



Fabio Morelli Bessegato

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO AO
TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA**

Piracicaba
2014



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Fabio Morelli Bessegato

“QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO AO
TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA”

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE
APRESENTADA À FACULDADE DE PIRACICABA DA UNICAMP
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA.

Orientador : Prof. Dr. Fabio Luiz Mialhe

Este exemplar corresponde à versão final
da dissertação defendida por
Fabio Morelli Bessegato e orientado pelo
Prof. Dr. Fabio Luiz Mialhe

Assinatura do orientador

Piracicaba
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

B464q Bessegato, Fabio Morelli, 1967-
Qualidade de vida relacionado ao trabalho em serviços de saúde pública /
Fabio Morelli Bessegato. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Fabio Luiz Mialhe.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde pública. I. Mialhe, Fabio Luiz, 1972-. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Related quality of life in the work of public health services

Palavras-chave em inglês:

Public health

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Fabio Luiz Mialhe [Orientador]

Luciane Zanin de Souza

Dagmar de Paula Queluz

Data de defesa: 25-07-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 25 de Julho de 2014, considerou o candidato FABIO MORELLI BESSEGATO aprovado.

Prof. Dr. FABIO LUIZ MIALHE

Profa. Dra. LUCIANE ZANIN DE SOUZA

Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de qualidade de vida relacionado ao trabalho e fatores associados de profissionais dos serviços de saúde pública da rede municipal de Saúde do município de São Carlos – SP. Foi realizado um estudo transversal analítico, mediante a aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho (QVT) de Walton e de um questionário socioeconômico sobre o exercício da profissão e da condição de saúde de todos os dentistas, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), totalizando 191 entrevistados de 29 Unidades de Saúde entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF). A mensuração da qualidade de vida no trabalho (variável dependente) foi calculada pela média resultante dos dados coletados da amostra total e por categoria profissional. A regressão logística simples foi realizada para cada uma das variáveis socioeconômicas, trabalhistas e relacionadas ao estresse (variáveis independentes). A análise múltipla das variáveis independentes foi efetuada quando em conjunto estas apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) com os domínios da QVT. Observou-se que, para os trabalhadores das UBS, a qualidade de vida no trabalho foi satisfatória ($p=0,001$) e estatisticamente significativa para médicos, dentistas e enfermeiros em relação aos agentes comunitários de saúde. Nas USF, os trabalhadores do gênero feminino ($p=0,037$), com nível universitário ou superior ($p=0,009$) e solteiros ($p=0,013$) apresentaram qualidade de vida no trabalho satisfatória estatisticamente significativa em relação aos demais profissionais. Nas UBS, a maioria dos profissionais participantes do estudo referiu QVT satisfatória, exceto os ACS. Por outro lado, nas USF, os enfermeiros e ACS's referiram QVT insatisfatória. Verificou-se no presente estudo que aspectos ligados à categoria profissional estiveram associadas à qualidade de vida no trabalho de profissionais das UBS avaliadas, enquanto que, características relacionadas ao gênero, nível de escolaridade e estado civil estiveram associadas a qualidade de vida no trabalho de profissionais das USF avaliadas. Conclui-se que características pessoais, de formação e da categoria profissional podem afetar a QVT de profissionais de saúde pública.

Palavras-chave: Qualidade de vida, satisfação no emprego, saúde pública, condições de trabalho.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate work-related quality of life, and related factors of health care professionals of public health care services in the city of Sao Carlos, state of Sao Paulo. An analytical cross-sectional study was performed, through the use of Walton's Quality of Work Life (QWL) instrument, and of a socioeconomic questionnaire about the work and health conditions for all dentists, physicians, nurses and community health agents (ACS), a total of 191 persons being interviewed from 29 Health Units, including Basic Healthcare Units (UBSs) and Family Health Units (USFs). Work life quality measurement (dependent variable) was calculated by the resulting average of data collected from the total sample and per professional category. Simple logistic regression was performed for each of the socioeconomic, work-related, and stress-related variables (independent variables). Multiple analysis of independent variables was conducted when they, together, were statistically significant ($p < 0.05$) with QWL domains. It was observed that for UBS professionals, quality of work life was satisfying ($p = 0.001$) and statistically significant for physicians, dentists and nurses compared to community health agents. In USFs, female professionals ($p = 0.037$), with graduated level of education or higher levels ($p = 0.009$), and single ($p = 0.013$), showed satisfying, statistically significant quality of work life compared to other professionals. In UBSs, most professionals participating in the study reported satisfying QWL, except for the community health agents. In contrast, in USFs, nurses and community health agents reported unsatisfactory QWL. This study found that aspects concerning the professional category were associated with quality of work life of professionals at the UBSs studied, while characteristics related to gender, level of education and marital status were associated with quality of work life of professionals at the USFs studied. It is concluded that personal, educational, and category-related characteristics can affect QWL of healthcare professionals.

Key words: quality of life, satisfaction at work, public health, work conditions

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS	xv
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	5
3 PROPOSIÇÃO	39
4 MATERIAL E MÉTODOS	41
5 RESULTADOS	47
6 DISCUSSÃO	63
7 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	79

DEDICATÓRIA

À minha esposa e cúmplice, **Marcia** e ao meu filho **Fabio Augusto**, pelo apoio e compreensão nesta difícil jornada que é a luta de trabalhar, estudar e dar o devido e merecido suporte à família.

À minha família; minha mãe **Maria do Carmo** e meus irmãos, **Henrique** e **Marcio** pelo apoio e incentivo durante estes dois longos anos e,

A meu saudoso pai, **Valdemar Bessegato**, (Gato) que, certamente nesse momento transborda em orgulho de saber do objetivo alcançado pelo seu filho.

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da UNICAMP, **Prof. Dr. Jose Tadeu Jorge**. À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do diretor, **Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques**. À **Prof.^a Dr.^a Cinthia Pereira Machado Tabchoury**, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Ao chefe de Departamento de Odontologia Social, Prof. Dr. Eduardo Daruge Junior e também ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, pela possibilidade de cursar a pós-graduação nesta instituição.

Aos Professores do Departamento de Odontologia Social pelas oportunidades oferecidas no decorrer do curso.

À secretária do Departamento de Odontologia Social, **Eliana Aparecida Mônaco Nogueira**, pela disposição e boa vontade em ajudar.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, pela possibilidade de cursar a pós-graduação na Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

Aos médicos, dentistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos que fizeram parte deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Ao **Prof. Dr. Fábio Luiz Mialhe**, meu orientador, pela dinâmica de trabalho, suporte, incentivo e participação direta em todas as etapas desta pesquisa. Durante esses dois anos de convivência, percebi que, além de valiosos e concisos, seus direcionamentos extremamente profissionais foram necessários para que pudesse seguir além dos objetivos. Agradeço pelo entendimento, compreensão e ajuda nas minhas dificuldades profissionais e pessoais. Credito isso à confiança depositada no meu trabalho. Obrigado por me dar autonomia e, paralelamente a isto, sua disposição em sempre a me indicar o melhor caminho, o que me fez absorver o verdadeiro sentido de saber exercer a autonomia. Minha gratidão é eterna e o prazer de poder ser seu orientado é ímpar.

Ao **Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira**, pela capacidade de transbordar conhecimento técnico-científico-pedagógico. É um lugar comum qualquer adjetivo relativo à sua capacidade como docente. Sinto-me extremamente honrado em tê-lo como docente de minha pós-graduação. Meu sincero muito obrigado.

À **Prof^ª. Dra. Marilda Siriani de Oliveira**, que foi a pessoa que me deu a chance de poder exercer a Saúde Coletiva, na Estratégia da Saúde da Família e Comunidade, professora, gestora, modelo de profissional exemplar, por me incentivar, apoiar e possibilitar o início desta minha caminhada na Saúde Coletiva. Sou muito grato à confiança depositada por mim desde maio/2007.

À **Prof^ª. Dr^a. Luciane Miranda Guerra**, que se não fosse pelos mais de 25 anos de amizade, desde o nosso ingresso na graduação, diria que com o destino realmente não se pode brincar. Lembro-me de uma conversa informal de confraternização de 20 anos de formatura, e hoje, se sou mestre em Saúde Coletiva, foi porque você, amiga Lu, me direcionou para a seleção de mestrado na FOP/Unicamp. Mais uma vez, meu muito obrigado.

À **Prof^ª. Dr^a. Karina Laura Cortelazzi e Prof^ª. Fabiana de Lima Vasquez**, colaboradoras do Departamento de Odontologia Social da FOP/Unicamp. Meus sinceros agradecimentos pela paciência com a qual sempre devolveram minhas demandas com a mesma celeridade com que as solicitei. Muito Obrigado.

Agradeço a todos da turma, pelos dois anos de convivência e amizade. Foram dois anos de encontros mensais de muitas obrigações e também de muitos momentos alegres. Obrigado pela companhia e cumplicidade.

Também agradeço às verdadeiras amigadas conquistadas na pós-graduação. Formamos nestes dois anos um grupo muito coeso, responsável, atento aos prazos e as obrigações. Deixo um agradecimento especial a alguns colegas e, de acordo com minha filosofia de vida de, que nada acontece por acaso, desde os encontros, passando pelas provações, onde nossas dificuldades e proporcionalmente nossas alegrias são de acordo com o nosso merecimento, sempre em processo constante de engrandecimento espiritual, meus grandes “amigos irmãos”, **Nelo Augusto Poletto e Mauricio Nambu**, vocês estarão sempre na minha memória. Nós fomos como uma família nesses dois anos. Com certeza, incluo neste rol, **Lucia Tutui e Luizete Pereira**. Aos queridos amigos de Piracicaba/SP, **Karina, Sandra, Darlene, Dr. Fernando, Dr. Rogério, Mayra**, obrigado pelos momentos de alegria, motivação, e também de ajuda quando tive algumas dificuldades pessoais. Foi extremamente importante e imprescindível para continuar seguindo em frente, quando do momento de dificuldade. Meu muito obrigado.

A querida amiga **Maria Silvia Bergo Guerra**, que você continue sendo sempre essa pessoa que sempre demonstrou ser.

Agradecimento especial ao **Prof.º Drº Ageo Mário Candido Silva**, e a **Prof.ª Drª Gisele Pedroso Moi**, pela contribuição providencial no “Sprint” final deste trabalho. Foi de suma importância a vossa participação.

Agradeço também a todos aqueles que foram senhores do seu silêncio para não serem escravos de suas palavras, pois como todo ser humano é passível de erro, se por algum motivo falhei com alguém, seja qual for o motivo, que esta seja mais uma oportunidade de remissão e, finalmente; agradeço a Deus, pela oportunidade de poder ter a chance de absorver ensinamentos de pessoas especiais que dividem comigo a finalização deste trabalho. Obrigado à todos.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é definida como não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social e recentemente tem sido reforçado o uso da avaliação da qualidade de vida como um conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde (1948).

E para o grupo de qualidade de vida da OMS, o conceito de qualidade de vida refere-se à “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The Whoqol Group, 1995).

Sendo assim, qualidade de vida é um conceito subjetivo, baseado na perspectiva do sujeito, pois é a pessoa que melhor pode definir e relatar sobre suas expectativas, satisfação e bem estar (The Whoqol Group, 1995).

Gill e Feinstein (1994) diferenciaram qualidade de vida de condição de saúde ao afirmarem que “qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do status de saúde, é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu status de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida”.

Para medir a qualidade de vida, McKenna e Whalley (1998) identificam duas abordagens: uma direcionada para um modelo funcionalista e outra baseada nas necessidades ou modelo de satisfação. Assim, segundo os autores, é possível agrupar os modelos teóricos em dois grupos: o modelo de satisfação e o modelo funcionalista.

O modelo da satisfação foi desenvolvido a partir de abordagens sociológicas e psicológicas de “felicidade” e “bem-estar” (Diener, 1984). Duas contribuições importantes ao modelo teórico da satisfação podem ser observadas na literatura. A primeira contribuição advém originalmente das ideias de Thomas More (1994) e de Abrahan Maslow (1954) sobre a presença de necessidades básicas do ser humano que precisam ser preenchidas para que este possa se sentir bem e seriam, por exemplo, saúde, mobilidade, nutrição e abrigo (Diener, 1984). O modelo, ao considerar que existem necessidades básicas universais, respalda a ideia de que é possível desenvolver um instrumento de qualidade de vida com uma perspectiva transcultural (Diener, 1984).

Uma segunda contribuição, chamada abordagem cognitiva individual, considera a qualidade de vida como uma percepção idiossincrática que só pode ser medida individualmente, que serve como base teórica dos instrumentos SEIQOL (Self Evaluation Instrument for Quality of Life), onde o escore marcado no domínio tem importância atribuída a este mesmo domínio pelo respondente (Diener, 1984).

O modelo funcionalista considera que, para ter uma boa qualidade de vida, o indivíduo precisa estar “funcionando” bem, isto é, desempenhando de forma satisfatória seu papel social e as funções que valoriza. Assim a doença torna-se um problema na medida em que interfere no desempenho desses papéis e, implicitamente a saúde é considerada o maior valor da existência (McKenna e Whalley, 1998).

Entretanto, para Albrecht e Devlieger (1999), o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (health-related quality of life) serviu para agrupar vários instrumentos de base teórica funcionalista o que faz o modelo funcionalista ser questionado se é de fato adequado para avaliar a qualidade de vida pelo “paradoxo da deficiência”. Os referidos autores, utilizando metodologia qualitativa, demonstraram que indivíduos com patologias graves e persistentes podem relatar boa ou excelente qualidade de vida, mesmo quando a maioria dos observadores externos a qualificaria como indesejável. Neste caso, a percepção de uma boa qualidade de vida adviria de uma convivência de forma satisfatória desses indivíduos com as limitações impostas pela deficiência.

Por isso, cada vez mais empresas estão buscando acompanhar as modificações ocorridas no ambiente empresarial, e em consequência disso, concentram grande parte dos seus esforços em possuir um diferencial que lhes possa garantir alguma vantagem competitiva no mercado (Limongi-França 2004).

Diferentemente do setor privado, o trabalhador do serviço público de saúde está inserido em um contexto onde o lucro agregado não é o objetivo final da instituição (Beulke-Bertó 1977).

A ideia de vantagem competitiva, voltada para a produção de resultados elevados, foca o lado humano, porém, sem deixar de lado a importância e necessidade da obtenção dos lucros, desenhou novos contornos do trabalho, assumindo uma configuração laboral multifatorial, tornando essa “competição” entre os trabalhadores no setor privado

extremamente importante para o crescimento do trabalhador dentro da empresa e consequentemente da empresa como um todo (Limongi-França, 2004).

Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um conceito multifatorial de qualidade de vida, a partir de cinco dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), (4) relações sociais e (5) meio-ambiente. Trata-se de uma visão global, que considera as várias dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo (The Whoqol Group, 1994).

A partir destes referenciais, o conceito de qualidade de vida vem sendo expandida para várias áreas, inclusive no contexto do trabalho, fato que fez surgir o termo “Qualidade de Vida no Trabalho” que abrange a “conciliação dos interesses dos indivíduos e das organizações, ou seja, ao mesmo tempo em que melhora a satisfação do trabalhador, melhora a produtividade da empresa” (Fernandes, 1996).

Neste contexto, no qual o ser humano é o centro motor do processo, a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) procura oferecer ao trabalhador boas condições laborais para o desenvolvimento de sua tarefa com satisfação e bem-estar (Timossi, 2009a).

