre os empregados envolvidos.

Neste item Walton (1973) prioriza o trabalho e vê nele a forma de sobrevivência do trabalhador. Nessa categoria ele estabelece uma medida da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) em função da remuneração recebida pelo trabalho realizado. Esse critério é desdobrado em outros três:

- Remuneração adequada: valor pelo trabalho realizado que permita o trabalhador viver dentro de padrões pessoais, culturais, sociais e econômicos do meio onde vive;
- Equidade interna: equiparação salarial com outros trabalhadores dentro da mesma organização
- Equidade externa: salário compatível com o mercado de trabalho.

2. Condições de Trabalho

Em nossa sociedade é aceito que os trabalhadores não devam ser expostos a condições que coloquem em risco sua saúde. A legislação, a ação da união e o consenso do empregado têm resultado no aumento de condições satisfatórias de trabalho.

O nível de satisfação do trabalhador diante dessa dimensão poderia ser melhorado através de jornada de trabalho razoável, condições físicas de trabalho que minimizem o risco de doença ou acidente, proporcionando conforto e organização do local, fornecimento de material e equipamentos adequados à realização das tarefas prescritas, estabelecimento de ambiente salubre ou neutralização da insalubridade, limite de idade imposto quando o trabalho é potencialmente destrutivo.

3. Oportunidade para uso e desenvolvimento de capacidades

Dentre as dimensões estabelecidas por Walton (1973), para avaliação desse critério, destacam-se: autonomia (liberdade, autocontrole e independência dada ao trabalhador na

programação e execução do seu trabalho); múltiplas habilidades (possibilidade de utilização de larga escala da capacidade e habilidades dos indivíduos pertencentes à organização); retroinformação (informação ao trabalhador acerca das suas atividade como um todo, de suas ações, seus resultados e suas perspectivas futuras); e significado da tarefa e identidade do trabalhador com a mesma (relevância para a organização, para a comunidade e para o próprio trabalhador nas tarefas executadas).

4. Oportunidade de Crescimento e Segurança

Esta categoria tem a finalidade de medir a oportunidade de carreira que o trabalhador tem dentro de um organização e a segurança de seu emprego. Quando não há um aumento salarial ou alguma promoção os profissionais acabam reavaliando suas carreiras, famílias e sua vocação. O resultado é que muitos deles perdem o interesse na sua vida profissional e não investem mais em suas carreiras.

Aqui surge um conflito, onde a oportunidade de carreira normalmente está associada à educação formal que, em grupos de trabalhadores de área de produção se constitui num fator limitante. Para melhorar o nível de satisfação, o autor sugere que seja trabalhado com situações de expansão das atividades que contribuam para que o trabalhador não entre na obsolescência e a manutenção do seu emprego. Assim, é necessário se dar atenção nos seguintes aspectos da vida no trabalho: segurança no emprego, possibilidade de crescimento no emprego (carreira) e crescimento pessoal.

5. Integração Social na Organização

As relações pessoais são uma dimensão importante da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), pois elas estão associadas ao nível de convivência harmoniosa entre os trabalhadores de uma mesma empresa.

A integração social pode ser avaliada pela igualdade de oportunidades para todos os membros da organização, isto é, pela ausência de discriminação de qualquer natureza, relacionamento interpessoal (modo como os membros da organização relatam ao outro suas idéias e sentimentos), auxílio recíproco entre os membros da organização e o senso comunitário (em que o trabalhador se sente integrado a um grupo e à organização).

6. Constitucionalismo no local de trabalho

Um elevado nível de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) está associado à existência de normas e procedimentos que estabelecem claramente os direitos e os deveres dos trabalhadores. Destaca-se o direito à privacidade pessoal, a liberdade de diálogo e o direito de posicionar-se e de receber tratamento justo em todos os aspectos.

7. Trabalho e Espaço Total de Vida

Walton (1973) afirma que a experiência de trabalho de um indivíduo pode ter efeito negativo ou positivo sobre outras esferas de sua vida, tais como suas relações com a família. Por exemplo, períodos prolongados de trabalho podem ter efeitos sérios na sua vida familiar. No entanto a aplicação deste critério é muito debatida, pois quando uma pessoa gasta muito tempo e energia no trabalho, não fica claro se isto é uma causa ou um sintoma de algum problema ou deficiência familiar.

O equilíbrio entre trabalho e espaço total de vida, segundo Walton (1973), tem origem nos esquemas de trabalho, expectativa de carreira, progresso e promoção. Recomenda ainda que a avaliação seja feita através de opiniões quanto à duração da jornada, estabilidade de horários e mudanças geográficas que podem interferir na disponibilidade de tempo para a família e para o lazer.

8. Relevância Social da Vida no Trabalho

Os benefícios e os malefícios sociais gerados pela organização através de suas atividades cada vez mais têm se tornados fatores relevantes para os empregados. As organizações que têm agido socialmente irresponsáveis promovem uma depreciação nos trabalhos executados e carreiras seguidas pelos operários, o que afeta auto-estima e, conseqüentemente, a produtividade. Dentre os critérios de avaliação destacam-se: imagem institucional (percepção do trabalhador em relação à sua instituição: importância para a comunidade, orgulho e satisfação de pertencer à organização); responsabilidade social da instituição (preocupação da organização em resolver problemas na comunidade e não de provocá-los); responsabilidade social pelos produtos/serviços (qualidade dos serviços/produtos colocados à disposição dos clientes); e responsabilidade social pelos empregados (associado a uma sólida política de recursos humanos).

b) Modelo de Hackman e Oldham

No modelo de Hackman e Oldham (HACKMAN; OLDDHAM, 1975), a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pode ser definida como uma resultante de dimensões básicas da tarefa, capazes de produzir determinados estados psicológicos, os quais por sua vez dão origem a resultados pessoais e de trabalho. De acordo com este modelo, os resultados pessoais e de trabalho são obtidos através de estados psicológicos críticos, que por sua vez são criados a partir de dimensões da tarefa.

Os estados psicológicos críticos são três: o primeiro é a significância percebida, ou o grau em que o trabalho é percebido pelo indivíduo como sendo valioso e significativo. O segundo é a responsabilidade percebida pelo sujeito como resultado do trabalho executado. O terceiro é o “conhecimento do resultado” por parte de quem efetua a atividade, ou seja, os indivíduos estarão motivados se estiverem realizando algo significativo, pelo qual são responsáveis, e se souberem que realizaram bem suas tarefas. As dimensões das tarefas que podem conduzir a estes estados psicológicos são: variedade de habilidades (VH), identidade da tarefa (IT), significância da tarefa (ST), inter-relacionamento (IR), autonomia (AU) e feedback do próprio trabalho (FT) e o feedback extrínseco (FE).

Quanto à identidade da tarefa, significância da tarefa e à variedade de habilidades, os Hackman; Oldham (1975) afirmam que é mais difícil generalizar a referência do efeito esperado do trabalho em casa sobre estas dimensões. Estas dimensões seriam então uma função das mudanças particulares envolvidas na transferência de cada tipo de emprego da organização para a casa. Estabelecem ainda que identificadas estas variáveis é possível produzir um escore que reflita o potencial motivacional de uma tarefa (PMT), em função das características da mesma e obtido através da seguinte solução matemática:

$$\text{PMT} = (\text{VH} + \text{IT} + \text{ST} + \text{IR}) \cdot \text{AU} \cdot \text{FT}$$

4

Uma outra variável foi incluída no modelo por Hackman & Oldham, denominada de NIC ou Necessidade Individual de Crescimento, e definida como a necessidade de desenvolvimento de ações e idéias independentes no trabalho, onde os desafios estimulam a criatividade e o aprendizado de coisas novas. O pressuposto básico na inclusão dessa nova variável é de que

pessoas que tenham maior necessidade individual de crescimento reajam mais positivamente a tarefas de alto potencial motivacional do que pessoas com baixa necessidade individual de crescimento.

Por último, Hackman e Oldham incluíram um novo grupo de variáveis ao modelo, designadas resultados pessoais e de trabalho (RPT). São elas: satisfação geral (SG), motivação interna com o trabalho (MIT), satisfações específicas em relação à possibilidade de crescimento (SPC), à supervisão (SSU), à segurança no trabalho (SST), à compreensão (SC) e ao ambiente social (SAS).

Para operacionalizar o modelo os autores idealizaram também o Job Diagnostic Survey (JDS) ou Inventário de Diagnóstico das Características do Trabalho, que tem sido utilizado por pesquisadores para obter o grau de satisfação geral e o grau de motivação interna e de satisfação específicas no trabalho fim de diagnosticar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

c) Modelo de Westley

Westley (1979) classifica e analisa quatro problemas que afetam diretamente e tornam-se obstáculos a Qualidade de Vida no Trabalho: o político, o econômico, o psicológico e o sociológico. Os problemas políticos trariam como consequência à insegurança; o econômico, a injustiça; o psicológico, a alienação e o sociológico a anomia.

As causas de insatisfação representadas pelos fatores econômicos e políticos são as mais antigas. Dentro delas, a concentração de poder seria a maior responsável pela insegurança, enquanto que a concentração dos lucros e a exploração dos trabalhadores seriam as responsáveis pela injustiça. Dentro desse panorama, como resposta, surgiu o movimento socialista, no qual o objetivo do trabalhador era lutar pela segurança e pela justiça (WESTLEY, 1979)

Westley (1979) vê a alienação como um desinteresse entre o trabalho e o próprio ser, decorrente da desumanização, produto de uma falha entre as expectativas do indivíduo e o que ele consegue efetivamente realizar. Como o trabalho não evoluiu nas últimas décadas, tendo ao contrário, em muitos casos surgido mecanismos de planejamento e controle mais efetivos como consequência do aumento no tamanho, rigidez e complexidade das organizações, formou-se o consenso de que o trabalho não é o local adequado para centralizar o interesse de um indivíduo.

O aumento no tamanho e complexidade das organizações trouxe consigo uma maior rigidez organizacional e turbulência ambiental que levaram a um enfraquecimento do conhecimento sobre as relações de causa e efeito e, assim, à perda do significado produzindo a

sensação de uma crescente anomia ou ausência de normas e regulamentos que Westley (1979) caracteriza como uma falta de envolvimento do trabalhador.

Para tentar resolver estes quatro problemas fundamentais e melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho Westley (1979) propõe ações cooperativas através da participação dos trabalhadores nas decisões e na divisão dos lucros, da adoção de um trabalho auto-supervisionado, do enriquecimento de tarefas e da aplicação dos princípios sócio-técnicos.

A Quadro II abaixo apresenta um resumo das dimensões de Qualidade de Vida no Trabalho e suas soluções, segundo o modelo de Westley (WESTLEY, 1979):

Quadro II				
MODELO DE WESTLEY				
NATUREZA DO PROBLEMA	SINTOMA DO PROBLEMA	AÇÃO PARA SOLUCIONAR O PROBLEMA	INDICADORES	PROPOSTAS
Econômico (1850)	Injustiça	União dos Trabalhadores	Insatisfação e Greves	Cooperação, Divisão dos Lucros e Participação nas decisões.
Político (1850-1950)	Insegurança	Posições Políticas	Insatisfação e Greves	Trabalho auto-supervisionado, Conselho de Trabalhadores e Participação nas decisões.
Psicológico (1950)	Alienação	Agentes de Mudança	Desinteresse e Absenteísmo e "Turnover"	Enriquecimento das Tarefas.
Sociológico	Anomia	Auto-desenvolvimento	Ausência de Significação do Trabalho e Absenteísmo e "Turnover"	Métodos Sócio-técnicos Aplicados aos Grupos.

d) Modelo de Davis e Werther

Segundo Davis; Werther (1983) os esforços para melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) procuram tornar os cargos mais produtivos e satisfatórios, pois os eles representam não apenas uma fonte de renda para os trabalhadores, mas também, um meio de satisfazer suas necessidades. Os autores vêem a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) como

afetada por muitos fatores: supervisão, condições de trabalho, pagamento, benefícios e projetos do cargo. É a natureza do cargo, porém, que envolve mais intimamente o trabalhador.