Diante do exposto e sabendo que Qualidade de Vida atualmente é um conceito necessário na prática dos cuidados e em pesquisas sobre a saúde das populações, surgiu o interesse em avaliar o nível de Qualidade de Vida relacionado ao Trabalho (QVT) de profissionais do serviço público de saúde da rede municipal de Saúde do município de São Carlos – SP, mediante a aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho (QVT) de Walton, e fatores relacionados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade de Vida no Trabalho

Fernandes (1996) descreve que “não se pode falar em qualidade de produtos e serviços se aqueles que vão produzi-los não têm qualidade de vida no trabalho”.

Por esta lógica, Albuquerque e Limongi França (2003), afirmaram que Qualidade de Vida no Trabalho pode ser definida como um “conjunto de ações que uma empresa desenvolve para a implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho”.

Por conseguinte Fernandes (1996), concluiu que a análise dos dados obtidos poderá levar à tona aspectos interessantes das realidades individuais dos trabalhadores, relativo às suas percepções ante as suas posições na vida, as influencias do contexto no qual estão inseridos, da cultura e sistema de valores nos quais vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações acerca da qualidade de vida no trabalho (The Whoqol Group,1994).

Corrêa et al. (2012) apresentou uma análise crítica, de natureza descritiva sobre a produção bibliográfica nacional da temática QVT na área de gestão, no período de 2000 a 2011, e trouxe conclusões interessantes acerca do instrumento de Walton. O referido estudo apresenta abordagem qualitativa que abrangeu a busca, leitura, análise e interpretação de conteúdos de 69 artigos, sendo 16 oriundos de periódicos e 53 identificados em anais. Após processo de categorização, cinco unidades de análise foram eleitas para a produção bibliográfica da QVT: (1) dimensão teórico-conceitual; (2) propostas do estudo; (3) utilização de modelos e instrumentos; (4) metodologia utilizada e (5) considerações finais. Finalizadas as análises, por meio da análise conteúdo de Bardin das cinco unidades, verificou-se que o instrumento de Walton foi o mais citado como referência teórica utilizada nos estudos, prevalecendo o uso em larga escala de instrumentos criados pelos próprios pesquisadores no momento da pesquisa.

O instrumento de Walton, conforme averiguou o estudo acima, foi o mais usado isoladamente ou de forma combinada entre os estudos, o que reforça a ideia da utilização frequente do referido instrumento. Dentre as conclusões do estudo, os autores descrevem que:

[...] a presença de estudos que conseguiram identificar o caráter instrumental da Qualidade de Vida no Trabalho e o controle do indivíduo em contexto de trabalho é muito baixa, o que mostra a escassez de estudos críticos, organizados de modo a dar contribuições para o avanço da compreensão deste fenômeno pelas organizações e para o avanço de discussões que se mostram associadas a ele, tal como, a organização do trabalho e a responsabilidade social interna, compreendida como um aspecto estratégico para as organizações, mas substancialmente necessário ao reconhecimento do fato humano ali presente (Corrêa et al, 2012).

Além disso, os autores acreditam que considerações desta natureza poderão incentivar interesses de pesquisa para elevar a compreensão do tema de uma visão assistencialista para um campo de construção e atendimento dos sentidos e significados no mundo do trabalho, tendo o indivíduo como centro desta discussão. O cenário econômico e social passa por constantes e profundas transformações e afetam direta e indiretamente o trabalho dos indivíduos, sendo a QVT um fenômeno que também sofre essa consequência, concluiu Corrêa et al. (2010).

Repensar as práticas, os valores e os conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde quando desta reorganização e reorientação, segundo Fernandes et al. (2010) pode levar à ampliação das complexidades das ações a serem desenvolvidas e ao aumento os limites e possibilidades de atuação, o que requer dos profissionais envolvidos novas habilidades para trabalhar dentro deste contexto.

Richard Walton (1980) conseguiu demonstrar que a QVT passa toda uma expectativa e subjetividade voltada para as possibilidades de crescimento, para o uso e desenvolvimento das capacidades, para a integração social, para o uso do tempo e outras

atividades além do trabalho, para a participação nas tomadas de decisões, ou seja, toda uma autoestima do trabalhador e que, a partir de Walton, os estudos sobre a QVT começaram a se voltar também para a subjetividade como uma forma de intermediação (Taveira, 2006).

2.2 Qualidade de Vida no Trabalho – Evolução Histórica

Segundo Tolfo e Piccinini (2001) nos anos 50, pesquisadores como Eric Trist e seus colaboradores do Tavistok Institute em Londres, são considerados os precursores de investigações ligadas ao tema da Qualidade de Vida no Trabalho, pois iniciaram uma série de estudos que deram origem a uma abordagem sociotécnica, fazendo com que a QVT com o passar do tempo ficasse mais abrangente, deixando de se restringir apenas ao local de trabalho.

De acordo com Garcia (1980), abordagem sociotécnica tem como objetivo, desvendar os requisitos principais de qualquer sistema tecnológico e as influências destes sobre o desempenho dos indivíduos nele envolvidos, de modo que a eficácia do conjunto dependa da adequação deste sistema em atender os requisitos do sistema técnico.

Na década de 60, nos Estados Unidos da América, cientistas sociais, líderes sindicais, empresários e governantes, tiveram a iniciativa de buscar melhorias, a partir da conscientização da importância de se buscarem melhores formas de organizar o trabalho, com a finalidade de minimizar os seus efeitos negativos sobre o trabalhador e alcançar o seu bem-estar geral. A expressão “qualidade de vida no trabalho” só foi divulgada publicamente no início da década de 70, pelo professor Louis Davis da UCLA, Los Angeles, tornando mais vasto o seu trabalho sobre o projeto de desenho de cargos, pois, para ele, o conceito de QVT refere-se à preocupação com o bem-estar geral e a saúde dos trabalhadores no desempenho de suas tarefas (Moretti e Treichel, 2003).

Posteriormente, alguns autores europeus desenvolveram outras conceituações dentro da abordagem sociotécnica e da democracia industrial. Então, segundo Chiavenato (2004), surge na década de 1970, com Louis Davis como precursor, um movimento pela qualidade de vida no trabalho, principalmente nos EUA, devido à preocupação com a competitividade internacional e ao grande sucesso dos estilos e das técnicas gerenciais dos

programas de produtividade japonesa, centrada nos empregados. Existia uma tentativa de integrar os interesses dos empregados e empregadores através de práticas gerenciais capazes de reduzirem os conflitos. Ferreira et al. (1999), Hampton (1991), Rodrigues (1999) e Ceccim (2007) citam o australiano Elton Mayo em suas pesquisas sobre QVT. Elton Mayo era sociólogo, psicólogo e o criador da teoria das relações humanas, na qual há uma compreensão de que os trabalhadores constroem relações e estas superam a simples distribuição de funções na produção do trabalho, o que contribuiu sobremaneira com os estudos sobre comportamento humano e acerca da motivação dos indivíduos para a obtenção das metas organizacionais e da Qualidade de Vida do Trabalhador.

Qualidade de vida no trabalho, de acordo com França (1997), é um conceito abrangente e que veio mudando ao longo das décadas e ao longo da evolução das empresas. Esta autora define a QVT como:

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

Da mesma forma, para Vasconcelos (2001), a construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se passou a avaliar a empresa e as pessoas como um todo, o que se denomina de enfoque biopsicossocial.

Para Chiavenato (2004), a organização que quiser atender bem o cliente não poderá se esquecer de atender bem o cliente como um todo. Mais uma vez percebe-se que a gestão da qualidade total nas organizações depende, fundamentalmente, do aproveitamento do potencial humano, e isso, por conseguinte, depende de quão bem as pessoas se sentem trabalhando na organização. Assim, percebe-se que a QVT procura criar uma relação

harmoniosa entre empregado e empregador através de um ambiente humanizado que seja bom para ambos.

Segundo Balsanelli e Jericó (2005), em estudo sobre a gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras, afirmam que buscar a excelência nas ações em saúde aparece como condição essencial nos dias atuais para atender os anseios dos clientes e superara suas expectativas torna-se prioridade para as organizações.

Laet (1998) descreve em seu estudo sobre a experiência de gerenciamento de enfermagem em unidade de cardiologia que a qualidade consiste em alcançar os resultados desejados pela empresa e, simultaneamente, encantar aqueles que consomem nossos produtos e/ou serviços. Portanto, um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo, às expectativas do cliente.

Nesse contexto, a Gestão de Qualidade Total (GQT), emerge como modelo gerencial sendo definida como um sistema que parte do reconhecimento das necessidades das pessoas estabelecendo padrões. Em seguida, tenta mantê-los, assegurando que os anseios serão sempre satisfeitos, e melhorá-los continuamente para garantir que os clientes continuarão precisando e desejando o produto ou serviço prestado (Nogueira, 1996).

Timossi (2009a), concluiu que: “Para avaliar a QVT, os modelos mais frequentemente utilizados são os de Walton (1973), Hackman e Oldham (1975), Westley (1979), Werther e Davis (1983), Nadler e Lawler (1983), pois apresentam propriedades psicométricas satisfatórias como validação, consistência e confiabilidade.

O modelo de Richard Walton (1973) é constituído pelo maior número de dimensões – oito ao todo, apresentando uma maior abrangência sobre as características associadas à qualidade de vida no trabalho, inclusive, a aspectos presentes na vida de não trabalho, sendo o pioneiro neste tipo de avaliação.

No modelo de Hackman e Oldham (1975), os autores consideram que três fatores influenciam na motivação no ambiente laboral, denominados Estados Psicológicos Críticos. São eles: 1.conhecimento e resultados do seu trabalho; 2.responsabilidade percebida pelos resultados do seu trabalho e; 3.significância percebida do seu trabalho.

Mais recentemente, este modelo também serviu como base para os estudos de Chang Junior e Albuquerque (2002) e Davis e Newstrom (2004).

Os autores descrevem que fatores secundários podem influenciar nas dimensões do trabalho e nos resultados, denominados Resultados Pessoais e do Trabalho: motivação interna ao trabalho; satisfação geral com o trabalho; satisfação com a sua produtividade e; absenteísmo e rotatividade. Por fim, existe a Necessidade de Crescimento Individual, que se correlaciona diretamente com as Dimensões Essenciais do Trabalho e os Resultados Pessoais e do Trabalho (Hackman e Oldham, 1975).

Seguindo essa linha de raciocínio, os referidos autores propõem o seguinte modelo, como mostram na figura 1:

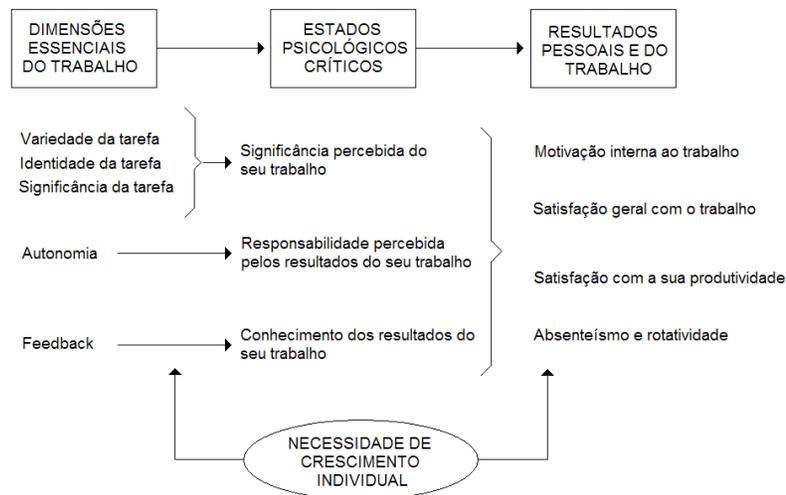


Figura 1 - Modelo de QVT de Hackman e Oldham (1975) adaptado pelo autor.

Fonte: Hackman e Oldham (1974) apud Silva et al. (2010).

Para os autores, as cinco Dimensões Essenciais do Trabalho, associadas entre si, produzem um indicador denominado Potencial Motivador do Trabalho. Este "indica o grau até o qual o trabalho é considerado Significativo, fomenta a Responsabilidade e promove o Conhecimento dos Resultados". O cálculo desse escore está calçado na idéia de que "antes que um programa de enriquecimento de trabalho [QVT] tenha início, um empregador precisa estudar tarefas para avaliar quanto elas contêm variedade, identidade, significância, autonomia e feedback". Sob esse enfoque, ressalta-se a importância da

existência de uma ferramenta para a determinação, através de uma abordagem quantitativa, do nível de motivação proporcionado pelo trabalho, escreveram Davis e Newstrom (2004).

Os referidos autores preconizam a “remuneração baseada nas habilidades”, onde o trabalhador, de acordo com o seu conhecimento em múltiplas funções, será recompensado pela amplitude, profundidade e tipos de habilidades nas quais ele demonstra competência, sendo remunerado de acordo com o nível de desempenho.

Ainda sobre o modelo de QVT de Hackman e Oldhan (1975), há a estruturação da teoria baseado em um instrumento quantitativo. Cada uma das Dimensões Essenciais do Trabalho é representada através de três questões, totalizando 15 questões fechadas, com uma escala de respostas do tipo Likert de sete alternativas. Através da média aritmética entre os escores das dimensões Variedade da Tarefa, Identidade da Tarefa e Significância da Tarefa, seguido de uma multiplicação pelos escores das dimensões Autonomia e Feedback, obtém-se um escore que determina o nível de motivação proporcionado por um trabalho. Este escore, denominado Potencial Motivador do Trabalho, é calculado a partir da seguinte fórmula:

$$\frac{(a + b + c)}{3} \times \text{Autonomia} \times \text{Feedback}$$

Onde “a” é a variedade da tarefa, “b” é a identidade da tarefa e “c” é o significado da tarefa.

Ainda que pioneiro em relação à quantificação da variável QVT, este modelo apresenta fragilidades. Os referidos autores não estudaram o ambiente laboral em si, mas apenas realizaram uma abordagem comportamental do trabalho propriamente dito, enaltecendo unicamente uma característica proveniente do ambiente laboral: a satisfação (Hackman e Oldhan, 1975).

Já o modelo de William Westley (1979) tem como base quatro elementos que podem tornar-se empecilhos para a qualidade de vida no trabalho: o problema político, que traz como consequência a insegurança; o psicológico, que provoca a alienação; o econômico, que traz o problema da injustiça e o sociológico, que provoca a falta de organização (Reis Júnior, 2008).

Estes problemas oriundos do ambiente de trabalho podem ser de ordem política (instabilidade no emprego), econômica (desigualdade salarial), psicológica (alienação, baixa autoestima) e sociológica (anomia, carência de uma legislação trabalhista) e Westley sugere que cada uma dessas categorias deve ser analisada individualmente para a busca das soluções destes problemas (Reis Júnior, 2008).

Tipos de reivindicação	Problemática	Agente resolvente	Consequências	Formas de reversão
Econômica (1850-1950)	Injustiça	Sindicatos	Insatisfação	Descentralização do poder
			Greves	Compensação justa
			Queda da produtividade	Participação nos lucros e resultados
Política (1850-1950)	Insegurança	Partidos políticos	Insatisfação	Autonomia
		II Guerra Mundial	Greves	
Psicológica (1950-?)	Alienação	Agentes de mudança	Queda da produtividade	Feedback
			Descompromisso	Enriquecimento do trabalho
			Absenteísmo	
Sociológica (1950-?)	Anomia	Equipes de alta performance	Rotatividade	Grupos de trabalho fundamentados na abordagem sociotécnica
			Sentimento de insignificância	
			Absenteísmo	

Figura 2: problemas que afetam a QVT, e suas soluções segundo Westley (1979).

Fonte: Westley, 1979 apud Reis Júnior (2008).

Para o problema econômico, a união e a cooperação dos trabalhadores, com participação nas decisões e lucros da empresa seria a solução; para a questão política, a criação de políticas públicas tendo como intermediário o sindicato; na questão social, para minimizar anomia (falta de envolvimento com o trabalho), a solução seria o autodesenvolvimento e os métodos do trabalho em equipe e; para o problema psicológico, expressado pelo absenteísmo e desinteresse, a solução seria a auto avaliação e informações sobre desempenho (Reis Júnior, 2008).

Entretanto, aborda somente a principal problemática das dimensões econômica, política, psicológica e sociológica, sem a preocupação de levantar demais indicadores da QVT para tais dimensões (Reis Júnior, 2008).

Rushel (1993) apud Fernandes (1996) atualizou o modelo e atribui indicadores a cada dimensão, sendo assim o novo modelo de Westley, segundo Rushel, apresenta a seguinte estrutura:

Indicadores	Variáveis
Econômico	Equidade salarial
	Remuneração adequada
	Benefícios
	Local de trabalho
	Carga horária
	Ambiente externo
Político	Segurança no emprego
	Atuação sindical
	Retroinformação
	Liberdade de expressão
	Valorização do cargo
	Relacionamento com a chefia
Psicológico	Realização potencial
	Nível de desafio
	Desenvolvimento pessoal
	Desenvolvimento profissional
	Criatividade
	Auto-avaliação
	Variedade de tarefa
	Identidade com a tarefa
Sociológico	Participação nas decisões
	Autonomia
	Relacionamento interpessoal
	Grau de responsabilidade
	Valor pessoal

Figura 3: Indicadores da Qualidade de Vida do Trabalho do modelo de Westley.
Fonte: Rushel (1993) apud Fernandes (1996).

Os indicadores apresentados permitem a quantificação do modelo de QVT de Westley e convergem para as problemáticas levantadas de forma a viabilizar a operacionalização das dimensões em que os indicadores estão inseridos, segundo Rushel (1993) apud Fernandes (1996). Essa convergência acaba omitindo um grande número de indicadores que poderiam ser apresentados para cada dimensão. Outro fator exclusivo desse modelo é o fato de o autor formular a necessidade da ausência dos indicadores negativos para que exista a QVT, ou seja, a condição para que a qualidade de vida no trabalho se faça

presente é que tais indicadores devem ser ausentes do contexto laboral, diferindo-se dos modelos de Walton (1973), Hackman e Oldham (1974), Werther e Davis (1983) e Nadler e Lawler (1983), onde os indicadores propostos devem se fazer presentes para que a qualidade de vida no trabalho exista.

Mesmo estando entre um dos modelos mais utilizados, o modelo de QVT de Westley tem uma característica peculiar e se distingue de outros pelo fato de que os indicadores levantados e a abordagem realizada pelo autor apontam para um cenário onde é subentendido que a QVT não é medida nem mensurada. Mesmo que essa não seja uma afirmação do autor, a leitura do trabalho conduz ao entendimento de que a QVT trata-se de uma condição binária, onde esta pode, factualmente, existir ou não, ausentando a possibilidade de classificações intermediárias.

O modelo de QVT de Werther e Davis foi publicado pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos. Sua publicação ocorreu na forma de um capítulo do livro *Human resources and personnel management*, o qual foi intitulado *Quality of work life*. A versão em português desse livro foi publicada em 1983, como “Administração de pessoal e recursos humanos” (Pedroso, 2010).

Segundo Werther e Davis (1983), alguns fatores afetam a QVT, como a supervisão, condições de trabalho, pagamento, benefícios e o projeto do cargo. Os autores citados propuseram analisar tres elementos (Figura 4) para um projeto de cargo (carreira), com o objetivo de o trabalhador alcançar o máximo de sua produção através de sua motivação, pois o cargo é que “envolve mais intimamente o trabalhador” (Pedroso, 2010).

Por mais que os colaboradores possuam um bom salário, boas condições de trabalho e uma boa supervisão, as atividades que estes desenvolvem podem, sob a ótica dos mesmos, ser tediosas. Desafios ambientais, organizacionais e comportamentais influenciam diretamente na QVT. Mudanças nesses fatores devem ser previstas com antecipação, com a devida importância para a anulação de qualquer causa que possa desestruturar a QVT dos colaboradores de uma organização (Reis Júnior, 2008).

É pertinente ressaltar que a reformulação de cargos deve ocorrer por meio da combinação entre as necessidades humanas e as necessidades do cargo e deve prever o

máximo possível de variedade de tarefas, autonomia na tomada de decisões, e, por fim, a satisfação do colaborador (Pedroso, 2010).

Ainda sobre o modelo de Werther e Davis, (1983) estes autores afirmaram que para que acontecesse a satisfação mútua na relação entre colaborador e organização, fazia-se necessário que as exigências organizacionais, ambientais e comportamentais, fossem combinadas a um projeto de cargo, de forma apropriada aos objetivos propostos, planejados de preferência com antecedência para tornar os cargos mais produtivos e satisfatórios (Pedroso, 2010).

Tais elementos segundo Werther e Davis (1983), estão relacionadas com alguns fatores e são apresentados na figura 4:

Elementos	Fatores
Organizacionais	Abordagem mecanística
	Fluxo de trabalho
	Práticas de trabalho
Ambientais	Habilidades e disponibilidade de empregados
	Expectativas sociais
Comportamentais	Autonomia
	Variedade
	Identidade de tarefa
	Retroinformação

Figura 4: elementos do modelo de Werther e Davis (1983) e seus fatores em relação ao projeto de cargo.

Fonte: Werther e Davis (1983) apud Reis Junior (2008).

No início da década de 80, a QVT passou a ser considerada apenas como uma inovação adicional e que num futuro próximo seria descartada, assim os gestores minimizariam suas atenções em relação a ela, porém, Nadler e Lawler (1983), não acreditando na QVT de forma passageira, realizaram uma retrospectiva histórica dos conceitos de entre 1969 e 1982 e afirmaram que a variável QVT deveria ser claramente definida em um conceito que expressasse o seu real significado, quais os benefícios e quais as condições ideais para que esta possa produzir resultados desejados (Pedroso, 2010).

Para os referidos autores, os indicadores da QVT devem apreciar o bem estar do trabalhador e melhoria da produtividade. Voltados nesse objetivo, reúnem 4 indicadores referentes a aspectos psicológicos, organizacionais, econômicos e ambientais, considerando que os programas de QVT devam procurar formas para as pessoas trabalharem melhor e que o trabalho possa contribuir na melhora da vida das pessoas (Nadler e Lawler, 1983).

Os autores também consideram a existência de atividades e fatores que devem ser incluídos em programas de QVT (figura 5), como veremos a seguir:

Atividades	Fatores
Participação na resolução de problemas	Percepção da necessidade
Reestruturação do trabalho	Enfocar um problema saliente na organização
Inovação do sistema de recompensas	Estruturação para a identificação e resolução de problemas
Melhoria no ambiente de trabalho	Motivação de pessoas ligadas a atividades de longo prazo e, envolver a organização como um todo.

Figura 5 – Atividades e fatores para programas de QVT, segundo Nadler e Lawler (1983).
Fonte: Nadler e Lawler (1983) apud Reis Júnior (2008).

O desenvolvimento de novas tecnologias obrigou as empresas a trabalharem com mão de obra cada vez mais especializada, exigindo funcionários cada vez mais qualificados, treinados e em constante capacitação, por outro lado, fez com que as empresas oferecessem melhores condições de trabalho e até salário.

Este período fez a QVT, por consequência sofrer uma evolução dos seus conceitos e Fernandes (1996) reuniu algumas concepções evolutivas da QVT, suas características particulares, e analisou a forma de como que estas concepções se manifestavam no contexto trabalhista da época, seguindo o modelo de Nadler e Lawler (1983), como veremos a seguir na figura 6.

Concepções Evolutivas da QVT	Características ou Visão
QVT como uma variável (1959 a 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Era investigado como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo
QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional, mas ao mesmo tempo, tendia trazer melhorias, tanto ao empregado como a direção.
QVT como um método (1972 a 1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas pra melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e satisfatório. QVT era visto com grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargos ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho, e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos administração participativa e democracia eram frequentemente ditos como ideias do movimento de QVT.
QVT como tudo (1979 a 1982)	Como panaceia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.
QVT como responsabilidade do Estado, da Empresa, do trabalhador e do sindicato (hoje e no futuro).	É responsabilidade dos atores sociais: estado, empresa, trabalhadores e sindicato, através da preocupação conjunta e o compromisso com o ambiente e a sociedade em geral dentro de um contexto flexibilizado em decorrência das constantes mudanças.

Figura 6 - Concepções evolutivas da QVT, segundo Fernandes (1996) e suas características particulares.

Fonte: Fernandes (1996)

Para Fernandes (1996):

Qualidade de Vida no Trabalho é ouvir as pessoas e utilizar ao máximo sua potencialidade. Ouvir é procurar saber o que as pessoas sentem, o que as pessoas querem, o que as pessoas pensam, e utilizar ao máximo sua potencialidade; é desenvolver as pessoas, e procurar criar condições para que as pessoas, em se desenvolvendo, consigam desenvolver a empresa.

Apesar de a QVT ter notoriamente evoluído e tecnologicamente mostrado avanços significativos, o ser humano continua grande parte do seu tempo trabalhando e se reciclando cada vez mais para manter-se no mercado de trabalho. Isso provocou a reflexão sobre o desafio imaginado pelos idealizadores da QVT, que é tornar a QVT uma ferramenta gerencial efetiva e não apenas mais um modismo, que como tantas outras que passam despercebidas. Esse desafio torna-se mais instigante no momento em que o empregado se vê envolvido numa rotina diária cada vez mais desgastante e massacrante.

Corroborando com o descrito acima, França (1997) em um de seus estudos conceituou Qualidade de Vida no Trabalho como “um conjunto de ações de uma empresa, que envolve a implantação de melhorias, inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho e, a partir do momento em que se avalia a empresa e as pessoas como um todo, o enfoque biopsicossocial passa a representar o fator diferencial para o diagnóstico”, sendo que para ajudar a suprir e entender essas demandas é necessária a interação de outras áreas do conhecimento, tais como: Saúde, Ecologia, Ergonomia, Psicologia, Sociologia, Economia, Administração e Engenharia.

2.3 Principais instrumentos para mensuração da QVT validados no Brasil

2.3.1 QWLO – 78 (Quality of Working Life Questionnaire – Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho)

O QWLQ-78 (Quality of Working Life Questionnaire) ou Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho foi desenvolvido utilizando-se a mesma metodologia adotada na construção do WHOQOL -100, o que justifica a sua maior utilização pelos pesquisadores pela sua completude (Reis Júnior, 2008).

Reis Júnior (2008), inicialmente adotou um único conceito para QVT: “é o conjunto de ações desenvolvidas pelas empresas na implantação de melhorias gerenciais, estruturais e tecnológicas, na busca da satisfação e do bem estar físico, psicológico, social e profissional dos colaboradores”.

Foram utilizados como referencial teórico, os modelos clássicos de QVT de Walton (1973), Westley (1979), Hackman e Oldham (1983) e Werther e Davis (1983). Criou-se uma lista de indicadores que influenciam a QVT dos trabalhadores e, para cada indicador, uma questão. Foram criadas 56 questões com os seguintes indicadores: identidade com a tarefa; exercício físico regular/hábitos saudáveis; doenças crônicas LER/DORT; autonomia; espírito de camaradagem; estabilidade de trabalho e de horários; autocontrole relativo; remuneração; possibilidade de carreira; aprendizagem e avanços salariais; relação/chefe/subordinados/colegas; assistência médica; estresse; autoestima; ausência de insalubridade/cansaço e relacionamento trabalho/família. Alguns autores usados como referencia para a pesquisa analisaram o mesmo indicador de forma diferente, portanto, o número de perguntas passou para 78 e foram dispostas em 4 domínios, conforme a figura 7 (Reis Júnior, 2008).

Domínio 1 – Físico/saúde	Trata de aspectos relacionados a saúde, doenças relacionadas ao trabalho e aos hábitos dos trabalhadores
Domínio 2 – Psicológico	Trata de aspectos relacionados a satisfação pessoal, motivação pessoal e autoestima dos trabalhadores
Domínio 3 – Pessoal	Trata de aspectos relacionados a família, as crenças pessoais e religiosas e a cultura e de que forma influenciam o trabalho
Domínio 4 – Profissional	Trata de aspectos organizacionais que podem influenciar a vida dos trabalhadores

Figura 7: Distribuição dos domínios do QWLQ – 78 e seus indicadores.

Fonte: Reis Junior (2008)

Os domínios físico/saúde e psicológico foram referenciados pelo WHOQOL-100, o domínio pessoal inclui os domínios: nível de independência; relações sociais; meio ambiente e espiritualidade/religião/ crenças pessoais, que são domínios do WHOQOL – 100. Foi criado o domínio profissional, que não é abordado no WHOQOL – 100, por ser um instrumento com especificidade para avaliar a QVT (Reis Júnior, 2008).

O número de questões se dispõe da seguinte maneira: domínio 1 contém 17 questões; domínio 2 contém 10 questões; domínio 3 contém 16 questões e o domínio 4 contém 35 questões e se justifica esta maior quantidade de questões para o domínio profissional pelo grande número de indicadores que cabem neste conceito. As respostas estão dispostas em escala Likert e podem variar na seguinte disposição:

- nada, muito pouco, mais ou menos, bastante, extremamente;
- muito baixa, baixa, média, alta, muito alta;
- nunca, raramente, às vezes, frequentemente, sempre;
- muito ruim, ruim, médio, bom muito bom (Reis Júnior, 2008).

As questões foram alocadas de forma aleatória e estão dispostas no instrumento conforme mostra a figura 8:

Domínios	Questões
Físico/ saúde	1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 43, 48, 53, 57, 61, 65, 69, 73, 77
Psicológico	2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 44, 49
Pessoal	3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 45, 50, 54, 58, 62, 66, 70, 74
Profissional	4, 5, 9, 10, 14, 15, 19, 20, 24, 25, 29, 30, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 46, 47, 51, 52, 55, 56, 59, 60, 63, 64, 67, 71, 72, 75, 76, 78

Figura 8 – Disposição das questões por domínio no QWLQ – 78, segundo Reis Júnior (2008).

Fonte: Reis Junior (2008)

As respostas devem ser baseadas nas ultimas duas semanas de trabalho para garantir que os resultados dos índices de QVT sejam referentes ao mesmo período de tempo para todos os trabalhadores e garantia de estabelecer um padrão para a coleta dos dados (Reis Júnior, 2008).

O referido autor preconiza que 80% das questões necessita ser respondido para que o domínio seja considerado válido.

Para análise dos resultados do QWLQ – 78 foi elaborada uma escala para classificação da QVT conforme a figura 9:

Muito insatisfatório	Insatisfatório	Neutro	Satisfatório	Muito satisfatório
0 a 22,5	22,5 a 45	45 a 55	55 a 77,5	77,5 a 100

Figura 9 – Escala para classificação do QWLQ – 78, segundo Reis Júnior (2008).

Fonte: Reis Junior (2008).

Este instrumento pode ser utilizado em vários setores e tipos de população com o objetivo de mensurar a QVT dos trabalhadores. Trabalhadores que apresentam índices abaixo de 45 apresenta condição insatisfatória ou muito insatisfatória para QVT caso índice esteja abaixo de 22,5. Trabalhadores entre 45 e 55 apresentam neutralidade para a QVT e trabalhadores com índices acima de 55, apresentam condição satisfatória ou muito satisfatória para QVT caso índice esteja acima de 77,5 (Reis Júnior, 2008).