Não se pode afirmar, no entanto, que toda a insatisfação do empregado seja resolvida pela reformulação de cargos. Mesmo assim Davis; Werther (1983) se dedicam a analisar o conteúdo e a designação dos cargos. Os autores descrevem o projeto de cargo em três níveis: ambiental, organizacional e comportamental, e que são representados abaixo com seus respectivos componentes:

- 1) Fatores Organizacionais - Propósito, Objetivos, Organização, Departamentos e Cargos;
- 2) Fatores Ambientais - Sociais, Tecnológicos, Culturais, Econômicos e Governamentais; e
- 3) Fatores Comportamentais - Necessidade de recursos humanos; Motivação e Satisfação.

Os elementos organizacionais dizem respeito à eficiência, já que cargos projetados eficientemente permitem um trabalhador motivado e o máximo de produção. Nestes elementos estão inseridos os fluxos de trabalho, os métodos para a prática do trabalho de forma não mecanicista.

A abordagem mecanicista procura identificar cada tarefa em um cargo, de modo que as tarefas possam ser dispostas para minimizar o tempo e o esforço dos trabalhadores (DAVIS; WERTHER, 1983).

O fluxo de trabalho tem sua definição influenciada pela natureza do produto ou serviço. E as práticas de trabalho são as maneiras firmadas de desempenhar o trabalho (DAVIS; WERTHER, 1983).

Os elementos ambientais não podem ser ignorados pela sua significância nas condições de trabalho, envolvendo habilidade e a disponibilidade de empregados e as expectativas sociais. É de vital importância uma análise das habilidades e competência dos trabalhadores do universo considerado para que o cargo não seja dimensionado acima ou abaixo das aspirações profissionais do trabalhador (RODRIGUES, 1995).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é afetada, ainda, por elementos comportamentais que dizem respeito às necessidades humanas, aos modos de comportamentos

individuais no ambiente de trabalho que são de alta importância. Davis; Werther (1983) defendem ainda a idéia de que o projeto de cargo não deve visar apenas a eficiência, mas também considerar a autonomia para promoção da responsabilidade, a variedade do cargo como forma de redução de fadiga e o tédio, a identidade da tarefa (despertando o senso de realização e orgulho pelos resultados de uma ação) e a retroinformação, permitindo ao trabalhador saber a repercussão de seu trabalho e com isso ter mais motivação.

A autonomia seria a responsabilidade pelo trabalho; a variedade, o uso de diferentes perícias e capacidades; a identidade de tarefa seria fazer o todo da peça de trabalho e a retroinformação, a informação sobre o desempenho (DAVIS; WERTHER, 1983).

A autonomia e a variedade são fatores comportamentais que influenciam no projeto do cargo satisfatório. Por outro lado, temos eficiência inversamente proporcional aos mesmos; é possível se dizer então: cargos mais eficientes podem fazer com que sejam menos satisfatórios e cargos satisfatórios podem se revelar ineficientes (DAVIS; WERTHER, 1983). No entanto, segundo os autores é preciso se vencer o desafio a fim de conseguir uma vida no trabalho de alta qualidade por meio de cargos produtivos e satisfatórios.

e) Modelo de Nadler e Lawler

Nadler e Lawler (1983) fornecem uma definição operacional de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) como uma maneira de pensar a respeito das pessoas, trabalho e organização. Os autores apontam dois elementos importantes ao analisar a definição:

1) uma preocupação como o impacto do trabalho sobre as pessoas, assim como em relação à eficácia das organizações, e

2) a idéia de participação na resolução de problemas organizacionais.

Operacionalmente, ilustram a definição apontando algumas atividades como representativas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT):

- a idéia de resolução de problemas envolvendo membros da organização em diferentes níveis;

- reestruturação da natureza básica do trabalho, incluindo enriquecimento do trabalho, uso de grupos de trabalho autônomo e o redesenho do sistema técnico e fluxos de trabalho voltados para o auto-envolvimento;

- inovação do sistema de recompensas, que promoverá um clima diferente na organização;

- melhoria na ambiente de trabalho, incluindo mudanças nas horas de trabalho, condições, regras e meio ambiente físico, entre outros.

Nadler e Lawler (1983) indicam como atividades representativas de Qualidade de Vida no Trabalho:

- 1) Percepção da necessidade;
- 2) O foco do problema que é destacado na organização;
- 3) Estrutura para identificação e solução do problema, teoria/modelo de projeto de treinamento e participantes;
- 4) Compensações projetadas tanto para os processos quanto para os resultados;
- 5) Sistemas múltiplos afetados; e
- 6) Envolvimento amplo da organização.

Para que o programa de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) seja bem sucedido existem ainda três necessidades básicas: a primeira seria o desenvolvimento do projeto em níveis diferentes, coerentes como contexto em que será aplicado. A segunda envolve mudanças nos sistemas de gerenciamento e disposições organizacionais e, por último, são necessárias mudanças no comportamento do gerenciamento superior.

Nadler e Lawler (1983) afirmam ainda que as organizações têm dado crescente atenção as práticas de qualidade de gerenciamento e ao impacto que estes fatores têm sobre os indivíduos e que a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) focaliza fatores positivos que tem grande potencial para o engrandecimento do desempenho organizacional.

CAPÍTULO V – UM ESTUDO DE CASO

5.1 A INSTITUIÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, órgão vinculado à administração direta da Prefeitura Municipal de Itajaí, é a responsável pelo planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços de saúde pública, oferecidos no município, bem como de referência para os municípios que compõem a Associação dos Municípios da microrregião. Para tanto, a forma de organização dos serviços de saúde no município está definido em três níveis de complexidade tecnológica, ou seja, nível primário, nível secundário e nível terciário de atenção, e uma divisão espacial da rede assistencial em seis setores de saúde divididos geográfica e demograficamente em regiões, dentro dos limites do município.

No nível primário de atenção à saúde existem dois tipos de unidades assistenciais: os Postos de Saúde e as Policlínicas de Saúde. É nesse nível a porta de entrada para o sistema. Os Postos de Saúde possuem uma equipe básica profissional composta pelo médico clínico geral, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem, o agente ou auxiliar administrativo e a zeladora, que desenvolvem as atividades de clínica geral, odontologia, enfermagem e farmácia.

As Policlínicas de Saúde que fazem referência para as unidades de menor porte na sua área de abrangência, tanto em relação às especialidades básicas quanto em relação aos demais programas, serviços e atividades de cunho regional, são compostas por uma equipe multiprofissional com médicos clínicos gerais, ginecologistas e pediatras, cirurgiões-dentistas, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos, motoristas para a condução de ambulâncias e as zeladoras.

No nível secundário de atenção à saúde se encontra um Ambulatório Central de Especialidades, agrupando as especialidades médicas e servindo de referência para o primeiro nível de atenção, um Centro de Orientação e Diagnóstico Municipal, um Centro de Referência a Saúde da Criança e da Mulher, um Laboratório Micro-Regional, um Centro de Estudo e Pesquisa em Oncologia e um Hospital Dia, que referenciam as unidades do nível primário num grau maior

de complexidade, dada a especialidade médica ou programa que desenvolvem, além dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia relacionados aos diversos níveis de atenção.

No nível terciário estão um Hospital e Maternidade e um Hospital Infantil. Entretanto, deve-se ressaltar que para garantir a resolutividade na atenção a saúde tanto individual quanto coletiva, a Secretaria Municipal de Saúde mantém convênios com a rede privada e contrata outros serviços e profissionais a fim de complementar diagnoses e tratamentos inexistentes na estrutura da rede pública.

Com relação aos profissionais pertencentes aos serviços públicos de saúde do município a Secretaria Municipal de Saúde gerencia 719 servidores distribuídos nas suas diversas unidades de saúde, sendo 39 servidores com vínculo federal, 26 com vínculo estadual e 654 com vínculo municipal e atende a uma demanda média mensal de 54.000 pacientes, sendo responsável por, em média, 108.000 procedimentos mensais.

O Quadro III apresenta esquematicamente a Estrutura do Módulo de Atenção a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí.

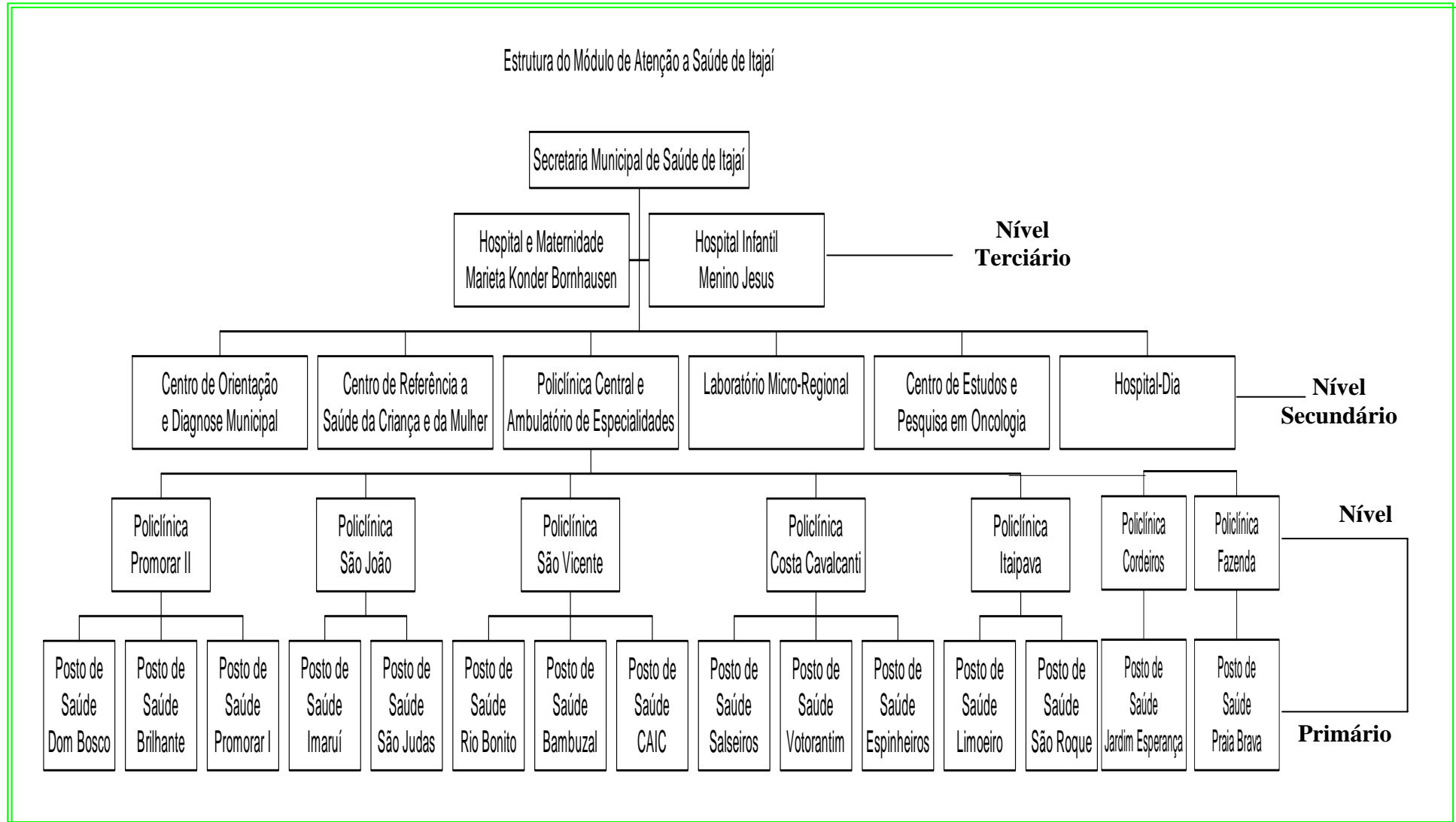
5.2 METODOLOGIA PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

Trata-se de uma pesquisa aplicada, quantitativa, exploratória e tipicamente de campo. Caracteriza-se como um estudo de caso, visando promover a identificação das percepções que os cirurgiões-dentistas têm acerca dos indicadores da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Foi aplicado um questionário entre os cirurgiões-dentistas que trabalham no Serviço Público de Saúde do município de Itajaí-SC. Não foi realizada amostra da população em estudo, pois foi realizado censo.