2.3.2 QWLO – bref (Quality of Working Life Questionnaire – Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho – versão abreviada).

Para construção desta versão abreviada do QWQL – 78, usou-se a mesma metodologia do WHOQCOL – bref, fazendo-se a correlação das questões com o score global da QVT, calculado através da média dos quatro domínios do questionário, conforme estudo de Reis Júnior (2008) e Cheremeta et al. (2011).

Os autores citados calcularam as correlações a partir dos dados obtidos de uma amostra de 378 trabalhadores e selecionaram um quarto de cada domínio.

Foram escolhidas vinte questões das setenta e oito que compõem o QWQL – 78. Quatro do domínio físico/saúde, tres do domínio psicológico, quatro do domínio pessoal e nove do domínio profissional (Cheremeta *et al.*, 2011).

As questões seguem a mesma sequencia como no QWQL – 78, a seguir na figura 10:

Domínio	QWQL-78	QWQL – bref	Questões
Físico	31	4	Em que medida você avalia seu sono?
	36	8	Em que medida algum problema com o sono prejudica seu trabalho?
	69	17	Suas necessidades fisiológicas básicas são satisfeitas adequadamente?
Psicológico	77	19	Em que medida você se sente confortável no ambiente de trabalho?
	22	2	Em que medida você avalia sua motivação para trabalhar?
	32	5	Como você avalia sua liberdade de expressão no seu trabalho?
	37	9	Em que medida você avalia o orgulho pela sua profissão?
Pessoal	33	6	Você se sente realizado com o trabalho que faz?
	38	10	Como você avalia a qualidade da relação com seus superiores e/ou subordinados?
	45	11	Em que medida sua família avalia seu trabalho?
Profissional	66	15	Em que medida você é respeitado pelos seus colegas e superiores?
	20	1	Como você avalia a sua liberdade para criar coisas novas no seu trabalho?
	24	3	Como você avalia a igualdade de tratamento entre os funcionários?
	35	7	Em que medida você possui orgulho na organização na qual trabalha?
	46	12	Em que medida você está satisfeito com o seu nível de participação nas decisões da empresa?
	59	13	Você está satisfeito com o seu nível de responsabilidade no trabalho?
	63	14	Você se sente satisfeito com os treinamentos dados pela organização?
	67	16	Você se sente satisfeito com a variedade das tarefas que realiza?
	72	18	Como você avalia o espírito de camaradagem no seu trabalho?
	78	20	O quanto você está satisfeito com a sua qualidade de vida no trabalho?

Figura 10 – Disposição das questões no QWQL – bref segundo Cheremeta et al., (2011).

Fonte: Cheremeta et al. (2011).

Neste estudo, Cheremeta (2011) desenvolveu uma ferramenta para cálculo dos dados coletados pelo QWQL – bref, para o software Excel, que basta tabular nos lugares

específicos que os cálculos são executados de forma automática, possibilitando a obtenção de resultados fidedignos ao original, com menor tempo gasto para aplicação e tabulação.

2.3.3 TQWL – 42 (Total Quality of Work Life – Qualidade de Vida no Trabalho Total).

Este questionário foi desenvolvido seguindo-se como modelos os instrumentos WHOQOL e contem 47 questões, com cinco direcionadas ao conhecimento da amostra e quarenta e duas divididas em 5 esferas: biológica/fisiológica; psicológica/comportamental; sociológica/relacional; econômica/política e, ambiental/organizacional. Cada esfera contem 4 aspectos que possuem 2 questões cada, totalizando 40, além de duas referentes a auto avaliação da QVT sob a interpretação do respondente. As duas questões referentes aos aspectos tem uma particularidade, pois enquanto uma pretende verificar o nível com o qual a variável abordada está presente na vida do trabalhador, a outra avalia a satisfação do trabalhador em relação a tal variável. As questões são objetivas e utilizam escala Likert (figura 14). As questões relacionadas ao conhecimento da amostra abordam idade, sexo, escolaridade, estado civil e tempo de serviço (Pedroso, 2010).

Na figura 11 é apresentada as esferas e seus respectivos aspectos:

ESFERAS	ASPECTOS
Biológica/fisiológica	Disposição física e mental Capacidade de trabalho Serviços de Saúde e Assistência Social Tempo de repouso
Psicológica/comportamental	Autoestima Significância da tarefa Feedback Desenvolvimento pessoal e profissional
Sociológico/relacional	Liberdade de expressão Relações interpessoais Autonomia Tempo de lazer
Econômica/política	Recursos financeiros Benefícios extras Jornada de trabalho Segurança de emprego
Ambiental/organizacional	Condições de trabalho Oportunidade de crescimento Variedade da tarefa Identidade da tarefa

Figura 11 – Disposição das esferas e seus respectivos aspectos para o TQWL – 42, segundo Pedroso (2010).
Fonte: Pedroso (2010).

Não está disponível em nenhuma esfera o aspecto “Auto Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho”, pois tem como objetivo uma auto avaliação do respondente sobre sua QVT (Pedroso, 2010).

A análise dos resultados do TQWL – 42, pode se dar por meio da escala de classificação da QVT proposta por Timossi *et al.* (2009a) e pode ser vista na figura 15, mais adiante. Outras escalas, para mensuração da QVT, pelo instrumento TQWL – 42, também podem ser utilizadas, a critério do pesquisador, pois além de demandar pouco tempo para respondê-lo o referido instrumento permite avaliações qualitativas e quantitativas (Pedroso, 2010).

2.3.4 – QVT da Sociedade Hodierna Brasileira

Baseado nos principais modelos de QVT, adaptado aos hábitos modernos da sociedade brasileira, este modelo é composto por 46 perguntas fechadas, dispostas em 4 domínios (econômico, social, organizacional e biológico) e uma escala de respostas tipo

Likert (figura 14). Cada domínio possui facetas com duas questões cada faceta, dispostas de forma aleatória (Pedroso, 2010).

Na figura 12, a disposição dos domínios e suas respectivas facetas:

Domínios	Facetas
Econômico	Compensação justa Equidade salarial Recompensas Mobilidade social Estabilidade de emprego
Social	Significância da tarefa Autonomia Igualdade social Direitos trabalhistas Feedback Valorização do cargo Relevância do trabalho na vida Relações pessoais
Organizacional	Ambiente físico seguro e saudável Estabilidade de horários Jornada de trabalho Identidade da tarefa Desenvolvimento das habilidades Variedade da tarefa
Biológico	Capacidade de trabalho Tempo de repouso Assistência Satisfação com o trabalho

Figura 12 – Disposição dos domínios e suas respectivas facetas do instrumento de avaliação da QVT da sociedade hodierna brasileira, segundo Pedroso (2010).

Fonte: Pedroso (2010)

Os escores das facetas de cada domínio são calculados através da média aritmética simples entre as questões de cada faceta. Os escores dos domínios são calculados através da média aritmética simples entre os escores de cada domínio que compõem cada faceta (Pedroso, 2010).

2.4 O instrumento de Walton para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho

Segundo Walton, o trabalho na Sociedade do Conhecimento de sua época apresentava-se com um formato bastante distinto do encontrado nos primórdios da Revolução Industrial. As organizações foram obrigadas a transformar o trabalho para que se produzissem resultados elevados tanto na perspectiva humana como na do lucro.

Naquela época, para Walton, porém ainda pode ser aplicado nos dias de hoje, a ideia de vantagem competitiva produzida pelo capital humano desenhou os novos contornos do trabalho, que deixou de ser um simples instrumento ou meio de subsistência para assumir a configuração de um processo multifatorial (Walton, 1973).

O significado que as empresas e trabalhadores associam as atividades laborais corresponde por boa parte da nossa qualidade de vida no trabalho. É através do trabalho que obtemos o sustento econômico e viabilizamos o suprimento de nossas mais elevadas necessidades. Porém, trabalhar não é apenas uma atividade que nos leva a busca de sustento, mas é também uma forma de vivenciar experiências e ações significativas da vida humana (Corrêa et al. 2012).

A produtividade e a motivação são elementos que parecem caminhar juntos e estão relacionados porque são os trabalhadores envolvidos no sistema produtivo que podem gerar uma melhoria da produtividade para a empresa. As pessoas são os principais elementos na organização, e precisam estar confiantes, motivadas e capazes de exercer este papel (Zanetti, 2002).

Ainda o referido autor reforça que “há de se considerar que empregados desmotivados não terão condições de fazer clientes satisfeitos”.

Partindo do princípio de que a QVT que o indivíduo possui, pode ser capaz de influenciar o seu rendimento, eficiência e desempenho produtivo, Fernandes (1996) afirma que “não se pode falar em qualidade de produtos e serviços se aqueles que vão produzi-los não têm qualidade de vida no trabalho”.

Neste contexto, a QVT – Qualidade de Vida no Trabalho, enquanto campo de estudo, tem despertado o interesse de pesquisadores de diferentes épocas e áreas de conhecimento, basicamente guiados pela crença da sua capacidade de acionar os indivíduos para usar seus valores, personalidade, emoções e atitudes na direção dos interesses de empresas (Corrêa et al, 2012).

Walton em 1973 criou um modelo para avaliação da QVT que é um dos instrumentos mais utilizados pelos estudiosos neste tema. Este modelo, o qual compreende oito dimensões que, segundo o autor, influenciam diretamente o trabalhador. Os critérios, enumerados, não estão em ordem de prioridade, e podem ser arranjados de maneira distinta

para assumir outras importâncias, de acordo com a realidade em cada organização, o que torna o instrumento uma ferramenta bastante flexível. A frequente utilização do modelo de Walton por pesquisadores brasileiros pode estar relacionada à grande abrangência que o modelo proporciona através de seus critérios, abordando questões organizacionais, de satisfação individual e autorrealização (Timossi, 2009b).

Conforme Walton (1973) os 8 critérios, ou domínios, são os fatores guias de seu instrumento e o autor enfatiza o trabalho como um todo, não se limitando a abordar somente o ambiente laboral em si, fazendo menção, inclusive, a aspectos presentes na vida e não apenas do trabalho. As categorias, denominadas por Walton como “critérios”, não são dispostas em ordem de prioridade, sendo atribuídas a cada uma delas, a mesma importância na QVT (Timossi, 2009b).

Os critérios/domínios são:

1) compensação justa e adequada: caracteriza o trabalho como forma de sobrevivência do trabalhador. A medida da QVT está relacionada à remuneração recebida pelo trabalho. Esse critério ainda subdivide-se em outros três fatores complementares: remuneração adequada: valor pago pelo trabalho deve permitir ao trabalhador viver dentro de padrões pessoais, culturais, sociais e econômicos aceitáveis ao seu meio; equidade interna: equiparação salarial com outros trabalhadores dentro da mesma empresa e, salário compatível com o mercado de trabalho.

2) condições de trabalho: a organização deve atentar para questões como horários razoáveis e padronizados, limites para execução de esforços que possam causar danos à saúde do trabalhador; melhoria do ambiente físico proporcionando conforto e organização do local; fornecimento de equipamentos adequados à realização das tarefas prescritas; estabelecimento de ambiente salubre ou neutralização da insalubridade.

3) uso ou desenvolvimento das capacidades: destacam-se: autonomia e liberdade na execução do seu trabalho, múltiplas habilidades, ou seja, a possibilidade de utilizar as capacidades no trabalho, retro informação (informar o trabalhador de suas atividades, suas ações e suas perspectivas futuras); significado da tarefa para a organização, para a comunidade e para o próprio trabalhador.

4) oportunidade de crescimento e segurança: medir a oportunidade de carreira e a segurança do emprego. Mesmo que a oportunidade de carreira esteja associada à educação formal que, em grupos de trabalhadores da área de produção se constitui num fator limitante. Essa dificuldade pode ser contornada com a expansão e diversificação das atividades, o que evita que o trabalhador entre na monotonia e veja seu trabalho como algo obsoleto.

5) integração social na organização: A QVT está associada a um nível de convivência harmoniosa entre os trabalhadores de uma mesma empresa, podendo ser avaliada pela igualdade de oportunidades (ausência de discriminação de qualquer natureza), auxílio recíproco entre os colaboradores (aumenta o grau de relacionamento, sem ferir a individualidade), e o senso comunitário (o trabalhador se sente integrado a um grupo e à organização).

6) constitucionalismo: Um elevado nível de QVT está associada à existência de normas que estabelecem claramente os direitos e os deveres dos trabalhadores. Destacam-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 vida: acredita-se que o trabalho pode ter efeito negativo ou positivo sobre outras esferas de sua vida, tais como suas relações com a família. O equilíbrio entre trabalho e espaço total de vida refere-se às expectativas de carreira, progresso e promoção. A avaliação pode ser 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: dentre os critérios de avaliação, destaca-se a imagem institucional ou a percepção do trabalhador em relação à sua instituição; a 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 serviços/produtos (qualidade dos serviços/produtos colocados à disposição dos clientes); responsabilidade social pelos empregados (associado a uma sólida política de recursos humanos).

O modelo de Walton (1973) consegue fornecer uma visão bastante ampliada da QVT, pois leva em consideração aspectos como: condições físicas (ambiente de trabalho e pessoais), indicadores higiênicos e satisfação das necessidades primárias do homem, fatores relacionados à segurança, saúde e remuneração, sem deixar de lado o foco de avaliação principal. Dependendo da forma de uso e principalmente de interpretação consegue-se, com esta ferramenta, obter ao mesmo tempo resultados abrangentes e específicos (Timossi, 2009).

Timossi et al., (2009b) propõem em estudo adaptação do modelo de Walton a uma linguagem mais simples e direta permitindo a sua aplicação em populações de menor escolaridade, fazendo que o entendimento das questões que compõem o instrumento possa ser facilitado.

Os critérios para a avaliação da QVT tendo como referencia o instrumento de Walton foram baseados no estudo de Detoni (2001), o qual utiliza uma adaptação dos critérios e subcritérios da tradução do modelo de QVT de Walton realizada por Fernandes (1996). Detoni (2001) também se utiliza da fusão de itens semelhantes, resultando em um único item ou, também, da divisão de um item em dois ou mais itens. O embasamento deste estudo nos critérios e subcritérios propostos por Detoni (2001) justificam-se na utilização de um modelo cujos termos já foram traduzidos e adaptados para idioma português. A figura 13 a seguir exhibe os critérios e indicadores de QVT propostos por Walton traduzido por Fernandes (1996) e posteriormente por Detoni (2001).