O questionário (Apêndice A) é formado de três partes: a primeira é de identificação do profissional; a segunda é de avaliação do perfil dos profissionais entrevistados e a terceira trata-se de um questionário aplicado, fechado e de múltipla escolha, no qual cada questão contém quatro alternativas, sendo que o protocolo foi pré-testado.

A terceira parte do questionário baseia-se no modelo criado por Walton (1973), o qual descreve 8 categorias de análise ou critérios básicos ou categorias de análise para se avaliar Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), sendo eles:



Quadro III – Sinótese da Estrutura do Módulo de Atenção a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí

- 1) compensação adequada e justa;
- 2) condições de trabalho;
- 3) uso e desenvolvimento de capacidades;
- 4) oportunidade de crescimento e segurança;
- 5) integração social na instituição;
- 6) constitucionalismo;
- 7) o trabalho e o espaço total da vida; e
- 8) relevância social da vida no trabalho.

Dentro de cada um desses 8 (oito) critérios ou categorias de análise foram desenvolvidas seis questões totalizando 48 questões. Foi escolhido o modelo preconizado por Walton (1973) porque se trata do modelo mais completo encontrado na literatura, o qual dá margem para várias análises, além de ser o modelo mais utilizado em pesquisas sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), permitindo diversas comparações com outros estudos.

Além do questionário, todos os participantes da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) no qual o entrevistado autoriza sua participação no trabalho.

5.3 METODOLOGIA ESTATÍSTICA PARA TRATAMENTO DE DADOS

Os fatores considerados nos questionários foram oito, cada um deles analisado a partir de 6 perguntas inter-relacionadas. A resposta para cada pergunta permitia uma entre quatro alternativas, ordenadas em condição ótima, boa, ruim e péssima, ou similar. Para cada resposta foi atribuído um escore variável de 0 a 3, correspondente à condição atribuída pela resposta. As piores condições receberam escore 0 e as melhores receberam escore 3, sendo que as condições intermediárias receberam os escores 1 e 2.

Cada indivíduo recebeu uma média de escore para cada um dos 8 fatores analisados e essas médias foram classificadas em 5 categorias. Valores médios inferiores a 1 foram considerados como péssimos; valores de 1 até 1,5 exclusive, foram considerados ruins;

valores de 1,5 até 2,0 exclusive, foram considerados regulares; valores de 2,0 até 2,5 exclusive, foram considerados bons; e valores de 2,5 a 3,0 foram considerados ótimos.

Com essa categorização, os dados foram submetidos a uma análise fatorial de correspondência para identificar classes de indivíduos semelhantes quanto à percepção desses fatores. Essa análise consiste em verificar as múltiplas associações entre os percentuais das diferentes categorias desses fatores, através de uma única matriz de contingência, utilizando medidas de qui-quadrado. Após essa análise é realizada uma classificação hierárquica ascendente, identificando o número de classes que se formam naturalmente no grupo de indivíduos analisados. Uma nova classificação é então realizada, utilizando o método de partição, onde o número de classes definido pela classificação hierárquica é utilizado para criar grupos estáveis de indivíduos ao redor de um valor central.

Esse processo de análise é semelhante ao adotado pela análise de Cluster, diferindo desta pela natureza dos dados analisados. Enquanto a análise de Cluster é aplicada a dados quantitativos contínuos, a classificação hierárquica e de partição aplica-se a dados categóricos de natureza qualitativa.

5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente se caracterizou os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC, onde variáveis como sexo, idade, estado civil e local de residência, foram pesquisadas.

Dos 53 questionários distribuídos foram respondidos 50, pois dois cirurgiões-dentistas estavam de licença e um de férias. Por outro lado, 52% foram respondidos por cirurgiões-dentistas do sexo feminino e os 48% restantes por cirurgiões-dentistas do sexo masculino.

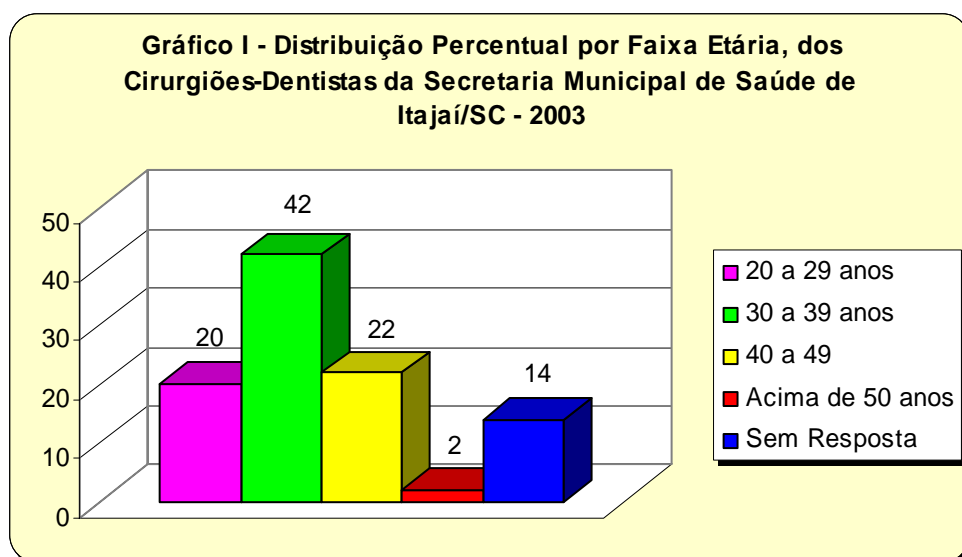
Os cirurgiões-dentistas pesquisados estão distribuídos equilibradamente por todas as unidades de saúde não havendo, assim, concentração de profissionais em uma unidade específica, exceção feita ao nível central e a unidade São Judas onde se encontram valores equivalentes a 8% de profissionais em cada uma delas. A distribuição homogênea dos profissionais permite uma maior confiabilidade na avaliação da Qualidade de Vida no

Trabalho (QVT) dos cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí. Os demais percentuais encontram-se na Tabela II.

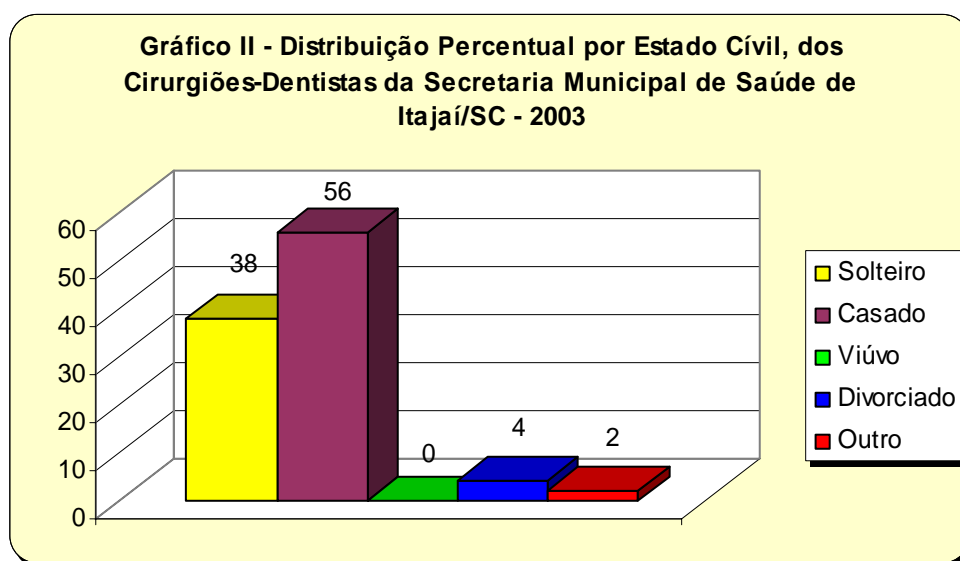
Tabela II - Distribuição Percentual Segundo Unidade de Saúde, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2003

Unidade de Saúde
Em Branco
Bambuzal
CAIC
Costa Cavalcante
Dom Bosco
Espinheiros
Fazenda
Hospital Dia
Imaruí
Itaipava
Jardim Esperança
Limoeiro
Odontomóvel
São João
Cordeiros
Praia Brava
Promorar II
Rio Bonito
Salseiros
São Judas
São Vicente
Administração Central
Sindicato dos Trabalhadores
Votorantim
TOTAL

Quanto à faixa etária as distribuições das frequências se encontram no Gráfico I. Observou-se uma concentração de trabalhadores entre 30 a 39 anos com 42%. Entretanto, ao agruparmos com os profissionais da faixa etária entre 40 e 49, ou seja 22%, observa-se que mais de 60% dos cirurgiões-dentistas encontram-se nas faixas etárias de maior produtividade, sendo que a idade média é de 35,23 anos com desvio padrão de 7,47 anos.



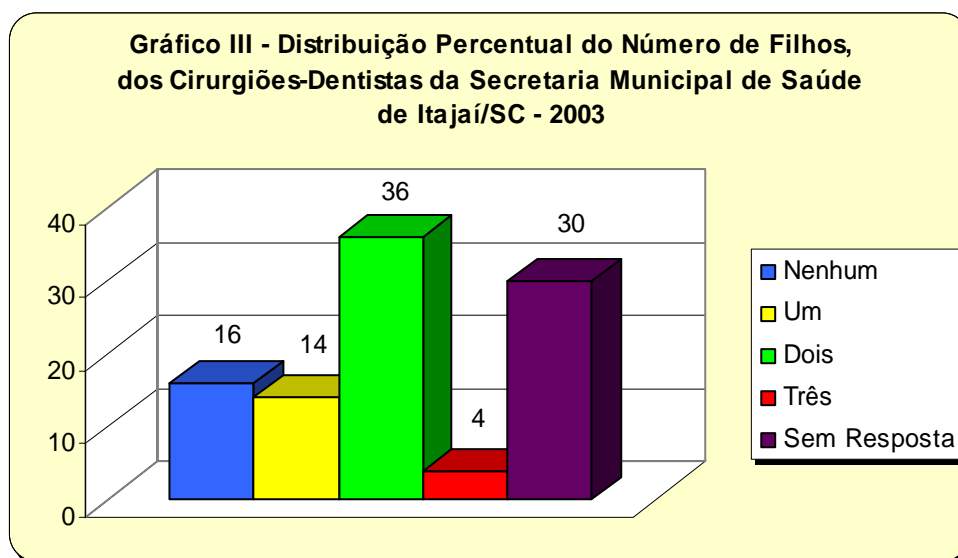
Ao serem questionados quanto ao estado civil a maioria respondeu ser casado, 56%. Esse percentual equivalente a mais da metade da população pesquisada é coerente com a concentração de trabalhadores entre 30 a 50 anos, ou seja, profissionais situados em uma faixa etária onde os indivíduos já possuem família constituída e, a princípio, níveis de responsabilidade mais elevados. Entretanto, é interessante ressaltar o percentual relativamente alto de solteiros 38% e que se opõe aos percentuais encontrados por Lopes (2001) e Lopes; Regis Filho (2003) em torno de 18%, em pesquisa com todos os profissionais da Secretaria Municipal de Itajaí. A distribuição das demais freqüências é apresentada no Gráfico II.



Quanto ao local de residência 64% informaram residir em Itajaí, 32% em Balneário Camboriú e 2% em Navegantes e Piçarras para cada uma e que são cidades próximas ao local de trabalho, o que a princípio não deve interferir na avaliação sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Os profissionais foram perguntados quanto ao número de filhos, sendo que 36% possuem dois filhos. Entretanto, 30% dos entrevistados não responderam a essa pergunta. Se forem agrupados os percentuais dos que têm filhos pelo menos 54% dos entrevistados

possuem filhos o que possibilita uma carga adicional de responsabilidade. Os demais percentuais são encontrados no Gráfico III.



A religião professada por 70% dos entrevistados é a católica e outros 14% professam a religião espírita. Evangélicos com 10% é a terceira religião indicada e 6% do restante da população pesquisada se omitiu de responder.

Por outro lado, com relação ao tipo de moradia, 78% moram em casa própria. 10% em casa alugada e 12% em outro tipo de moradia e 98% dos profissionais utilizam veículo próprio como meio de transporte, aspectos que contribui para a qualidade de vida.