CRITÉRIOS	FERNANDES (1996)	DETONI (2001)
1. Compensação justa e adequada	Equidade interna e externa	Equilíbrio salarial
	Proporcionalidade entre salários	
	Justiça na compensação	Remuneração justa
	Partilha dos ganhos de produtividade	Participação em resultados Benefícios extras
2. Condições de trabalho	Jornada de trabalho razoável	Jornada semanal Carga de trabalho Fadiga
	Ambiente físico seguro e saudável	Equipamentos de EPI e EPC
	Ausência de insalubridade	Salubridade Tecnologia do processo
3. Uso e desenvolvimento de capacidades	Autonomia	Autonomia
	Qualidades múltiplas	Polivalência
	Informação sobre o processo total do trabalho	Avaliação do desempenho
		Responsabilidade conferida

	Autocontrole relativo	Importância da tarefa
4. Oportunidade de crescimento e segurança	Possibilidade de carreira	Treinamentos
	Crescimento pessoal	Incentivo aos estudos
	Perspectivas de avanço salarial	Crescimento profissional
	Segurança de emprego	Demissões
5. Integração social na organização	Ausência de preconceitos	Discriminação
	Igualdade	Valorização das idéias
	Mobilidade	
	Relacionamento	Relacionamento interpessoal
	Senso comunitário	Compromisso da equipe
6. Constitucionalismo	Direitos de proteção do trabalhador	Direitos do trabalhador
	Liberdade de expressão	Liberdade de expressão
	Direitos trabalhistas	Discussão e normas
	Tratamento imparcial	Respeito à individualidade
	Privacidade pessoal	
7. O trabalho e o espaço total de vida	Papel balanceado no trabalho	Influência sobre a rotina Familiar
	Poucas mudanças geográficas	
	Tempo para lazer da família	Possibilidade de lazer
	Estabilidade de horários	Horário de trabalho e descanso
8. Relevância social do trabalho na vida	Imagem da empresa	Imagem institucional
		Orgulho do trabalho
	Responsabilidade social da empresa	Integração comunitária
	Responsabilidade pelos produtos	Qualidade dos produtos/ serviços
	Práticas de emprego	Política de recursos humanos

Figura 13 – Disposição dos critérios e subcritérios da QVT de Walton, traduzido por Fernandes (1996) e Detoni (2001).

O desenvolvimento e a aplicação de programas que objetivem incrementar melhorias no ambiente laboral, fundamentados previamente na investigação em QV e QVT, produzem possibilidades efetivas de benefícios para a empresa nas relações com seus trabalhadores e na qualidade de seus produtos. Nesta perspectiva, a QVT é um diferencial na organização de trabalho e Walton concebe a QVT numa esfera ampliada para além dos objetivos da legislação trabalhista e dos movimentos sindicais. Inclui o relacionamento positivo no trabalho proposto pelos psicólogos, de iguais oportunidades de emprego, métodos de enriquecimento no trabalho, valores que estão nos corações das pessoas, bem como necessidades e aspirações humanas o que faz o modelo de Walton ser o mais utilizado para subsidiar pesquisas sobre QVT, considerado um dos mais completos pela abrangência das suas categorias de análise (Pedroso, 2010)

No Brasil a discussão sobre a QVT é recente, e, em geral, as pesquisas visam à compreensão a respeito de situações individuais dos trabalhadores em seus ambientes

laborais, incluindo aspectos comportamentais e de satisfação individuais (Limongi – França, 2004).

Refletir sobre a qualidade de vida no trabalho é articular os diversos interesses presentes nos ambientes e condições de trabalho, em empresas públicas ou privadas. Tais interesses, que não se resumem aos do capital e do trabalho, mas aos relativos ao mundo subjetivo (desejos, vivências, sentimentos), aos valores, crenças, ideologias e aos interesses econômicos e políticos. No Brasil, segundo Heloani (1994) as políticas empresariais de programas de qualidade são caracterizadas por envolver mecanismos de controle da percepção e subjetividade para enquadrar trabalhadores mediante engrenagens que visam introjetar as normas e metas da empresa,

Para Timossi (2009b), visto que a percepção do indivíduo sobre sua QVT é subjetivo, é importante quantificá-lo com a construção de um modelo racional do pensamento que, em sua forma pura, não existe numa realidade permeada de irracionalidades, que é a realidade concreta. Os resultados obtidos na escala proposta não são nem hipótese nem proposição, e assim não podem ser falsos nem verdadeiros, mas válidos ou não válidos, de acordo com sua utilidade para a compreensão significativa dos acontecimentos estudados pelo investigador (Timossi, 2009b).

Referente à aplicação do instrumento para QVT de Walton, Timossi (2009a) em seu estudo para a adaptação do modelo supracitado, afirmou que o referido permite, através de questões mais simples e uma escala de resposta mais objetiva, a sua aplicação a pessoas com nível de instrução formal baixo e com nível limitado de compreensão, garantindo a obtenção de resultados fidedignos sem alterar os critérios e objetivos do instrumento original.

2.5 Modelos Assistenciais de produção da saúde no Brasil: o modelo tradicional e a estratégia de saúde da Família.

A implantação de modelos assistenciais de produção de saúde equitativos, resolutivos, eficazes e que possam reforçar o ideal do SUS na prática ainda é um objetivo a ser alcançado (Roncalli, 2003).

Os modelos de assistência à saúde estabelecidos no Brasil, pela sua característica hospitalocêntrica, medicalizadora, excludente, mercantil, dicotômica e pouco resolutiva, se constituíram num desafio para a implantação do SUS, pelo fato destes apontarem para uma lógica totalmente oposta a universalidade, integralidade e promoção de saúde (Roncalli, 2003).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surge em 1994 como importante ferramenta de reorganização da atenção básica que traz, no seu interior, um grande desafio que diz respeito ao processo de trabalho e a produção de saúde (Brasil, 2006).

Ela é entendida como um modelo de reorientação assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (Brasil, 2006).

A ESF tem por objetivo causar um impacto sanitário por intermédio da reorientação das tecnologias e do processo de trabalho vigente até então. A vertente tecnoassistencial aponta em direção ao respeito e ao comprometimento ético propondo a articulação da atuação de trabalhadores com diferentes formações técnicas com o objetivo de atender à saúde e às necessidades dos cidadãos de forma integral, privilegiando ao acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade (Scherer, 2006).

Scherer em 2006, Tavares em 2006 e Pires em 1999, em seus estudos sobre a estrutura organizacional e o processo de trabalho em saúde de diferentes categorias profissionais, a partir do modelo de trabalho biomédico tradicional com trabalhadores de equipes de saúde da família, verificaram que, com o passar do tempo, a organização e as relações de trabalho sofrem modificações.

Apesar do processo evolutivo natural das práticas, onde a estratégia da saúde da família tem sido apontada como fundamental para a construção de um novo modelo

assistencial em saúde, com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar, estas ainda continuam marcadas pela divisão do trabalho, na forma tradicional, hegemônica, centrada no saber e na figura do profissional médico, relatara os autores supracitados. O parcelamento das racionalidades assistenciais, a especialização e fragmentação profissional, ainda mantem uma rotina de execução de tarefas, que faz com que cada grupo profissional fique responsável por parte da assistência. Alguns modelos assistenciais de produção de saúde ainda persistem nesta lógica.

Na ESF, diferentemente do modelo tradicional das práticas em produção de saúde, propõe-se superar a fragmentação dos cuidados decorrentes da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde; elege-se a família e seu espaço social como núcleo básico central da abordagem no atendimento à saúde; humanizam-se as práticas de saúde e busca-se a satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe com a comunidade e do estímulo à organização comunitária para o exercício efetivo do controle social. Representa, assim, uma mudança substantiva no sentido da vigilância à saúde, onde se espera um olhar multiprofissional e uma prática multisetorial. Proporcionalmente espera-se um aumento na qualidade do produto final em saúde, pela satisfação do trabalhador (Peres, 1999).

A ESF apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (Brasil. 2006).

As tecnologias de trabalho segundo Franco e Merhy em 2003, têm relevância na configuração deste novo modelo de assistência porque ajustam, no cotidiano, o modo pelo qual se produzem serviços de saúde, definindo a capacidade de absorver demanda e de, efetivamente, resolver os problemas de saúde.

2.6 Qualidade de vida dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde

Estudos científicos sobre qualidade de vida no trabalho (QVT) vêm a cada dia se transformando numa área privilegiada de análise no setor público de saúde, dada a exiguidade de estudos nesta área (Gaíva, 1998).

Farias e Zeitoune (2007) em seu estudo sobre qualidade de vida no trabalho de enfermeiros do Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, levantou uma proposta de QVT a partir da percepção dos mesmos sobre alguns indicadores (integração social na instituição, comunicação interprofissional, condições de trabalho e organização do trabalho, direitos do trabalhador, motivação para o trabalho e segurança no ambiente de trabalho) no contexto da rede básica de saúde, usando como técnica o grupo focal e um formulário, onde se buscou caracterizar sociodemograficamente os profissionais envolvidos no estudo e identificar a partir da percepção dos sujeitos os indicadores de QVT acima citados no contexto da rede básica de saúde. Para a coleta de dados, as autoras utilizaram uma dinâmica de grupo para estimular os participantes e visualização criativa. Após esse momento, partiu-se para discussão propriamente dita, onde foram gravadas as falas dos sujeitos e transcritas posteriormente. Por meio da análise de conteúdo de Bardin, as autoras concluíram que processo de trabalho e organização contribuiu para precária qualidade de vida conforme a percepção dos enfermeiros da Unidade estudada.

Ursine et al. (2010), em trabalho de investigação das condições de trabalho e qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde que atuam na região sul de Londrina, PR usou um instrumento de abordagem sociodemográfica e o outro denominado World Health Organization Quality of Life, ou seja, a versão abreviada do WHOQOL-Bref. Após coleta de dados com os referidos instrumentos autoaplicáveis, o autor chegou a conclusão que as condições de trabalho eram precárias, produtoras de sofrimento e os ACS recebiam baixa remuneração. Em contrapartida, houve avaliação positiva para as questões que compõem a qualidade de vida geral e para o domínios físico, psicológico, relações sociais e avaliação intermediária para o domínio meio ambiente.

Bernardes (2008), em seu trabalho que mensurou a qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde de UBS e USF em São José do Rio Preto – SP, também

usou a versão abreviada do WHOQOL-Bref, com ficha de identificação do respondente e caracterização sociodemográfica. Bernardes neste estudo verificou que no contexto das UBS, os escores médios para QV foram maiores que o contexto das USF. Nos domínios físico, psicológico e meio ambiente os escores médios relativos às UBS foram maiores que as USF. No domínio relações sociais e no total dos domínios, as USF obtiveram escores médios maiores que as UBS.

Nunes e Freire (2006) avaliaram a qualidade de vida e fatores associados de cirurgiões dentistas do serviço público municipal de Goiânia – GO. Analisaram a associação entre as variáveis através de regressão logística simples e múltipla com coleta de dados a partir do WHOQOL-Bref, e de outro instrumento, contendo questões sobre variáveis demográficas, exercício da profissão, auto percepção da condição de saúde e da qualidade de vida. Os autores chegaram à conclusão que os profissionais pesquisados apresentaram baixa qualidade de vida nos domínios físico e psicológico e alta qualidade de vida nos domínios relações social e meio ambiente, sendo associadas à auto avaliação de qualidade de vida, condição atual de saúde e satisfação com a saúde.

Bittencourt (2007) em investigação sobre qualidade de vida no trabalho de cirurgiões dentistas de serviço público em Itajaí – SC aplicou o instrumento de Walton para mensuração da QVT. Pela flexibilidade que lhe é peculiar, foi atribuído escala de respostas diferentes da escala Likert, com escores que variam de 0 a 3 (onde 0 é péssima, 1 é ruim, 2 é bom e 3 é ótimo), diferente do escolhido para este trabalho com base na classificação de Timossi (2009a). A autora do referido estudo chegou à conclusão que os cirurgiões dentistas atuantes no serviço público de Itajaí, produziram respostas negativas para a QVT para os domínios: compensação adequada e justa, uso e desenvolvimento de capacidades e oportunidades de crescimento e segurança. Por outro lado, produziram respostas positivas para a QVT para os domínios: condições de trabalho, integração social na instituição, constitucionalismo, trabalho e espaço total da vida e relevância social da vida no trabalho.

Alves (2010) em excelente revisão sobre indicadores e instrumentos de medidas sobre a QVT, conclui que o grande desafio é a sistematização na medida da QVT, já que existe grande número de instrumentos reconhecidos nacional e internacionalmente, no sentido de aprimorar diagnósticos e avaliar a eficácia de sua aplicabilidade no campo

ocupacional. Os estudos do referido demonstraram que vários instrumentos pesquisados são adequados para aplicação na população brasileira, com boa consistência interna, validade e confiabilidade teste-reteste.

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar o nível de Qualidade de Vida relacionado ao Trabalho (QVT) de profissionais do serviço público de saúde da rede municipal de Saúde da cidade de São Carlos – SP, e fatores associados.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos

Previamente à sua execução, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP (Protocolo número 121/2012). As normas determinadas pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, publicada em 10 de Outubro de 1996, e pelo Código de Ética Profissional Odontológico, segundo a resolução CFO 179/93, foram levadas em conta na condução deste estudo. Previamente a coleta de dados, os voluntários receberam um termo de consentimento livre e esclarecido contendo informações referentes à responsabilidade, metodologia e desenvolvimento do estudo, bem como a autorização para a participação na pesquisa. Somente após a anuência do sujeito de pesquisa por meio da assinatura do termo, o indivíduo foi considerado participante do estudo.

Autorização para a coleta dos dados através dos instrumentos autoaplicáveis foi solicitada junto à Secretaria Municipal de Saúde, via Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial para a permissão da realização da pesquisa nas Unidades de Saúde do Município de São Carlos. Uma carta foi enviada em anexo com explicações sobre a finalidade do estudo e de apresentação dos pesquisadores responsáveis. Em seguida, o pesquisador fez contato com o responsável de cada Unidade Saúde com o intuito de apresentar o projeto e conversar sobre a aplicação do estudo.

4.2 Tipo de estudo

Este estudo foi do tipo transversal e analítico.

4.3 Local e população do estudo

O presente estudo foi conduzido na cidade de São Carlos, SP, Brasil, que fica a 230 km da capital São Paulo. A cidade tem uma população estimada de 221.936 habitantes, pessoas de diferentes origens socioeconômicas e na ocasião da coleta de dados apresentou a totalidade de 29 Unidades de Saúde entre Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Todas as 17 USF's e 12 UBS fizeram parte do estudo, caracterizando-se por ser uma amostra do tipo censitária com coleta de dados realizada pelo pesquisador de cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, e agentes comunitários de saúde, da rede pública municipal do município de São Carlos.

A população total de médicos, enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dentistas nas UBS era de 72, 25, 20 e 29 respectivamente. Já para as USF, população total de médicos, enfermeiros, ACS e dentistas nas UBS era de 17, 17, 95 e 17 trabalhadores respectivamente, totalizando 289 profissionais dentro das categorias profissionais citadas.

4.4 Critérios de inclusão/exclusão

Como critério de inclusão, o trabalhador necessitava ser efetivo da referida unidade, no mínimo há um ano e ser devidamente registrado na Prefeitura como médico, dentista, enfermeira (o) ou agente comunitário de saúde. Não foram realizadas entrevistas com funcionários que estavam em substituição, férias, em afastamento, faltas e algum motivo que o impedisse ou descaracterizasse sua integração com a equipe. A falta de assinatura do TCLE foi considerado um critério de exclusão. Indivíduos que não concordaram em participar do estudo e os ausentes no dia da entrevista foram automaticamente excluídos.

Além disso, o pesquisador se reuniu com os gestores das unidades de saúde para explicar a finalidade da pesquisa, inclusive sobre o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, o qual autoriza a participação dos sujeitos na pesquisa.

A partir destes critérios, a população do estudo foi composta por 23 médicos, 29 dentistas, 20 ACS e 225 enfermeiros das UBS e 17 médicos, 17 dentistas, 17

enfermeiras e 95 ACS das USF. Destes, aceitaram em participar da pesquisa 17 médicos (73,9%), 16 dentistas (55,1%), 18 ACS (90,0%), e 23 enfermeiros (92,0%) das UBS e 15 médicos (88,2%), 15 dentistas (88,2%), 15 enfermeiros (88,2%) e, 72 ACS (75,7%) das USF.