A renda média dos profissionais entrevistados é de 20,63 salários mínimos com desvio padrão de 8,98 salários mínimos. A distribuição dos profissionais pelas diversas faixas de renda se encontra na Tabela III. Observa-se que mais da metade dos profissionais se situa em uma faixa de renda de 20 ou mais salários mínimos. Essa faixa de renda, a princípio, deve propiciar um razoável acesso a bens de consumo e que são um dos fatores que interferem na qualidade de vida.

Estudo realizado por Reibnitz Júnior (2003) encontrou 63,1% de cirurgiões-dentistas em Santa Catarina na faixa até 10 salários mínimos.

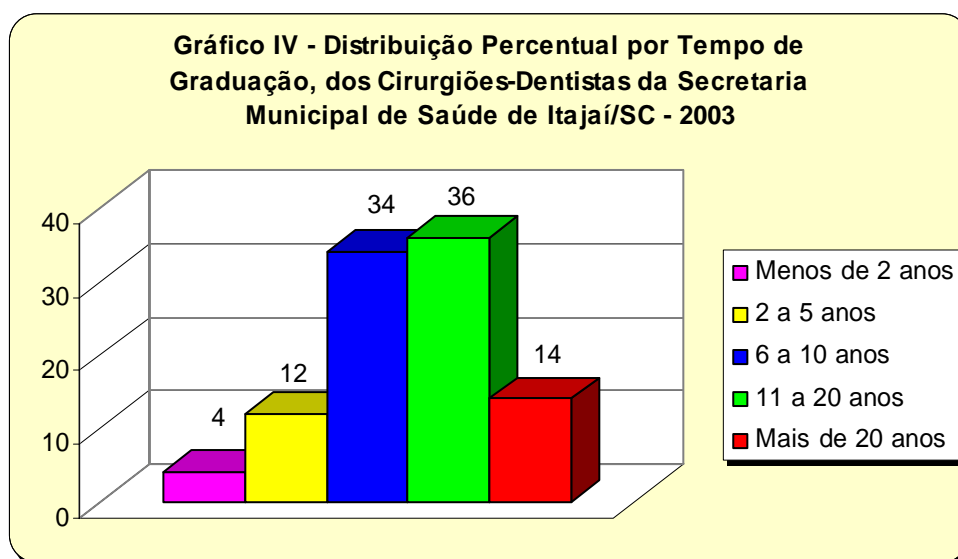
Tabela III - Distribuição Percentual das Faixas de Renda Familiar em Salário Mínimos, dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2003

Faixa Salarial	%
0 a 4	2,0
5 a 9	2,0
10 a 14	14,0

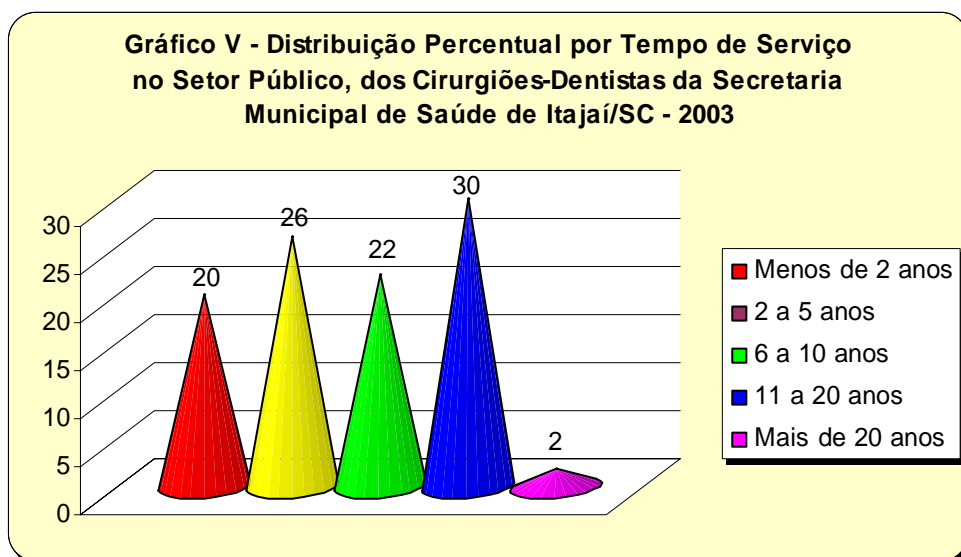
15 a 19	20,0
20 ou Mais	54,0
Sem Resposta	8,0
Total	100,0

A seguir variáveis como tempo de graduação, tipo de especialidade, tempo de serviço no serviço, etc, foram pesquisadas para se identificar o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas da instituição.

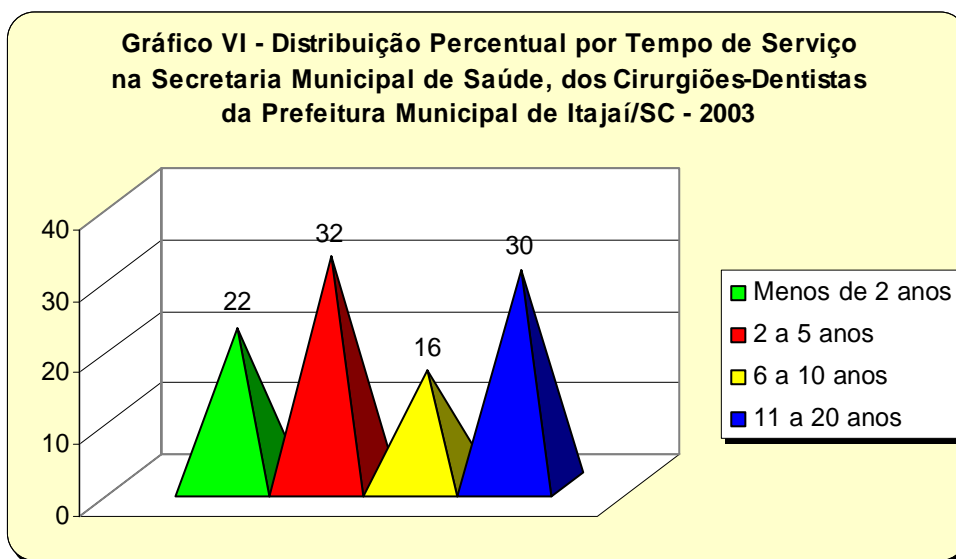
36% dos profissionais possuem entre 11 a 20 anos de graduação. Entretanto, ao agruparmos esses profissionais com os cirurgiões-dentistas com mais de 20 anos de graduação, ou seja 14%, observa-se que metade, 50%, são profissionais exercendo a profissão por um tempo relativamente longo, e expostos às condições adversas do ambiente de trabalho. A média de tempo de graduação situa-se em torno de 12,30 anos com desvio padrão 7,92 anos. O Gráfico IV condensa as demais frequências encontradas.



A média de tempo de serviço no setor público é de 7,51 anos com desvio padrão de 5,73 anos. A distribuição percentual encontra-se no Gráfico V. Observa-se que 1/3 dos profissionais possuem mais de 10 anos no setor público, ou seja, profissionais que vivenciam a um tempo razoável as condições de trabalho desse setor.

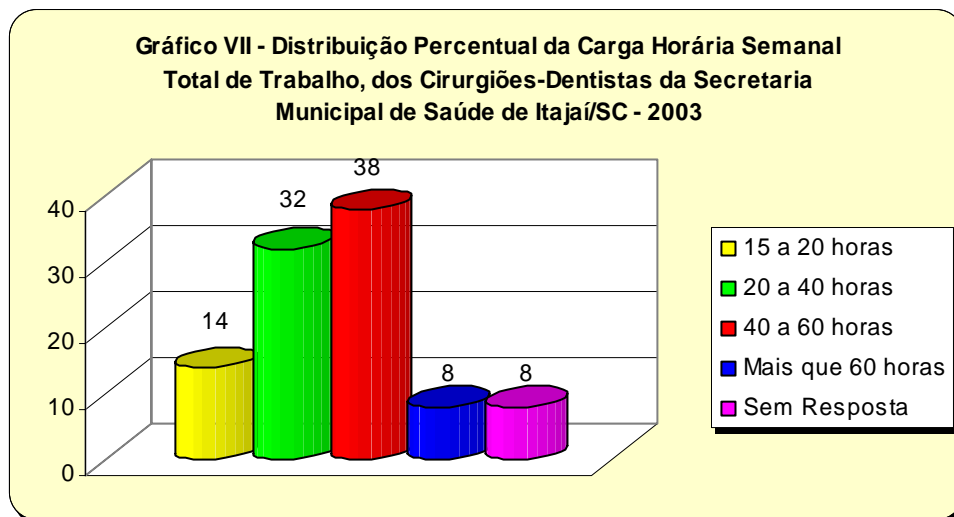


Por outro lado, a média de tempo de serviço na Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí é um pouco menor, 6,81 anos e com desvio padrão 5,37 anos, sendo que 46% estão a mais de 6 anos vinculados à instituição e expostos as condições de trabalho existentes. Os demais percentuais estão no Gráfico VI.



Em relação à carga horária semanal total de trabalho observa-se que 46% dos profissionais trabalham mais de 40 horas semanais, sendo que a média situa-se em 43,11 horas e com desvio padrão de 15,43. A princípio a carga horária semanal de trabalho não deve interferir na Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Os percentuais relativos a carga horária semanal total de trabalho podem ser observadas no Gráfico VII.

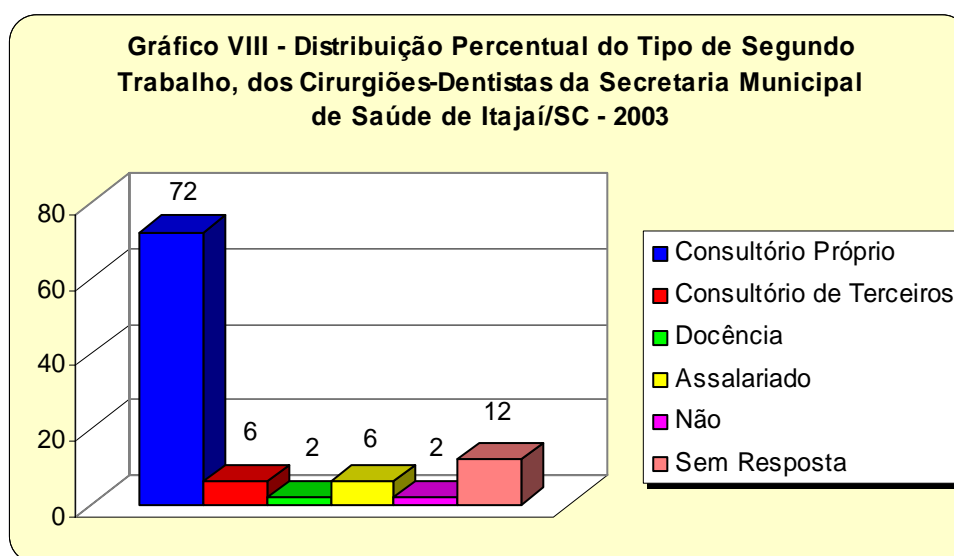
Os percentuais relativos à carga horária semanal total de trabalho diferem com os encontrados por Reibnitz Júnior (2003), ou seja, 34,7% entre 20 a 40 e 61,1% com mais que 40 horas semanais de trabalho.



Por outro lado, 60% dos profissionais dedicam entre 15 a 20 horas semanais para o setor público e 36% entre 30 e 40 horas semanais. A média situa-se em 24,43 horas por semana e com desvio padrão de 9,03 horas.

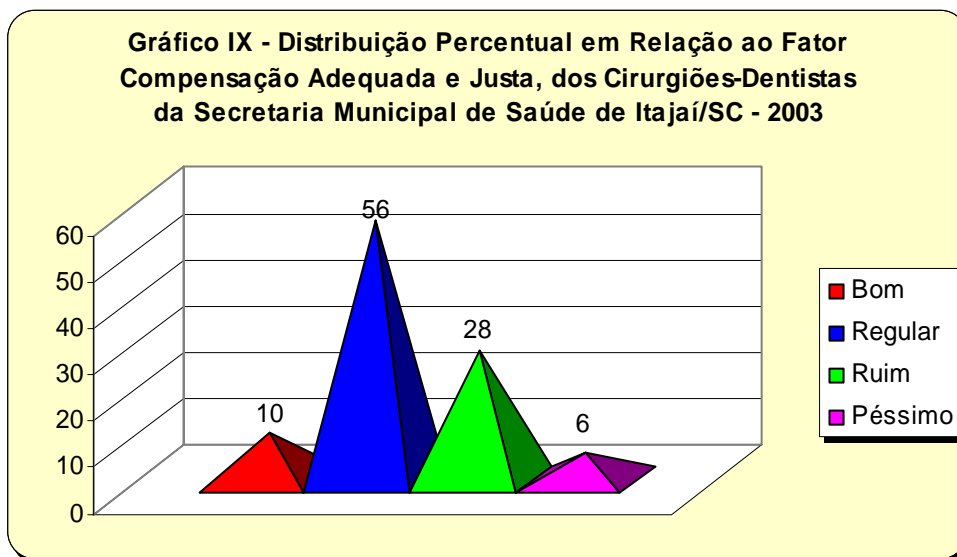
A seguir, os profissionais foram questionados sobre o tipo e exercício de um segundo trabalho. Praticamente $\frac{3}{4}$ exercem a clínica privada, sendo que apenas 2% não possuem uma segunda atividade. Os demais percentuais encontram-se no Gráfico VIII.

Reibnitz Júnior (2003) observou que em Santa Catarina 55,6% dos cirurgiões-dentistas trabalham na clínica privada, 19,4% na rede pública, 10,8% exerce o magistério e 14,2% são assalariados em outros postos de trabalho.



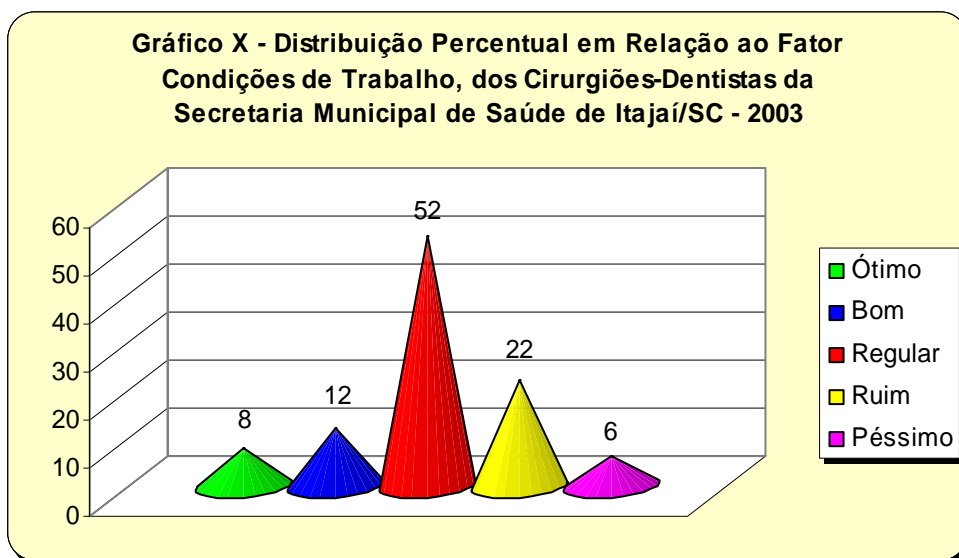
Após o segmento do questionário destinado a traçar o perfil profissional, os entrevistados foram perguntados a respeito de fatores relacionados com a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) na Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí como: compensação adequada e justa; condições de trabalho; uso e desenvolvimento de capacidades; oportunidade de crescimento e segurança; integração social na instituição; constitucionalismo; o trabalho e o espaço total da vida; e relevância social da vida no trabalho, objetivando se traçar um perfil das reais condições de trabalho do cirurgião-dentista e aferir a consistência quanto à verdadeira Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) dos profissionais.

O primeiro fator pesquisado “compensação adequada e justa” indica que mais da metade dos profissionais, 56%, acredita que são regulares. Entretanto, ruim e péssimo somam mais de 1/3, 34%, ou seja, 90% dos profissionais não estão satisfeitos com as recompensas financeiras. É interessante ressaltar que se elevados salários e acima de determinados valores não são por si só fatores motivadores, por outro lado, com certeza, baixos salários são fatores desmotivadores. O Gráfico IX discrimina os diversos percentuais.

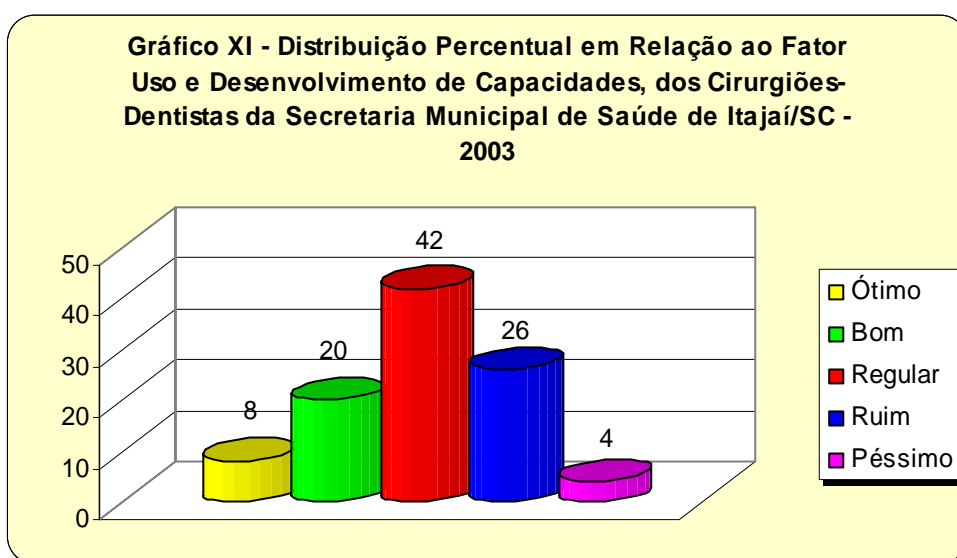


Por outro lado, 52% dos profissionais opinam que as condições de trabalho são regulares e se forem agrupados com os que indicam ser ótima e boa, praticamente $\frac{3}{4}$ estão relativamente satisfeitos com as condições de trabalho oferecidas pela instituição. Esses percentuais dão um crédito para a instituição, embora condições de trabalho adequadas deva ser uma preocupação constante e primária como fator facilitador para Qualidade de

Vida no Trabalho (QVT) e para se alcançar níveis competitivos de qualidade e produtividade. Os percentuais totais se encontram no Gráfico X.

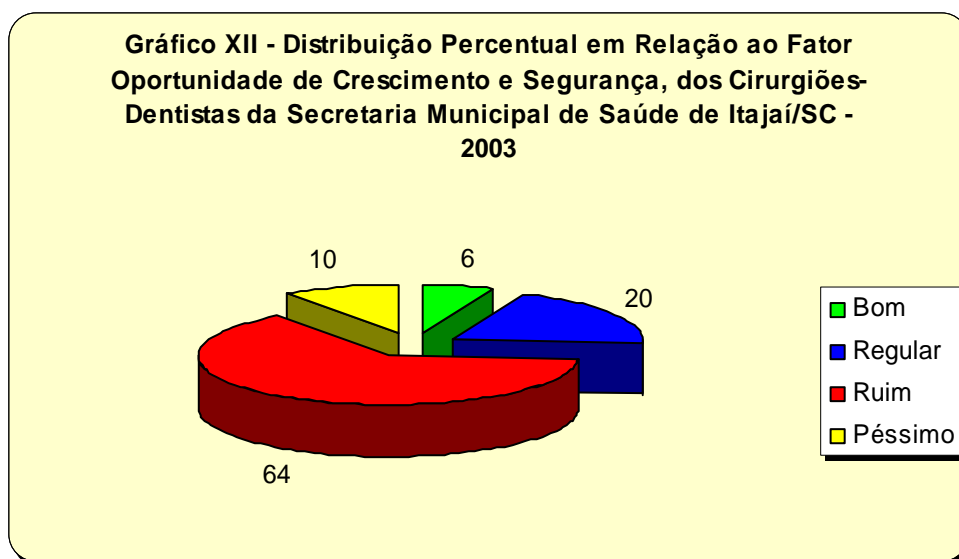


O uso e desenvolvimento de capacidades não apresentam percentuais muito satisfatórios, pois 30% acreditam ser ruim ou péssimo, sendo que 42% acreditam ser apenas regular esse fator. Os percentuais negativos apontam na direção de pouca liberdade de criação, de tarefas prescritas, para rotinas administrativas padronizadas, o que não deve causar surpresa pois o setor público em geral e o de saúde em particular, são altamente burocratizados. O Gráfico XI apresentam os percentuais discriminados.

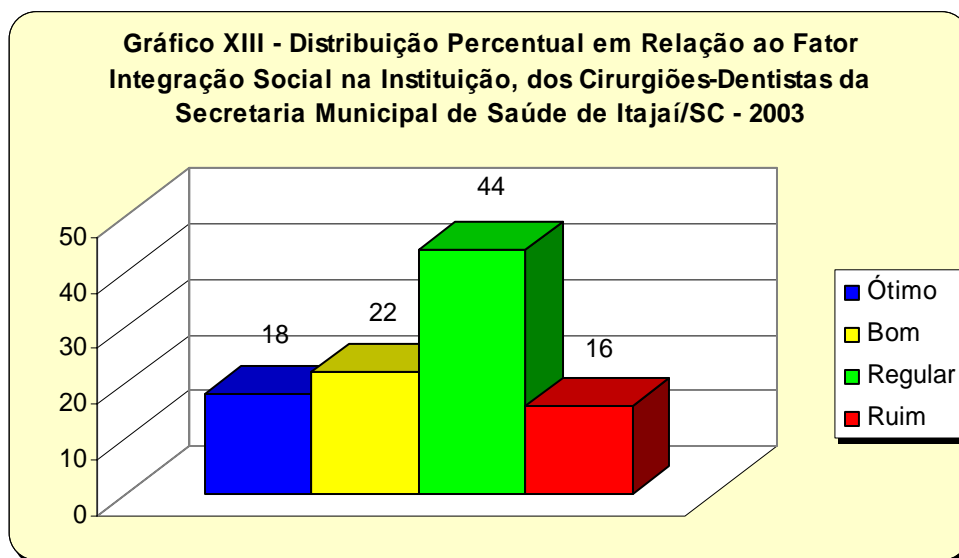


O fator oportunidade de crescimento e segurança apresenta a pior avaliação entre todos os fatores, pois 74% acham ruim ou péssimo. Esse percentual é decorrência e dá consistência aos anteriormente encontrados e só vem reforçar a constatação, antiga e tão

criticada, de uma prática administrativa centralizada e hierarquizada no setor público. Os demais percentuais são apresentados no Gráfico XII.

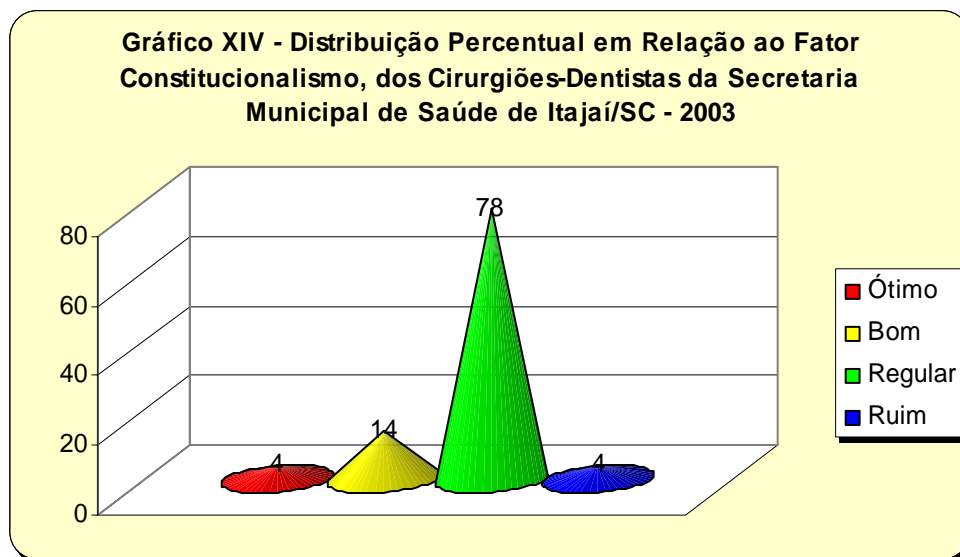


Por outro lado, o fator integração social na instituição apresenta um bom desempenho, pois apenas 16% dos profissionais acham ruim a integração social com a instituição a que estão vinculados. É interessante ressaltar que integração social, embora altamente desejável, não depende necessariamente da cultura organizacional, podendo ser desenvolvida a partir de iniciativas próprias dos trabalhadores. O Gráfico XIII discrimina os diversos percentuais.