A partir da população selecionada pelos critérios de inclusão e exclusão, amostra final foi composta de 191 trabalhadores, sendo 32 médicos, 31 cirurgiões-dentistas, 38 enfermeiros e 90 agentes comunitários de saúde.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

4.5.1 Instrumento de QVT de Walton

A percepção da Qualidade de Vida no Trabalho pelo entrevistado foi mensurada com o uso do instrumento para avaliação de qualidade de vida no trabalho de Walton, adaptado por Fernandes (1996) e Detoni (2001), medida por uma escala do tipo Likert contendo cinco pontos (1= muito insatisfeito, 2=insatisfeito, 3=nem satisfeito nem insatisfeito, 4=satisfeito, 5=muito insatisfeito).

O referido instrumento é composto por 35 questões, dispostas em 8 domínios.

Os domínios são (Anexo 3):

- 1. compensação justa e adequada;
- 2. condições de trabalho;
- 3. uso ou desenvolvimento das capacidades;
- 4. oportunidade de crescimento e segurança;
- 5. integração social na organização;
- 6. constitucionalismo;
- 7. trabalho e vida e;
- 8. relevância social.

Os domínios/critérios não possuem ordem de prioridade e tampouco necessitam apresentar o mesmo número de questões.

4.5.2 Instrumento de classificação socioeconômico

Também foi aplicado a todos os médicos, dentistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde das referidas Unidades, um questionário adaptado de Meneghim et al. (2007), contendo questões socioeconômicas e de saúde dos entrevistados tais como idade, nível educacional, estado civil, filhos, portador ou não de problema de saúde, gênero, relacionamento interpessoal no trabalho, posse ou não de casa própria, posse ou não de automóvel, para caracterização da população estudada (Anexo 2).

4.6 Coleta dos dados

As Unidades de saúde foram contatadas via telefone e, com uma semana de antecedência, agendou-se o dia para a coleta dos dados. O período de coleta ocorreu entre o mês de março de 2013 e outubro de 2013, sempre as quartas-feiras pela manhã, no local de trabalho dos voluntários da pesquisa, em uma sala reservada da própria USF ou UBS.

Após o agendamento, o pesquisador apresentou ao voluntário o objetivo da pesquisa e, após a assinatura do TCLE, entregou os questionários auto aplicável ao profissional voluntário que normalmente fez a devolução em torno de 15 a 20 minutos.

Os voluntários da pesquisa, a qualquer momento, poderiam esclarecer dúvidas sobre o preenchimento dos questionários ao pesquisador, antes ou durante o preenchimento, fato que ocorreu raríssimas vezes.

4.7 Análise dos Dados

Para a análise do instrumento de QVT utilizou-se a categorização proposta por Timossi *et. al.* (2009a), na qual valores inferiores a 25 caracterizaram insatisfação com o trabalho, enquanto os valores superiores a 75 caracterizaram a satisfação com o trabalho. Os valores compreendidos entre 25 e 75 caracterizaram o nível intermediário, segundo classificação proposta por Siviero (2003) conforme configuração apresentada na Figura 14.

Para transformar a escala de respostas tipo Likert original de 5 categorias para o modelo proposto por Timossi (2009a), a referida autora utiliza a seguinte fórmula:

$$((\text{valor de resposta}) \times (100/4)) - 25$$

Em seguida o valor final deve ser interpretado de acordo com o nível de satisfação que a pontuação indica.

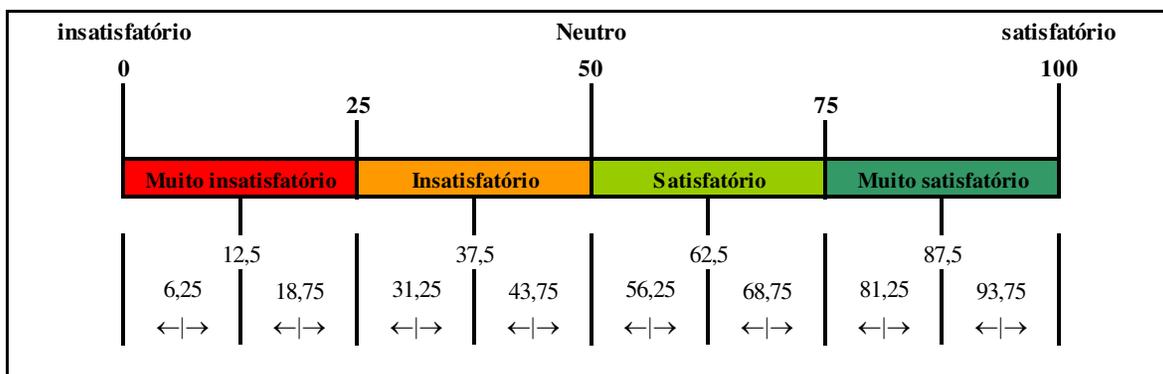


Figura 14 – Classificação da QVT, segundo Timossi (2009).
Fonte: Timossi (2009a).

Os dados, depois de coletados foram digitados em microcomputador pelo pesquisador na sua integralidade e armazenados em software Excel. Para a análise descritiva utilizou-se tabelas de contingência com frequências absolutas e relativas. Para análises da existência de associações entre as variáveis dependentes e independentes foram realizados dois modelos de estudo, estratificados segundo unidade de saúde (UBS e USF), para análise bivariada e múltipla por meio dos programas Epi-Info versão 7.0 e Stata versão 11.0.

Na análise bivariada foram identificadas as associações brutas entre a variável dependente (qualidade de vida no trabalho) e as demais variáveis independentes.

Nesta etapa as categorias de níveis de satisfação foram categorizadas em “satisfatória” (união categorias ‘satisfeito’ e ‘muito satisfeito’) e “insatisfatória”, (união das categorias ‘insatisfeitos’, ‘muito insatisfeitos’ e ‘nem satisfeitos; nem insatisfeitos’) elegendo-se como ponto de corte o quartil 50%. Para melhor entendimento seguiu-se como referencia a escala de Timossi (2009a) para classificação da QVT conforme ilustrado na figura 14.

Para a verificação da existência de associação utilizou-se o teste de Qui-quadrado com intervalo de 95% de confiança pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%), ou teste exato de Fisher quando indicado. Posteriormente, foi realizada a análise múltipla por meio da Regressão de Poisson, sendo incluídas todas as variáveis que apresentaram associações com p-valor $<0,20$ a partir da análise bruta, utilizando-se o método de retirada progressiva das variáveis (stepwise backward). No modelo final foram mantidas as variáveis com nível de significância menor ou igual a 0,05.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da população do estudo

5.1.1 Perfil dos pesquisados

O estudo contou com 191 entrevistados, dentre 29 Unidades de Saúde do Município. Não participaram do estudo, de um total de duzentos e sessenta e oito profissionais (268) dentro destas categorias referidas, aqueles profissionais que por ventura estivessem afastados, ou não possuísem mais de 1 ano de registro empregatício, o que poderia não caracterizar vínculo com o local de trabalho ou aqueles que não demonstrassem interesse em colaborar de livre e espontânea vontade.

Dos 268 instrumentos auto aplicáveis distribuídos, 191 profissionais concordaram com o preenchimento, totalizando 71,2% da população total selecionada, sendo que estes se enquadraram nos critérios de inclusão, e após a assinatura do TCLE, concordaram em participar do estudo. Deste total de 268 trabalhadores, 77 profissionais (28,8%) não estavam enquadrados em algum(s) dos critérios de exclusão, ou não demonstraram interesse em participar do estudo.

Os dados a seguir referem-se ao perfil dos profissionais por meio de variáveis como gênero e faixa etária dentre as categorias profissionais estudadas que são: médico, dentista, enfermeiro e agente comunitário de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais segundo o sexo, idade e categoria profissional na Rede Municipal de Saúde de São Carlos – SP, 2013.

Variável		CATEGORIA PROFISSIONAL				TOTAL
		Médico (%)	Dentista (%)	Enferm. (%)	ACS (%)	
Gênero	masculino	14 (36)	11 (28)	05 (13)	08 (21)	38(100%)
	feminino	18 (11)	20 (13)	33 (21)	82 (53)	153(100%)
Faixa etária (anos)	20 a 29	05 (15)	01 (03)	00 (00)	26 (81)	32(16%)
	30 a 39	06 (08)	07 (09)	22 (30)	36 (50)	71(37%)
	40 a 49	13 (22)	14 (23)	11 (18)	21 (35)	59(30%)
	50 ou mais	08 (27)	10 (34)	05 (17)	06 (20)	29(17%)

A idade média da população estudada foi de 39 anos, sendo que a idade mínima foi de 23 anos e a máxima de 63 anos.

Segundo a idade, a categoria dos médicos apresentou 5 profissionais de 20 a 29 anos, 6 profissionais de 30 a 39 anos, 13 profissionais de 40 a 49 anos, 6 profissionais de 50 a 56 anos, 1 de 62 anos e 1 de 63 anos.

A categoria dos dentistas apresentou 1 profissional de 28 anos, 7 profissionais de 30 a 39 anos, 14 profissionais de 40 a 49 anos e 10 profissionais de 50 a 58 anos de idade. Os enfermeiros apresentaram 22 profissionais com idade entre 30 e 39 anos de idade, 11 com idade entre 40 e 49 anos e 5 profissionais com idade entre 50 e 55 anos de idade e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), apresentaram 27 trabalhadores com idade entre 20 e 29 anos, 36 trabalhadores com idade entre 30 e 39 anos, 21 trabalhadores com idade entre 40 e 49 anos e 6 trabalhadores com idade entre 50 até 57 anos.

Quanto ao sexo, do universo participante do estudo, 38 eram homens e 153 mulheres, sendo que dentre os médicos, 14 eram do sexo masculino e 18 eram do sexo feminino; entre os dentistas, 11 eram do sexo masculino e 20 eram do sexo feminino; entre os enfermeiros, apenas 5 eram do sexo masculino e 33 eram do sexo feminino e entre os ACS's, 8 eram do sexo masculino e 82 eram do sexo feminino. Assim houve uma predominância do sexo feminino na proporção de 91,1 % na função de Agente Comunitário de Saúde, 86,8% na função de enfermeiro para o sexo feminino e 80,1 % na população geral também para o sexo feminino.

Levando-se em consideração o total de profissionais médicos lotados em UBS's e USF que se abstiveram de participar do referido estudo (76 profissionais), este número proporcionou uma abstenção na proporção de 57,9% para esta categoria, um número extremamente significativo, pois refletia mais da metade da referida categoria na rede de serviços.

Quanto ao estado civil, 116 profissionais (60,7%) eram casados, 48 solteiros (25,1%), 22 divorciados (11,5%), 4 viúvos (2,0%) e 1 desquitado (0,5%).

5.1.2 Qualificação profissional

Em relação à qualificação profissional das categorias estudadas, a categoria médica apresentou 20 profissionais especialistas (62,5%) e 4 com mestrado (12,5%) no currículo. Dentre os cirurgiões dentistas, 25 eram especialistas (80,6%), 1 possuíam mestrado (3,2%) e 2 possuíam doutorado (6,4%).

Entre os enfermeiros, 31 referiram possuir alguma especialização (81,5%), sendo que 3 possuem mestrado (7,8%). Já na categoria dos ACS, 3 referiram nível fundamental (3,3%), 70 referiram nível médio (77,7%), 12 responderam apresentar nível superior (12,3%) e 5 possuíam algum tipo de especialização (5,5%).

5.1.3 Perfil Socioeconômico

Os dados a seguir referem-se ao perfil socioeconômico da população estudada através das variáveis: nº de empregos (se público e privado, público e público ou apenas público), jornada de trabalho diária (se trabalha de quatro a oito h/dia, se trabalha 9h/dia ou mais ou se não informado) e o quanto tempo o servidor tem de trabalho prestado a Rede Municipal de Saúde de São Carlos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores segundo o número de empregos, horas trabalhadas/dia e anos de serviços prestados na Rede Municipal de Saúde de São Carlos – SP, 2013.

Variável		CATEGORIA PROFISSIONAL			
		MÉDICO(%)	DENTISTA(%)	ENFERM(%)	ACS (%)
nº de empregos	pub e priv.	16 (50)	18 (58)	04 (10)	09 (10)
	pub. e pub.	06 (18)	02 (06)	01 (03)	03 (04)
	pub.	10 (31)	11 (35)	33 (86)	77 (85)
	não inf.	00 (00)	00 (00)	00 (00)	01 (01)
	total	32 (100)	31 (100)	38 (100)	90 (100)
horas trab/dia	4 a 8 h/dia	12 (37)	12 (38)	32 (84)	82 (91)
	9h/dia ou +	17 (53)	19 (61)	05 (13)	07 (07)
	não inf.	03 (09)	00 (00)	01 (02)	01 (01)
	total	32 (100)	31 (100)	38 (100)	90 (100)
anos de trabalho na rede municipal	1-10 anos	16 (50)	07 (22)	24 (63)	87 (96)
	11-20 anos	10 (31)	10 (32)	11 (28)	01 (01)
	21anos ou +	06 (18)	14 (45)	03 (08)	02 (02)
	total	32 (100)	31 (100)	38 (100)	90 (100)

Quanto ao número de empregos, 47 entrevistados (24,6%) referiram trabalhar em emprego público e privado, 12 informaram acumular emprego público (6,2%), 131 informaram trabalhar apenas em emprego público (68,5%) e um entrevistado não informou a situação atual.

Dos 31 dentistas entrevistados (58,0%), 18 informaram uma situação de trabalham em emprego público e privado,

Dos entrevistados, 16 médicos (50,0%) informaram uma condição de trabalhar em emprego público e privado, sendo que apenas 3 enfermeiras (7,8%) também informaram esta condição. A classe dos ACS, 9 acumulavam serviço público e privado (10,0%) como complementação de renda.

Em relação à jornada de trabalho, 138 entrevistados (72,2%) trabalham de 4 a 8 h/dias, 48 entrevistados (25,1%) trabalhavam mais de nove h/dia e 5 entrevistados (2,6%) não informaram a carga diária.

Do total participante, 12 médicos (37,5%) informaram trabalhar de 4 às 8h/dias, 17 médicos (53,1%) informaram trabalhar mais de 9h/dia e 3 médicos (9,3%) não informaram a jornada de trabalho diária.

Os cirurgiões dentistas, 12 profissionais (38,7%) informaram uma jornada de quatro a oito h/dias e dezenove (61,2%) informaram trabalhar mais de 9h/dia.

Os enfermeiros, 32 profissionais (84,2%) responderam trabalhar de 4 às 8h/dias, 5 profissionais (13,1%) informaram trabalhar mais de 9h/dia e 1 profissional (2,6%) não informou a carga de trabalho diária.

Entre os ACS's, 82 agentes de saúde (91,1%) informaram trabalhar de 4 à 8h/dia, 7 agentes (7,7%) referiram trabalhar mais de 9h/dia e 1 agente (1,1%) não informou.

Em relação aos anos de trabalho na rede pública, os entrevistados demonstraram por categoria profissional a seguinte conformação:

Na categoria médica e na categoria dos enfermeiros metade dos entrevistados informou trabalhar na rede de saúde de 1 a 10 anos, diferente dos cirurgiões dentistas, onde metade da população estudada informou trabalhar na rede municipal de saúde há mais de 21 anos. Os agentes comunitários de saúde, a grande maioria (96,6%), que corresponde a 87 trabalhadores informou trabalhar de 1 a 10 anos e 2 ACS informaram exercer esta função há mais de 21 anos.

A tabela 3 mostra a distribuição da população do estudo de acordo com a renda familiar, nº de pessoas na família, posse de automovel e moradia.