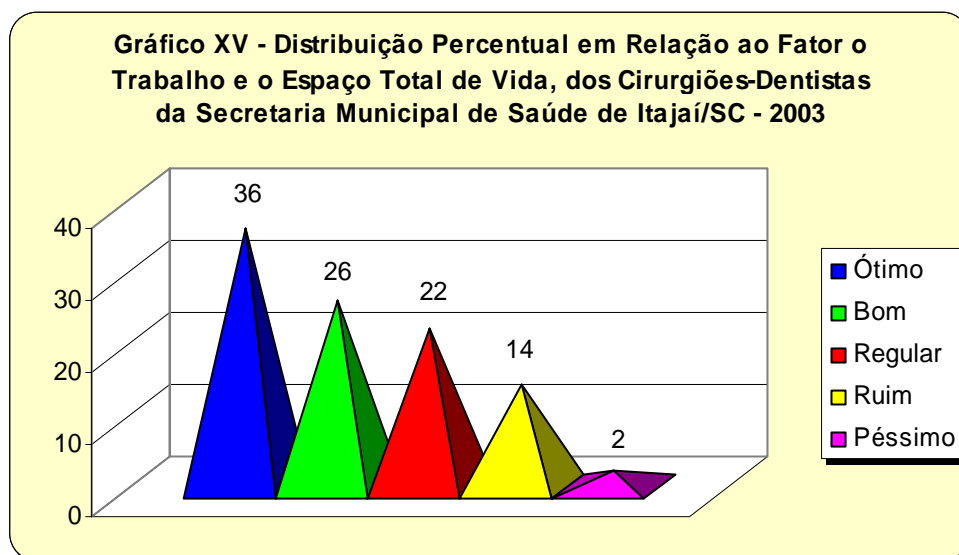


O fator constitucionalismo, ou seja, à existência de normas e procedimentos que estabelecem claramente os direitos e os deveres dos trabalhadores aponta para um ótimo

desempenho, pois apenas 4% dos entrevistados acham ruim esse fator. O percentual elevado é um ponto altamente positivo para a instituição pois demonstra haver um claro e permanente interesse com a preservação do cumprimento das questões legais. Os demais percentuais encontram-se no Gráfico XIV.



O fator trabalho e o espaço total de vida, apresentam bom desempenho, pois 84% dos entrevistados apontam como regular, bom ou ótimo esse fator. Esse percentual elevado indica que embora se por um lado a instituição limite o uso e o desenvolvimento de capacidades e a oportunidade de crescimento, o trabalho não interfere negativamente na vida como um todo, talvez pelo papel balanceado do trabalho pois de maneira geral os profissionais dedicam apenas meio expediente para a instituição, a estabilidade de horários, as poucas mudanças geográficas ou de postos de saúde e no tempo dedicado para lazer da família. O Gráfico XV apresenta os percentuais encontrados.



O fator relevância social da vida no trabalho apresenta, talvez, o melhor desempenho, pois bom e ótimo somam 90%, ou seja, apenas 10% apontam como apenas regular a relevância social da vida do seu trabalho. Esse elevado percentual reforça o encontrado anteriormente pois se por um lado alguns fatores contribuem negativamente para Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), a imagem da empresa, a responsabilidade social da empresa e responsabilidade direta dos profissionais pelos produtos e serviços contribui para que os mesmos estejam satisfeitos com o que fazem e com sua profissão.

Quatro classes foram identificadas através da Classificação Hierárquica e de Partição:

1) Classe A - caracterizada por considerar as condições de oportunidade de crescimento e segurança como regulares, e as condições de compensação adequada e justa, a integração social na instituição e o constitucionalismo como boas;

2) Classe B - caracterizada por considerar ótimas as condições de integração social na instituição, da relevância social da vida no trabalho e do uso e desenvolvimento de capacidades, e considerar boas as condições de oportunidade de crescimento e segurança;

3) Classe C - caracterizada por considerar péssimas as condições de uso e desenvolvimento de capacidades e de oportunidade de crescimento e segurança; e

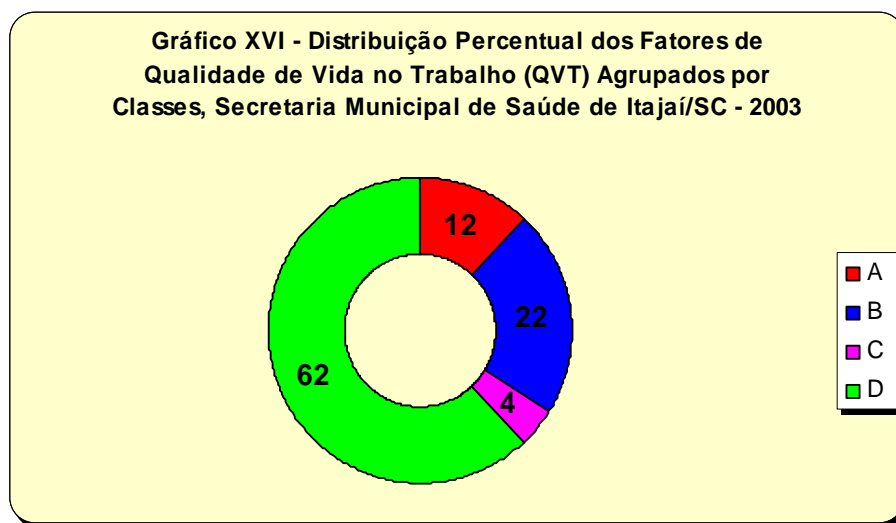
4) Classe D - caracterizada por considerar boas as condições de relevância social da vida no trabalho, ruins as condições de uso e desenvolvimento de capacidades e de oportunidade de crescimento e segurança, e regulares as condições de integração social na instituição.

O Gráfico XVI apresenta a distribuição percentual nas quatro classes identificadas através da metodologia utilizada para tratamento dos dados.

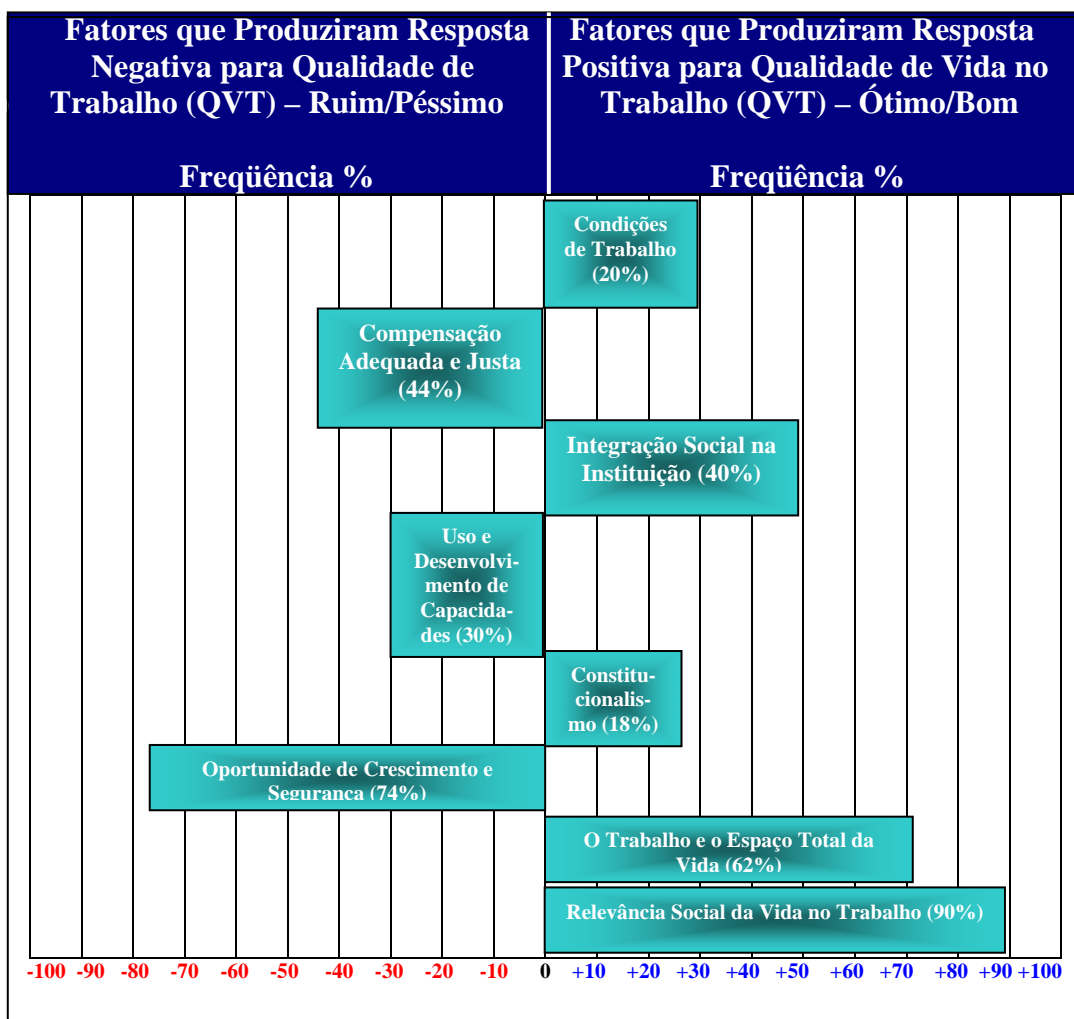
Entretanto, deve-se observar ao analisar os fatores agrupados nas quatro classes que 22% dos profissionais apontam como ótimas as condições de integração social na instituição, relevância social da vida no trabalho e uso e desenvolvimento de capacidades. Por outro lado, 4% apontam como péssimas o uso e desenvolvimento de capacidades e oportunidade de crescimento e segurança.

O Quadro IV apresenta os fatores extremos que associados com Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) obtidos a partir dos dados agrupados nas quatro classes. Observa-se que os fatores extremos mais negativos estão diretamente associados com as políticas de

Gestão de Pessoas da Instituição como:a) compensação adequada e justa; b) uso e desenvolvimento de capacidades; e c) oportunidade de crescimento e segurança.



Quadro IV – Fatores Extremos que Afetam a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), dos Cirurgiões-Dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2003



Por outro lado, observa-se que os fatores extremos mais positivos estão associados tanto com fatores ligados diretamente à Instituição, tais como: a) condições de trabalho; b) integração social na instituição; e c) constitucionalismo, tanto com fatores associados diretamente com o exercício profissional, como: a) o trabalho e o espaço total da vida; e b) relevância social da vida no trabalho. Entretanto, deve-se salientar que o fator que apresentou maior percentual positivo está diretamente ligado ao exercício da profissão.

As comparações de qui-quadrado entre as classes e as variáveis: sexo, idade, renda e tempo de serviço, não deram associação significativa. Para essas análises foram agrupadas as classes A+B e C+D que eram mais semelhantes, as primeiras com percepções mais favoráveis sobre os componentes analisados, e as segundas com percepções menos favoráveis (Apêndice B).

A análise entre esses dois grupos e os dois sexos resultou em um valor de qui-quadrado igual a 0,48 ($p=0,49$), sem significância estatística, indicando não haver associação entre percepções mais ou menos favoráveis e o sexo do cirurgião-dentista.

Por outro lado, a análise entre os dois grupos e os grupos etários com menos de 40 anos ou mais de 40 anos também resultou sem associação, com qui-quadrado igual a 0,24 ($p=0,62$), ou seja, a idade também parece não influenciar nessa percepção.

Paralelamente, a análise entre os dois grupos e a faixa de renda foi feita considerando renda inferior ou superior a 20 salários mínimos, e resultou em qui-quadrado de 0,06 ($p=0,8$), sem significância estatística indicando que a renda não está associada a essas percepções.

Deve-se ressaltar, também, que a análise dos dois grupos com o tempo de serviço, considerado inferior ou superior a 5 anos, também teve resultado sem significância estatística, com qui-quadrado de 0,49 ($p=0,48$), e resultou em qui-quadrado de 0,06 ($p=0,8$), sem significância estatística indicando que o tempo de serviço na instituição não está associado a essas percepções.

Finalmente, os profissionais foram questionados se estimulariam seu filho (a) a fazer Odontologia? 54% responderam que não, 44% sim e 2% não emitiram opinião, ou seja, mais da metade dos profissionais não gostariam que seus filhos ou filhas fizessem Odontologia o que, a princípio, pode sugerir uma certa restrição ao exercício da odontologia. Entretanto, os motivos ainda carecem de maiores pesquisas e a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pode ser um deles.

5.5 SUGESTÕES PARA A INSTITUIÇÃO

A compensação financeira justa e adequada do trabalho do cirurgião-dentista no setor público é a meta a ser perseguida constante e prioritariamente e deve permitir uma dedicação integral para a instituição por parte do profissional.

Permitir o desenvolvimento adequado das capacidades dos profissionais especializados, evitando muitas vezes utilizar profissionais de alto nível em atividades rotineiras.

Sugere-se à instituição pesquisada uma adequada atenção no sentido de proporcionar maior oportunidade de crescimento e segurança para seu corpo de cirurgiões-dentistas, objetivando assim um ambiente mais facilitador para uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

De maneira geral não se pode pensar em qualidade de produtos e serviços com maior produtividade sem programas que proporcionem uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), sendo esse fator o objetivo a ser perseguido por empresas e instituições públicas e privadas.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) dos trabalhadores influi diretamente na execução das metas de uma organização. Esse fator é despertado por programas participativos que objetivam criar melhores condições organizacionais para uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Os cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Itajaí/SC são pouco mais de 50% do sexo feminino, distribuídos preferencialmente em relação a faixa etária entre 30 a 49 anos com média de 35,23 anos. São também em sua maioria casados, 56%.

A renda salarial média se situa em torno de 20,63 salários mínimos, sendo que 36% estão graduados entre 11 e 20 anos e trabalham em média 6,81 anos na Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC. A carga horária semanal total de trabalho para 46% se situa acima de 40 horas. Por outro lado, $\frac{3}{4}$ trabalham em clínica privada e 54% dos profissionais responderam que não estimulariam seu filho (a) a fazer Odontologia.

Os profissionais foram agrupados em quatro classes em relação a sua percepção sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT):

- 12% na Classe A: que é caracterizada por considerar as condições de oportunidade de crescimento e segurança como regulares, e as condições de compensação adequada e justa, a integração social na instituição e o constitucionalismo como boas;

- 22% Classe B: caracterizada por considerar ótimas as condições de integração social na instituição, da relevância social da vida no trabalho e do uso e desenvolvimento de capacidades, e considerar boas as condições de oportunidade de crescimento e segurança;

- 4% Classe C: caracterizada por considerar péssimas as condições de uso e desenvolvimento de capacidades e de oportunidade de crescimento e segurança; e

- 62% Classe D: caracterizada por considerar boas as condições de relevância social da vida no trabalho, ruins as condições de uso e desenvolvimento de capacidades e de

oportunidade de crescimento e segurança, e regulares as condições de integração social na instituição.

As comparações de qui-quadrado entre as classes e as variáveis: sexo, idade, renda e tempo de serviço indicam não haver associação entre percepções mais ou menos favoráveis e o sexo do cirurgião-dentista. A idade também parece não influenciar nessa percepção bem como a renda não está associada a elas.

O tempo de serviço, considerado inferior ou superior a 5 anos, também teve resultado sem significância estatística indicando que o tempo de serviço na instituição não está associado a percepções mais ou menos favoráveis.

Fatores que produziram resposta negativa para a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): compensação adequada e justa; uso e desenvolvimento de capacidades e oportunidade de crescimento e segurança.

Fatores que produziram resposta positiva para a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): condições de trabalho, integração social na instituição, constitucionalismo, o trabalho e o espaço total da vida e relevância social da vida no trabalho.

Cabe insistir, ainda, na perseguição de evidências adicionais para o presente estudo, pois é possível que, em outras situações, as características dos fatores pesquisados estejam associadas com outros elementos. Essas possibilidades não devem ser descartadas, a princípio, mas pelo contrário estimuladas a se constituir em hipóteses a serem testadas.

Recomenda-se, também, a realização de estudos dessa natureza com um maior ou menor grau de controle sobre as variáveis independentes, de forma a melhorar o nível de precisão das análises e conclusões, independente do desafio que tem caracterizado esses tipos de estudos no setor público.

Por fim, maiores investigações devem ser realizadas no sentido de que fatores externos como condições políticas, econômicas e sociais sejam pesquisados e que de alguma forma possam interferir na instituição analisada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BONFATTI, R. Os sentidos do trabalho. In: 8º Congresso Brasileiro de Ergonomia (2000: Florianópolis). Anais... Florianópolis: ABERGO -Associação Brasileira de Ergonomia, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/91. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/92. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 93. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. MS - Ministério da Saúde. 2000. Disponível em <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BROWN, J. A. C. A psicologia social da indústria. São Paulo: Atlas, 1972.
- BÚRIGO, C. C. D. Qualidade de vida no trabalho: dilemas e perspectivas. Florianópolis: Insular, 1997.
- CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JUNIOR, M.; TONON, L. M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998, cap, p. 11-26.
- CAMUSSO, L. Guida ai Viaggi nell' Europa del 1942. Milão: Editoriale Giorgio Mondadori. 1990.
- CAPOBIANCO, C. N. Mais envolvimento e participação: QVT. Tendências do Trabalho. p.14-18,jun, 1986.
- COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. Política social e descentralização: o caso do setor saúde. CONASEMS, São Paulo, ano 3, n. 37, p.15, nov./dez.1997.
- DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo, Atlas, 1994.

- DETONI, D. Estratégias de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: estudos de caso em agroindústrias. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2001.
- DOREN, C. V. A History of Knowledge. New York: Ed. Ballantine Books. 1992.
- DURANT, W. A História da Civilização - Nossa Herança Oriental. Rio de Janeiro: Ed.Record,1963.
- EVANS, P. Carreira sucesso e qualidade de vida. Revista de Administração de Empresas. n.3, v.36, p.14-22, jul/ago/set. 1996.
- FAYOL, H. Administração Industrial e Geral, São Paulo: Atlas, 1956.
- FERNANDES, E. C. Qualidade de vida no trabalho (QVT)- A renovação das empresas para os anos 70. Tendências do Trabalho. p. 10-21, ago 1988.
- FERNANDES, E. C.; GUTIERREZ, L. H. Qualidade de Vida no Trabalho- uma experiência brasileira. Revista de Administração, v.23, n.4, p.29-38, out/dez, 1988.
- FERNANDES, E. C.; GUTIERREZ, L.H. Uma experiência brasileira de implementação de QVT. Tendências do Trabalho. p. 23-27, abr, 1989.
- FERNANDES, E.C.; RÉNDON, J. V. Sondagens de opinião interna como instrumentos de informação. Revista de administração. São Paulo, v.27, n.1, p. 36-48, jan/mar 1992.
- FRANÇA, A. C. L. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. Revista Brasileira de Medicina Psicossomática. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 79-83, abr/mai/jun,1997.
- FRANÇA, A. C. L.; ALBUQUERQUE, L. G. de Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. Revista de Administração. São Paulo, v.33, n.2, p.40-1, abr/jun 1998.
- FRENZEL, R. A influência da qualidade de vida do indivíduo na competitividade das empresas. Tendências do Trabalho. n. 228, p.12-13, jul, 1993.
- HACKMAN, R.; OLDHAM, G. Development of the job diagnostic survey. Journal of Applied Psychology, v.60, n.2, p.159-170, 1975.
- HONÓRIO, L. C.; MARQUES, A. L. Reforma estrutural das telecomunicações no Brasil; um estudo sobre qualidade de vida no trabalho em uma empresa de telefonia celular. Revista de Administração. São Paulo, v.36, n.2, p. 57-66, abr/jun 2001.
- HUBERMAN, L. História da riqueza do homem. 21^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.
- KARCH, R. Só falar não adianta. Inovação Empresarial. p.4-6, jul, 1995.

- LADEIRA, M. B. O processo do stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. Revista de administração. São Paulo, v.31, n.1, p.64-74, jan/mar 1996.
- LIMA, I. S. Qualidade de vida no trabalho na construção de edificações: avaliação do nível de satisfação dos operários de empresas de pequeno porte. Florianópolis, PPGEP/UFSC, 1995. (Tese de Doutorado)
- LIMONGI, A. C. A qualidade de vida no trabalho. Revista SOS, n.180, p.9-11, abr, 1995.
- MACEDO, D. Como a qualidade de vida no trabalho pode aumentar o desempenho da empresa-estudo de caso. Tendências do Trabalho. n.230, p.18-26, set, 1993.
- MORAES, L. R. F. Resgatar a questão da qualidade de vida no trabalho - Uma imposição atual. Tendências do Trabalho. p.21-22, abr 1989.
- MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho.Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 41, n.3, p.8-16, jul/set 2001.
- NADLER, D.; LAWLER, E. Quality of Work Life: Perspectives and directions. Organisation Dynamics.11: 20-30, winter, 1983
- NEVES, C. Qualidade de vida nas empresas. Treinamento e Desenvolvimento. p. 22-38, mar.1994.
- NEVES, C. Qualidade: Uma luta em favor da vida. Treinamento e Desenvolvimento. p.5-10, maio, 1994.
- OLIVEIRA, A. G. R. da C.O.; SOUZA, E. C .F. de S. A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. Disponível em: [www. geocities.com/Athens](http://www.geocities.com/Athens). Acesso em: 11/03/2000.
- OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador.Cadernos de Saúde Pública. v.13, n.4.Rio de Janeiro, out/dez 1997.
- PIRES DO RIO, L. M. S. Ergonomia odontológica. Revista do CRO MG. v.6, n.1, jan/abr 2000.
- QUELHAS, O. L.; MORGADO, C. do R. A importância da QVT para a competitividade.Tendências do Trabalho. p. 17-26, nov.1993.
- QUIRINO, T. R.; XAVIER, O. S. Qualidade de vida no trabalho de organização de pesquisa. Revista de administração. v.22(1), p.71-82, jan/mar 1987.
- REGIS FILHO, G. I. Lesões por esforços repetitivos em cirurgiões-dentistas: aspectos epidemiológicos, biomecânicos e clínicos – uma abordagem ergonômica. 2000. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) - UFSC, 2000.

- REGIS FILHO, G. I.; LOPES, M. C. Qualidade de vida no trabalho: a empresa holística e a ecologia empresarial. *Revista de Administração*. São Paulo, v.36, n.3, p. 95-99, jul/set 2001.
- REIBNITZ JUNIOR, C. Egressos do curso de odontologia da UFSC e sua inserção no mercado de trabalho. 2003. F Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- LOPES, M. C. Fatores Motivacionais no Trabalho em Serviços de Saúde Pública- Uma abordagem ergonômica. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) - UFSC, 2001.
- LOPES, M. C.; REGIS FILHO, G. I. A motivação humana no trabalho: o desafio da gestão em serviços de saúde pública. Itajaí: UNIVALI, 2003.
- RODRIGUES, M. V. C. Qualidade de Vida no Trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995.
- ROSA, A. G. F. et al. O que fazer nos municípios? Rio de Janeiro: Rede cedros, 1992.
- SIEVERS, B. Reflexões sobre a relação entre o trabalho, a morte e a própria vida. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v.37, n.3, p. 6-9, jul-set 1997.
- SILVA, J. L. F. da. Gestão participativa e produtividade: uma abordagem da ergonomia. Florianópolis, PPGEP/UFSC, 1995 (Tese de Doutorado).
- SILVA, M. A. D.; DE MARCHI, R. Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho. São Paulo: Ed. Best Seller, 1997.
- SMITH, A. Investigación de la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones. Barcelona: Casa Editorial Bosh, 1974.
- SUCESSO, E. de P. Bom Trabalho e Qualidade de Vida. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora e Dunya Editora, 1998.
- TANNHAUSER, C. L. Qualidade de Vida no Trabalho: contribuições ao papel do psicólogo organizacional. Porto Alegre, 1994. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- TAYLOR, F. W. Princípios de Administração científica. 7ª ed., São Paulo: Atlas, 1987.
- VIEIRA, A. A qualidade de vida no trabalho e o controle da qualidade total. Florianópolis: Insular, 1996.
- VIEIRA, A. A qualidade de vida no trabalho na gestão da qualidade total: um estudo de caso na empresa WEG MOTORES, em Jaraguá do Sul, SC. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina.