Tabela 3 – Distribuição da população do estudo conforme a renda familiar, número de pessoas na família, posse de automóvel e moradia.

		CATEGORIA PROFISSIONAL			
		MÉDICO(%)	DENTISTA(%)	ENFERM(%)	ACS(%)
Variável renda fam	1 a 3 min.	00 (00)	00 (00)	02 (05)	50 (55)
	3 a 5 min.	00 (00)	02 (06)	11 (28)	26 (32)
	5 a 7,5 min	01 (03)	04 (12)	10 (26)	12 (13)
	7,5 a 10 min.	29 (90)	25 (80)	11 (28)	00 (00)
	não inf.	02 (06)	00 (00)	04 (10)	02 (02)
nº pessoas na família	2 pessoas	04 (12)	08 (25)	11 (28)	16 (17)
	3 pessoas	09 (28)	08 (25)	12 (31)	40 (44)
	4 pessoas	10 (31)	10 (32)	12 (31)	22 (24)
	5 pessoas	05 (15)	05 (16)	03 (07)	07 (07)
	6 pessoas	02 (06)	00 (00)	00 (00)	04 (04)
	acima de 6 pessoas não inf.	01 (03)	00 (00)	00 (00)	01 (01)
posse de automóvel	sim	30 (93)	30 (96)	34 (89)	72 (80)
	não	01 (03)	01 (03)	03 (07)	18 (20)
	não inf.	01 (03)	00 (00)	01 (02)	00 (00)
posse de casa própria	sim	26 (81)	28 (90)	29 (76)	69 (76)
	não	01 (03)	01 (03)	03 (07)	20 (22)
	não inf.	05 (15)	02 (06)	01 (02)	01 (02)

Em relação à renda familiar, 29 médicos (87,5%) informaram renda entre 7,5 e 10 salários mínimos, 25 cirurgiões dentistas (80,6%) referiram renda maior que 10 salários mínimos, 21 enfermeiros (55,2%) responderam renda mensal entre 5 e 10 salários mínimos e, os ACS's, mais da metade (55,5%) referiram renda de 1 a 3 salários mínimos/mês.

Sobre o número de pessoas na família, 19 médicos (59,3%) possuíam de 3 a 4 pessoas em sua composição familiar, 15 cirurgiões dentistas (48,3%) informaram ter de 4 a 5 pessoas compondo a família, 24 enfermeiros (63,1%) relataram de 3 a 4 pessoas na família e 62 (68,8%) referiram de 3 a 4 pessoas na família.

Quanto à posse ou não de automóvel, do universo dos médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, apenas cinco profissionais (4,9%) referiram não dispor deste meio de locomoção, em compensação, a classe dos ACS's, 18 trabalhadores (20,0%) não dispunham de automóvel.

Curiosamente, os mesmos dados estatísticos aparecem para a variável posse de casa própria. Dentre os médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, 4,95% referiram não possuírem casa própria, enquanto que para os ACS, 20,0% deles referiram não possuir casa própria.

5.2 Mensuração da Qualidade de Vida no Trabalho

Os dados depois de tabulados, apresentaram a seguinte distribuição, conforme a tabela 4:

Tabela 4: Distribuição dos valores resultantes da QVT de Walton para as categorias profissionais estudadas nas UBS e USF de São Carlos, SP, 2013.

Categoria Profissional	Qualidade de Vida no Trabalho - QVT								Total	
	Muito Insatisfatório				Muito Satisfatório					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	1	3,1	15	46,9	14	43,7	2	6,3	32	100
Dentista	0	0	16	51,6	14	45,2	1	3,2	31	100
Enfermeiro	2	5,3	24	63,1	12	31,6	0	0	38	100
ACS	4	4,4	41	45,6	43	47,8	2	2,2	90	100

Analisando a categoria dos médicos, exatamente a metade referiu QVT insatisfatória e a outra metade referiu QVT satisfatória. Apenas um médico (3,1%) apresenta QVT insatisfatória enquanto dois médicos (6,3%) responderam QVT muito satisfatória. Pelos cirurgiões dentistas, os dados não apresentaram nenhum respondente muito insatisfeito, porém a quantidade de insatisfeitos (51,6%) é maior que os satisfeitos com a QVT (48,4%).

Os enfermeiros foram a classe que apresentou a maior porcentagem entre os insatisfeitos (68,4), enquanto que os agentes comunitários de saúde, assim como a categoria médica, 50% referiu QVT satisfatória e o outro 50% referiu QVT insatisfatória.

As tabelas 5 e 6 apresentam os resultado do questionário de QVT de Walton, a partir dos contextos de UBS e USF, para as categorias profissionais.

Tabela 5: Distribuição dos valores resultantes da QVT de Walton, no contexto das UBS, para as categorias profissionais estudadas no município de São Carlos, SP, 2013.

Categoria Profissional	Qualidade de Vida no Trabalho – QVT - UBS								Total	
	Muito Insatisfatório				Muito Satisfatório					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	1	5,8	09	52,9	07	41,1	0	0,0	17	100
Dentista	0	0	10	62,5	05	31,2	1	6,2	16	100
Enfermeiro	2	8,6	13	56,5	08	34,7	0	0	23	100
ACS	0	0,0	02	11,1	14	77,7	2	11,1	18	100

Na tabela 5, observou-se que 58,7% dos médicos, 62,5% dos cirurgiões dentistas e 65,1% dos enfermeiros trabalhadores de UBS, referiram QVT insatisfatória a partir do instrumento de Walton. Em contrapartida os Agentes Comunitários de Saúde apresentaram uma grande porcentagem de respostas (88,8%) muito satisfatória e satisfatória.

Tabela 6: Distribuição dos valores resultantes da QVT de Walton, no contexto das USF, para as categorias profissionais estudadas

Categoria Profissional	Qualidade de Vida no Trabalho – QVT - USF								Total	
	Muito Insatisfatório				Muito Satisfatório					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	0	0,0	07	46,6	06	40,0	02	13,3	15	100
Dentista	0	0,0	06	40,0	09	60,0	0	0,0	15	100
Enfermeiro	0	0,0	11	73,3	04	26,6	0	0,0	15	100
ACS	04	5,5	42	58,3	26	36,1	0	0,0	72	100

Pela análise da tabela 6 observou-se que 63,3% dos médicos, 60,0% dos cirurgiões dentistas apresentaram QVT satisfatória. Em contrapartida, 73,3% dos enfermeiros e 63,8% dos ACS apresentaram resultados insatisfatórios e muito insatisfatórios em relação à QVT de Walton.

A classe dos enfermeiros, nos dois contextos apresentou maior porcentagem de QVT insatisfatória em relação às demais categorias profissionais.

As tabelas 7 e 8 apresentam os valores de Qualidade de Vida no Trabalho por cada domínio do instrumento de Walton, por categoria profissional e contextos (UBS ou USF).

Pela tabela 7, observou-se que os domínios 8, 6, 5 e 3 mostraram QVT satisfatória entre os dentistas de USF na faixa de 60% a 80%. Para os dentistas de UBS, apenas os domínios 7 e 3 apresentam maioria de QVT satisfatória.

Tabela 7: Distribuição dos valores compatíveis com “muito satisfeitos” e “satisfeitos” resultantes da QVT de Walton, no contexto das USF e UBS, para as categorias profissionais e para cada domínio do instrumento de Walton.

Percepção de QVT	Categoria prof.	Domínio1		Domínio2		Domínio3		Domínio4		Domínio5		Domínio6		Domínio7		Domínio8	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfeito	Dentista UBS	02	12,5	05	31,2	10	62,5	03	18,7	08	50,0	07	43,7	12	75,0	05	31,2
	Dentista USF	02	13,3	05	33,3	12	80,0	05	33,3	09	60,0	09	60,0	06	40,0	09	60,0
	Médico UBS	02	11,7	05	29,4	11	64,7	00	0,0	09	52,9	07	41,1	07	41,1	04	23,5
	Médico USF	04	26,6	03	20,0	10	66,6	03	20,0	08	53,3	08	53,3	04	26,6	06	40,0
	Enfermeiro UBS	02	8,6	06	26,0	12	52,1	05	21,7	16	69,5	12	52,1	09	39,1	10	43,4
	Enfermeiro USF	00	0,0	02	13,3	08	53,3	01	6,6	09	60,0	07	46,6	05	33,3	06	40,0
	ACS UBS	09	50,0	10	55,5	15	83,3	09	50,0	11	61,1	13	72,2	15	83,3	08	44,4
	ACS USF	06	8,3	13	18,0	33	45,8	14	19,4	39	54,1	36	50,0	34	47,2	28	38,9
Muito Satisfeito	Dentista UBS	00	0,0	01	6,2	02	12,5	00	0,0	02	12,5	02	12,5	01	6,2	00	0,0
	Dentista USF	00	0,0	00	0,0	02	13,3	01	6,6	01	6,6	00	0,0	00	0,0	00	0,0
	Médico UBS	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	11,7	01	5,8	00	0,0	00	0,0
	Médico USF	01	6,6	01	6,6	02	13,3	01	6,6	04	26,6	01	6,6	03	20,0	01	6,6
	Enfermeiro UBS	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	02	8,6	00	0,0	00	0,0	01	4,3
	Enfermeiro USF	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	6,6	00	0,0	00	0,0	00	0,0
	ACS UBS	00	0,0	00	0,0	02	11,1	01	5,5	04	22,2	02	11,1	01	5,5	02	11,1
	ACS USF	01	1,3	00	0,0	02	2,7	01	1,3	08	11,1	01	1,3	05	6,9	00	0,0

Os enfermeiros de UBS apresentam apenas o domínio 5 com grande maioria de profissionais satisfeitos, com 69,5% de respondentes. Os domínios 6 e 3 apresentam 52,1% de QVT satisfatória, com os outros domínios apresentando pequena porcentagem de profissionais enfermeiros satisfeitos.

Entre os enfermeiros de USF, apenas 53,3% do domínio 3 e 60% do domínio 5 referiram satisfação entre os 8 domínios do instrumento. Apenas 1 enfermeiro (6,6%) referiu muita satisfação para o domínio 5.

Entre os médicos de UBS, responderam estar satisfeitos apenas os respondentes em relação ao domínio 3 (64,7%) e domínio 5 (52,9%). Já em relação aos médicos de USF a satisfação existe para os domínios 3, 5 e 6 com 66,6%, 53,3% e 53,3%, respectivamente.

Os ACS de UBS relatam satisfação em todos os domínios do instrumento, exceto o domínio 8, diferindo dos ACS das USF que responderam satisfação apenas nos domínios 5 (65,2%) e domínio 6 (51,3%).

Para a tabela 8, todas as categorias profissionais, exceto os ACS de UBS, apresentaram grande porcentagem insatisfação em relação a QVT para o domínio 1, que reflete compensação justa e adequada.

Tabela 8: Distribuição dos valores compatíveis com “muito insatisfeitos” e “insatisfeitos” resultantes da QVT de Walton, no contexto das USF e UBS, para as categorias profissionais e para cada domínio do instrumento de Walton.

Percepção de QVT	Categoria prof.	Domínio1		Domínio2		Domínio3		Domínio4		Domínio5		Domínio6		Domínio7		Domínio8	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito Insatisfeito	Dentista UBS	10	62,5	01	6,2	00	0,0	03	18,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	03	18,7
	Dentista USF	04	26,6	02	13,3	01	6,6	00	0,0	01	6,6	02	13,3	03	20,0	00	0,0
	Médico UBS	10	58,8	04	23,5	00	0,0	05	29,4	00	0,0	01	5,8	02	11,7	02	11,7
	Médico USF	03	20,0	03	20,0	00	0,0	03	20,0	00	0,0	02	13,3	03	20,0	02	13,3
	Enfermeiro UBS	11	47,8	05	21,7	04	17,3	05	21,7	01	4,3	04	17,3	05	21,7	03	13,0
	Enfermeiro USF	14	93,3	04	26,6	03	20,0	04	26,6	00	0,0	03	20,0	05	33,3	01	6,6
	ACS UBS	01	5,5	00	0,0	01	5,5	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0
	ACS USF	27	37,5	23	31,9	11	15,2	14	19,4	04	5,5	05	6,9	15	20,8	06	8,3
Insatisfeito	Dentista UBS	04	25,0	09	56,2	04	25,0	10	62,5	06	37,5	07	43,7	03	18,7	08	50,0
	Dentista USF	09	60,0	08	53,3	00	0,0	09	60,0	04	26,6	04	26,6	06	40,0	06	40,0
	Médico UBS	05	29,4	08	47,0	06	35,2	12	70,5	05	29,4	08	47,0	09	52,9	11	64,7
	Médico USF	07	46,6	08	53,3	03	20,0	08	53,3	03	20,0	04	26,6	05	33,3	06	40,0
	Enfermeiro UBS	10	43,4	12	52,1	07	30,4	13	56,5	04	17,3	07	30,4	09	39,1	09	39,1
	Enfermeiro USF	01	6,6	09	60,0	04	26,6	10	66,6	05	33,3	05	33,3	05	33,3	08	53,3
	ACS UBS	08	44,4	08	4,44	00	0,0	08	44,4	03	16,6	03	16,6	02	11,1	07	38,8
	ACS USF	38	52,7	36	50,0	26	36,1	43	59,7	21	29,1	30	41,6	18	25,0	38	52,7

Na somatória dos valores relativos, entre muito insatisfatório e insatisfatório, 87,5% dos dentistas de UBS e 86,6% dos dentistas de USF estão insatisfeitos.

Entre os médicos de UBS, 88,2% responderam estar insatisfeitos com a remuneração e 66,6% dos médicos de USF compactuam com o mesma conclusão.

Para a categoria dos enfermeiros, os lotados em UBS, 91,2% estavam insatisfeitos, sendo que para os lotados em USF, 100% desta categoria esta insatisfeita com sua remuneração.

Entre os ACS de UBS, 49,9% relatou estar insatisfeito com sua remuneração sendo que os ACS de USF, 90,2% relataram estar insatisfeitos com o salário.

Os dentistas de UBS referiram insatisfação em sua maioria para os dominios 2, 4 e 8, sendo que os de USF apenas para os dominios 2 e 4.

Os médicos de UBS relataram insatisfação para os dominios 4 e 8, já os médicos de USF, só não relataram insatisfação em maioria nos dominios 3, 5, e 6.

Os enfermeiros de UBS relataram insatisfação nos domínios 2, 4, e 7. Os enfermeiros lotados em USF, apenas não estão insatisfeitos nos domínios 3 e 5.

Os ACS de UBS não referiram insatisfação em nenhum dos domínios. Os ACS de USF não apresentaram em sua maioria insatisfação para os domínios 7,6,5, e 3 em relação a QVT.

5.3 Análise de associação entre variáveis trabalhistas, socioeconômicas e relacionadas ao estresse em relação a QVT de trabalhadores de UBS.

A Tabela 9 apresenta os dados da análise bivariada das associações entre as variáveis socioeconômicas relacionadas segundo a qualidade de vida no trabalho nas unidades básicas de saúde (UBS).

Tabela 9 – Distribuição das variáveis socioeconômicas e qualidade de vida no trabalho nas UBS. São Carlos - SP, 2013.