VIEIRA, D. F. Qualidade de Vida no Trabalho dos Enfermeiros em Hospital de Ensino. Porto Alegre, 1993. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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

WERTHER, W. B.; DAVIS, K. Administração de recursos humanos. São Paulo: McGrawHill, 1983.

WESTLEY, W.A. Problems and Solutions in the Quality of Working Life. Human relations, v.32, n.2, p.113-123, 1979.

ZORZI, M. E. F. A qualidade e as pessoas. Rh-Informação profissional, n.36,p.50-51, jan,1991.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM
SAÚDE COLETIVA

Prezado Colega:

Estamos enviando a todos os cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí o presente questionário, que pretende fazer uma avaliação da “Qualidade de Vida no Trabalho de Cirurgiões-Dentistas em Serviços Públicos”.

As respostas serão utilizadas em nossa Dissertação de Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC.

Não é necessário se identificar e salientamos que sua colaboração é imprescindível para o sucesso de nosso trabalho e antecipadamente agradecemos ao Colega por atender nossa solicitação.

Cordialmente,

Mônica Sommer Bittencourt, CD

INQUÉRITO SÓCIO/QVT

Unidade de Saúde que trabalha: _____

1. Identificação

1.1 Sexo: 1. () masculino 2. () feminino 1.2 Idade: _____ anos

1.3 Estado Civil: 1. () solteiro 2. () casado 3. () viúvo
4. () divorciado 5. () outro: _____

1.4 Residência (Cidade): _____

1.5 Número de Filhos: _____

1.6 Meio de transporte utilizado para deslocamento residência/serviço/residência:

1.7 Religião: _____

1.8 Moradia: () própria () alugada () outra: _____

1.9 Renda Familiar Mensal em Salários Mínimos: _____

2. Perfil Profissional

2.1 Graduado em Odontologia há quantos anos: _____

2.2 Exerce efetivamente a Odontologia há quantos anos: _____

2.3 Exerce exclusivamente uma especialidade Odontológica? 1. () Sim 2. () Não

2.4 Em caso afirmativo qual? _____ 2.5 Há quantos anos? _____

2.5 Tempo de Serviço no Setor Público? _____

2.6 Tempo de Serviço na Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí? _____

2.7 Jornada de Trabalho Semanal nesse Setor Público? _____

2.8 Jornada de Trabalho Semanal Total? _____

2.9 Trabalha em outro local, onde?

consultório próprio de terceiros assalariado docência

3. Fatores que influenciam na qualidade de vida no trabalho

A) COMPENSAÇÃO ADEQUADA E JUSTA

1. Como você considera o salário/compensação que você recebe?

ótimo bom ruim péssimo

2. Você acredita que profissionais de mesmo nível estão recebendo o mesmo valor dentro desta prefeitura?

nunca raramente quase sempre sempre

3. Você acredita que profissionais de mesmo nível estão recebendo o mesmo valor em outras prefeituras?

nunca raramente quase sempre sempre

4. Você acredita que o seu salário é compatível com o mercado de trabalho?

não pouco compatível compatível muito compatível

5. Comparando com o dos seus colegas de trabalho, você acha seu salário:

nada justo pouco justo justo muito justo

6. Você acha que a proporção salarial entre os diferentes níveis hierárquicos nesta instituição é:

ótima boa ruim péssima

B) CONDIÇÕES DE TRABALHO

1. O que você acha das condições de higiene, limpeza, ventilação (salubridade) de seu local de trabalho?

ótimas boas ruins péssimas

2. Você acha que a Secretaria Municipal de Saúde se preocupa com a sua segurança física no trabalho?

nunca raramente quase sempre sempre

3. Como você considera a igualdade de distribuição de tarefas em seu trabalho?

ótima boa ruim péssima

4. Como você considera a qualidade dos materiais dentários com que trabalha?

ótima boa ruim péssima

5. No que diz respeito à disponibilidade dos materiais dentários; como você considera suas condições de trabalho?

ótima boa ruim péssima

6. Como você considera suas condições de trabalho no que diz respeito a utilização de equipamentos de proteção individual(luvas, máscara, gorro, guarda-pó,etc...)

ótima boa ruim péssima

C) USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES

1. Como você considera o aproveitamento de suas qualidades e capacidades profissionais no trabalho que você realiza?

ótimo bom ruim péssimo

2. Você considera que seu trabalho lhe oferece oportunidade de exercitar tarefas de decisão (planejamento e organização)

nunca raramente às vezes sempre

3. Você tem informações sobre os resultados dos serviços prestados em seu trabalho?

nunca raramente às vezes sempre

4. Você tem apoio de seu superior imediato para decidir sobre assuntos que são importantes para o seu trabalho?

nunca raramente quase sempre sempre

5. Dentro do trabalho que você realiza; como você considera a variedade das tarefas que executa?

ótima boa ruim péssima

6. Em relação ao nível de complexidade você considera as tarefas que realiza

nada complexas pouco complexas complexas muito complexas

D) OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA

1. Você acredita que a Secretaria Municipal de Saúde lhe dá chances de ser promovido em sua carreira?

nunca raramente às vezes sempre

2. Seu trabalho lhe oportuniza crescimento pessoal?

nunca raramente às vezes sempre

3. Seu trabalho lhe oportuniza crescimento profissional?

nunca raramente às vezes sempre

4. No que diz respeito à estabilidade no emprego, como você se sente?

Muito Insatisfeito Insatisfeito Satisfeito Muito satisfeito

5. No que diz respeito à igualdade de oportunidades oferecidas aos trabalhadores, como você considera seu trabalho?

ótimo bom ruim péssimo

6. Quais suas possibilidades de melhorar ou crescer no seu serviço?

nenhuma poucas muitas não sei

E) INTEGRAÇÃO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

1. Como você se sente em relação à igualdade de tratamento em seu trabalho?

muito satisfeito satisfeito insatisfeito muito insatisfeito

2. Como você considera o relacionamento com seu chefe?

ótimo bom ruim péssimo

3. Como você considera o relacionamento com seus colegas de trabalho?

ótimo bom ruim péssimo

4. Você se sente à vontade para exercer liderança no seu cargo ou na sua função?

nunca raramente quase sempre sempre

5. Você tem feito boas amizades neste emprego?

nenhuma poucas bastante muitas

6. Você acha que há amizade e colaboração no grupo de trabalho?

nenhuma pouca bastante muita

F) CONSTITUCIONALISMO

1. Como você considera o respeito aos direitos trabalhistas dentro desta instituição?

ótimo bom ruim péssimo

2. Como você se sente em relação à liberdade de expressão em seu trabalho?

muito satisfeito satisfeito muito insatisfeito insatisfeito

3. No que diz respeito à existência de normas e rotinas, como você considera seu emprego?

ótimo bom ruim péssimo

4. Como você se sente em relação ao seu ambiente de trabalho no que diz respeito à privacidade pessoal?

muito satisfeito satisfeito muito insatisfeito insatisfeito

5. Como você considera seu trabalho no que diz respeito à flexibilidade de horário?

ótimo bom ruim péssimo

6. A instituição é uma organização dinâmica com normas flexíveis

discordo fortemente discordo concordo concordo fortemente

G) O TRABALHO E O ESPAÇO TOTAL DA VIDA

1. Você acredita que este emprego compromete o tempo dedicado a sua família?

nunca raramente às vezes sempre

2. Você acredita que este emprego compromete o tempo dedicado ao seu lazer?

nunca raramente às vezes sempre

3. Devido a sua dedicação neste emprego você acha que sua vida está sendo

nada prejudicada pouco prejudicada prejudicada muito prejudicada

4. Você acha que sua jornada de trabalho é:

nada excessiva pouco excessiva bastante excessiva muito excessiva

5. Você acredita que os horários de início de sua jornada de trabalho trazem.

nenhum problema poucos problemas problemas muitos problemas

6. Você acredita que os horários de término de sua jornada de trabalho trazem.

nenhum problema poucos problemas problemas muitos problemas

H) RELEVÂNCIA SOCIAL DA VIDA NO TRABALHO

1. No que diz respeito à relevância social, como você considera seu trabalho?

ótimo bom ruim péssimo

2. Como você considera a imagem desta prefeitura?

ótima boa ruim péssima

3. Como você considera a imagem do posto da saúde em que trabalha na comunidade?

ótima boa ruim péssima

4. No que diz respeito à responsabilidade social você considera seu trabalho?

ótimo bom ruim péssimo

5. Como você se considera pelos serviços que presta?

nada responsável pouco responsável responsável muito responsável

6. Seu trabalho oportuniza que você seja útil à sociedade?

nunca raramente às vezes sempre

Estimularia seu filho (a) a fazer Odontologia?

() Sim () Não

Por que?

APÊNDICE B

Distribuição dos indivíduos segundo sexo, faixa etária, renda, tempo de serviço e exercício de outra atividade, na Secretaria Municipal de Saúde, em relação às classes detectadas.

CLASSE E SEXO

Classe	F	M	Total Global
a	5	1	6
b	5	6	11
c	1	1	2
d	15	16	31
Total Global	26	24	50

CLASSE E FAIXA ETÁRIA

Classe	20 A 29	30 A 39	40 A 49	50 A 59	IGNOR	Total Global
a	3	2			1	6
b	3	4	3		1	11
c		1	1			2
d	4	14	7	1	5	31
Total Global	10	21	11	1	7	50

CLASSE E RENDA

Classe	1 A 9	10 A 14	15 A 19	20 A 29	30 A 50	S/RESP	Total Global
a	1	1		2	2		6
b		2	1	3	1	4	11
c			1		1		2
d	1	4	8	11	7		31
Total Global	2	7	10	16	11	4	50

CLASSE E TEMPO DE SERVIÇO NA SECRETARIA (ANOS)

Classe	ATÉ 1	2 A 5	6 A 10	11 A 20	Total Global
A	3	2	1		6
b	3	1	4	3	11
c	1		1		2
d	3	10	5	13	31
Total Global	10	13	11	16	50

CLASSE E EXERCÍCIO DE OUTRA ATIVIDADE

Classe	CONS	DOC	EMPR	NÃO	S/RESP	Total Global
a	4		1	1		6
b	8				3	11
c	2					2
d	25	1	2		3	31
Total Global	39	1	3	1	6	50

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: MESTRADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE
COLETIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Mônica Sommer Bittencourt e estou desenvolvendo a pesquisa Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do Cirurgião-Dentista em Serviços Públicos de saúde – Um Estudo de Caso, com objetivo de definir o perfil dos profissionais e os fatores que interferem na qualidade de vida no trabalho do cirurgião-dentista que trabalha em serviços públicos de saúde. Este estudo será realizado através da aplicação de um questionário, que não trará nenhum risco ou desconforto para o participante. Esperamos que os resultados nos permitam elaborar sugestões adequadas objetivando contribuir para que os dirigentes públicos tomem conhecimento sobre os fatores que interferem na Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) dos profissionais que trabalham em Serviços Públicos de Saúde. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (0**48) 234-1788. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinatura _____

Orientador _____

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho do Cirurgião-Dentista – Um Estudo de Caso, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, ____ de _____ de 2003.

Assinatura: _____

RG: _____