Variáveis Socioeconômicas	Qualidade de vida no trabalho				p-valor
	Satisfatória		Insatisfatória		
	n	%	n	%	
Faixa etária (UBS)					
23-29 anos	2	40,00	3	60,00	0,035**
30 anos ou mais	59	85,51	10	14,49	
Gênero (UBS)					
Masculino	19	90,48	2	9,52	0,323**
Feminino	41	78,85	11	21,15	
Nível de Escolaridade (UBS)					
Fundamental - Ensino Médio	8	53,33	7	46,67	0,009
Superior ou mais	53	89,83	6	10,17	
Estado Civil (UBS)					
Casado	35	85,37	6	14,63	0,462
Não casado	26	78,79	7	21,21	
Renda Familiar* (UBS)					
≤10 SM	28	73,68	10	26,32	0,053
>10 SM	28	93,33	2	6,67	

* Salário mínimo vigente = R\$ 678,00; **Teste exato de Fisher; SM- Salário mínimo

A Tabela 10 apresenta os dados da análise bivariada das associações entre as variáveis trabalhistas relacionadas segundo a qualidade de vida no trabalho nas unidades básicas de saúde (UBS).

Tabela 10– Distribuição das variáveis trabalhistas e qualidade de vida no trabalho nas UBS. São Carlos - SP, 2013.

Variáveis Trabalhistas	Qualidade de vida no trabalho				p-valor
	Satisfatória		Insatisfatória		
	n	%	n	%	
Categoria profissional					
Agente Comunitário de Saúde	9	50,00	9	50,00	<0,001**
Médico, Dentistas, Enfermeiros	52	92,86	4	7,14	
Anos Trabalhados na UBS					
Até 20 anos	48	81,36	11	18,64	1,000**
21 anos ou mais	13	86,67	2	13,33	

**Teste exato de Fisher

A Tabela 11 apresenta os dados da análise bivariada das associações entre as variáveis relacionadas ao estresse segundo a qualidade de vida no trabalho nas unidades básicas de saúde (UBS).

Tabela 11 – Distribuição das variáveis relacionadas ao estresse e qualidade de vida no trabalho nas UBS. São Carlos - SP, 2013.

Variáveis Relacionadas ao estresse	Qualidade de vida no trabalho				p-valor
	Satisfatória		Insatisfatória		
	n	%	n	%	
Acúmulo de Empregos (UBS)					
Sim	31	96,88	1	3,13	0,004**
Não	30	71,43	12	28,57	
Horas trabalhadas/dia (UBS)					
4-8 horas/dia	33	75,00	11	25,00	0,111**
> 9 horas/dia	25	92,59	2	7,41	
Estado de Saúde Atual (UBS)					
Insatisfeito e demais	24	85,71	4	14,29	0,757**
Satisfeito e Muito Satisfeito	37	82,22	8	17,78	
Relacionamento Interpessoal no Trabalho (UBS)					
Insatisfeito e demais	10	83,33	2	16,67	1,000**
Satisfeito e Muito Satisfeito	50	83,33	10	16,67	

**Teste exato de Fisher

Observou-se nas análises bivariada que os profissionais que possuíam 30 anos ou mais; médicos, dentistas e enfermeiros; e que não acumulavam empregos, apresentaram

uma melhor QVT na análise bivariada quando comparada aos demais. As demais variáveis não se mantiveram associadas estatisticamente na análise bivariada.

A Tabela 12 apresenta o modelo de regressão linear múltipla de Poisson para as variáveis associadas à qualidade de vida no trabalho nas UBS dos profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e ACS de São Carlos.

Tabela 12 – Modelo de Regressão Múltipla de Poisson: variáveis associadas à qualidade de vida no trabalho nas UBS. São Carlos - SP, 2013.

Variáveis	RP (IC95%) Bruta	p-valor	RP (IC95%) Ajustada	p-valor
Categoria Profissional				
Agente Comunitário de Saúde	ref		ref	
Médicos, Dentistas, Enfermeiros	0,54 (0,34 – 0,86)	(p<0,001)*	0,73 (0,61 – 0,88)	(p=0,001)

Verificou-se em relação à análise de regressão múltipla de Poisson que permaneceram no modelo final associado à satisfatória qualidade de vida no trabalho, pertencer à categoria profissional de médicos, dentistas e enfermeiros das unidades básicas de saúde (p=0,001), em relação aos agentes comunitários de saúde.

5.4 Análise de associação entre variáveis trabalhistas, socioeconômicas e relacionadas ao estresse em relação a QVT de trabalhadores de USF.

As variáveis socioeconômicas e sua relação com a qualidade de vida no trabalho na unidade de saúde da família (USF) estão apresentadas na Tabela 13.

Observou-se que as variáveis do sexo feminino, profissionais de nível de escolaridade superior e solteiros apresentaram associações com melhor QVT em relação as outras categorias. As demais variáveis não se mantiveram associadas estatisticamente na análise bivariada.

Tabela 13– Distribuição das variáveis socioeconômicas e qualidade de vida no trabalho nas USF, São Carlos - SP, 2013.

Variáveis Socioeconômicas	Qualidade de vida no trabalho				p-valor
	Satisfatória		Insatisfatória		
	N	%	n	%	
Faixa etária (USF)					
23-29 anos	26	92,86	2	7,14	1,000**
30 anos ou mais	81	91,01	8	8,99	
Gênero (USF)					
Masculino	13	76,47	4	23,53	0,037**
Feminino	94	94,00	6	6,00	
Nível de Escolaridade (USF)					
Fundamental - Ensino Médio	50	84,75	9	15,25	0,009
Superior ou mais	57	98,28	1	1,72	
Estado Civil (USF)					
Casado	65	86,67	10	13,33	0,013**
Não casado	41	97,62	1	2,38	
Renda Familiar* (USF)					
≤10 SM	71	89,87	8	10,13	0,269
>10 SM	35	97,22	1	2,78	

* Salário mínimo vigente = R\$ 678,00

**Teste exato de Fisher

SM- Salário mínimo

A Tabela 14 contempla os dados da análise bivariada das associações entre as variáveis trabalhistas relacionadas com a qualidade de vida no trabalho nas unidades de saúde da família (USF).

Tabela 14– Distribuição das variáveis trabalhistas e qualidade de vida no trabalho nas USF. São Carlos - SP, 2013.

Variáveis Trabalhistas	Qualidade de vida no trabalho				p-valor
	Satisfatória		Insatisfatória		
	N	%	n	%	
Categoria Profissional					
Agente Comunitário de Saúde	63	87,50	9	12,50	0,086**
Médico, Dentista, Enfermeiro	44	97,78	1	2,22	
Anos Trabalhados na SMS (USF)					
Até 20 anos	97	90,65	10	9,35	0,598**
21 anos ou mais	09	90,00	1	10,00	

**Teste exato de Fisher

A Tabela 15 apresenta os dados da análise bivariada das associações entre as variáveis relacionadas ao estresse com qualidade de vida no trabalho nas unidades de saúde da família (USF).

Tabela 15 – Distribuição das variáveis relacionadas ao estresse e qualidade de vida no trabalho nas USF. São Carlos - SP, 2013.

Variáveis Relacionadas ao estresse	Qualidade de vida no trabalho				p-valor
	Adequada		Inadequada		
	n	%	n	%	
Acúmulo de Cargos (USF)					
Sim	26	96,30	1	3,70	0,449**
Não	80	89,89	9	10,11	
Horas trabalhadas/dia (USF)					
4-8 horas/dia	85	90,43	9	9,57	0,686**
> 9 horas/dia	20	95,24	1	4,76	
Estado de Saúde Atual (USF)					
Insatisfeito e demais	62	91,18	6	8,82	1,000**
Satisfeito e Muito Satisfeito	45	91,84	4	8,16	
Relacionamento Interpessoal no Trabalho (USF)					
Insatisfeito e demais	37	86,05	6	13,95	0,168**
Satisfeito e Muito Satisfeito	70	94,59	4	5,41	

**Teste exato de Fisher

A Tabela 16 apresenta os resultados da análise de regressão múltipla de Poisson. Apesar de algumas mudanças nas forças de associação, todas as variáveis que se mantiveram associadas estatisticamente na análise bivariada com satisfatória qualidade de vida no trabalho nas análises brutas também se mantiveram com significância estatística na análise múltipla

Tabela 16 – Modelo de Regressão Múltipla de Poisson: variáveis associadas à qualidade de vida no trabalho nas USF, São Carlos - SP, 2013.

Variáveis	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
	Bruta		Ajustada	
Sexo (USF)				
Masculino	ref		ref	
Feminino	0,81 (0,62 – 1,06)	(p=0,037)	0,85 (0,73 – 0,98)	(p=0,032)
Nível de Escolaridade (USF)				
Fundamental - Ensino Médio	ref		ref	
Superior ou mais	0,54 (0,34 – 0,86)	(p=0,009)	0,87 (0,80 – 0,95)	(p=0,002)
Estado Civil (USF)				
Casado	ref		ref	
Não casado	0,87 (0,79 – 0,95)	(p=0,013)	0,89 (0,83 – 0,95)	(p<0,001)

6. DISCUSSÃO

Atualmente, existe uma baixa produção de estudos relacionados à Qualidade de Vida no Trabalho que utilizaram o instrumento de avaliação de Walton. Nesta pesquisa procurou-se investigar a percepção dos profissionais da área da saúde que trabalham dentro da UBS e USF, quanto ao sua percepção da qualidade de vida no trabalho em relação ao seu contexto dentre as categorias profissionais: médicos, dentistas, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Segundo Corrêa et al (2012), em um estudo sobre a produção bibliográfica brasileira de estudos sobre a QVT, não há registros de instrumentos não convencionais (como pesquisa ação e entrevista em profundidade). Apenas dois artigos haviam utilizado um instrumento de avaliação da QVT validado na literatura, isto é, o modelo de Walton (1973). O autor percebeu que prevaleceu nos estudos o uso de questionários construídos pelos próprios pesquisadores. Desta forma, o presente estudo traz tentou investigar variáveis associadas à QVT por meio da utilização de um instrumento validado e utilizado por outros pesquisadores, que permite comparações mais apuradas entre os resultados encontrados e vem a oferecer contribuições para o avanço da compreensão deste fenômeno pelas organizações de saúde pública.

Os dados do perfil socioeconômico da população estudada demonstraram que todas as categorias profissionais foram caracterizadas, predominantemente, por indivíduos do sexo feminino (tabela 3), em consonância com as prevalências encontradas na literatura que mostram uma tendência para o aumento do número de mulheres em profissões da área da saúde, em particular na área da enfermagem, odontologia e a classe dos ACS (Rocha e Almeida, 2000; Camelo e Angerami, 2008; Costa et al., 2010; Moimaz et al., 2003; Saliba et al., 2013).

Na categoria dos cirurgiões dentistas, também percebeu-se uma frequência maior de profissionais do sexo feminino em relação ao sexo masculino, totalizando praticando quase que o dobro do número de mulheres em relação ao número de homens cirurgiões dentistas (tabela 1), dados estes convergentes aos cenários das pesquisas

encontrados por Farias (2009), Costa et al. (2010), Martelli et al. (2010) que apontam a predominância do sexo feminino entre os cirurgiões dentistas que trabalham em USF.

Em relação à faixa etária, verificou-se uma variação de 23 a 63 anos, com predominância de trabalhadores com idade entre 30 e 39 anos (tabela 1), seguindo a tendência de estudos de Zanetti *et al.* (2010), e Gil (2005) os quais relataram que a maioria dos profissionais que atuam na estratégia de Saúde da Família são jovens, porém, diferente de Marsiglia (2011) que em seu estudo, verificou que o contingente maior de trabalhadores esta situado na faixa etária de 40 e 59 anos.

Quanto ao estado civil, mais da metade dos entrevistados eram casados, dados estes semelhantes ao estudo de Marsiglia (2011).

Constatou-se quanto à qualificação profissional das categorias estudadas, que a grande maioria da classe médica, dos cirurgiões dentistas e dos enfermeiros possuía alguma especialidade, indo de encontro aos dados encontrados nos estudos de Martelli et al. (2010), Ribeiro (2005) e Zanetti et al. (2010).

Quanto ao número de empregos (tabela 2), dentre as categorias entrevistadas, quase a metade referiu trabalhar em 2 empregos. Dentre os dentistas, mais da metade informou uma situação de trabalho em emprego público e privado, ou seja, necessitavam de alguma forma de complementação de renda, o que demonstra uma assalarização da profissão, seguindo a tendência do estudo de Silva e Rosa (1996).

Verificou-se que mais da metade dos profissionais médicos e cirurgiões dentistas trabalhavam mais de 9h/dia. Os números encontrados vão de encontro com os de Miranzi et. al, (2010) em trabalho com 73 médicos sobre percepção de QVT, onde 50% referiram trabalhar no mínimo 8h/dia. Em relação aos cirurgiões dentistas, 61,2% informaram trabalhar mais de 9h/dia, dado este que vai de encontro ao estudo de Reibnitz (2003) que encontrou 61% de profissionais dentistas que trabalhavam mais de 40 horas/semana.

Referente ao tempo que atuam na Rede Municipal de Saúde, 70,1% dos trabalhadores entrevistados eram efetivos entre 1 e 10 anos. Germanos et. al, (2005) acharam dados similares, pois observaram quase 50% dos pesquisados de sua investigação trabalhavam até 10 anos no serviço público.

A grande maioria dos médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, respondeu renda familiar entre 7,5 e 10 salários mínimos (tabela 3), enquanto que os ACS a grande maioria respondeu renda familiar entre 1 e 7,5 salários mínimos. Este dado, em relação à categoria dos cirurgiões dentistas apresenta similaridade de acordo com a pesquisa de Reibnitz (2003). Laste et. al, (2012) em recente estudo encontrou dado que constatou a renda do ACS entre 1 e 3 salários mínimos, diferente deste trabalho, que investigou a renda familiar. A categoria médica, segundo pesquisa de Tomasi et. al, (2008), também demonstrou renda significativamente maior que a categoria do ACS, indo ao encontro dos achados deste estudo.

Após análise dos demais dados da tabela 3, referentes a número de pessoas na família, posse de automóvel e casa própria, os achados mais relevantes mostram que metade dos cirurgiões dentistas e médicos apresentaram composição familiar entre 4 e 5 pessoas. Cerca de um terço dos ACS apresentaram composição familiar entre 4 e 6 pessoas. Apenas 4 entrevistados não relataram possuir automóvel dentre os médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros, contrastando com os ACS, os quais 18 trabalhadores responderam não possuir condução própria. Coincidentemente a mesma proporção apareceu no quesito posse de casa própria.

Os dados da tabela 3 vão de encontro ao encontrado por Patrick (2008). O citado autor afirmou que aspectos como o ambiente, a segurança, a moradia, a renda e a liberdade são amplamente valorizados no que diz respeito à existência humana, porém, não são definidos como estado de saúde, mesmo que estes indicadores possam afeta-la, ou mesmo que a avaliação do estado de saúde não inclua estes aspectos. Os resultados da tabela 3 direcionam a este pensamento, pois o aumento do número de filhos por família, posse de casa própria e automóvel foi proporcional ao aumento da renda para algumas categorias profissionais, exceto para os ACS.

Em relação à mensuração da QVT por categoria profissional de toda a população estudada (tabela 4), 50,0% dos ACS referiram qualidade de vida satisfatória, dados similares ao estudo de Figueiredo et. al. (2009), que concluiu que estes se encontravam moderadamente satisfeitos (média 6,72) em relação a sua qualidade de vida no trabalho. A mesma proporção de 50,0% foi verificada para a categoria médica. Moreira

e Fernandes (2012) também concluíram em pesquisa recente que a QVT de médicos trabalhadores em um centro de saúde pública foi satisfatória quase na totalidade dos entrevistados, dados semelhantes aos apresentados neste estudo. Os mesmos autores citados encontraram QVT satisfatória para a classe dos enfermeiros no mesmo estudo, diferentemente do achado no presente trabalho, onde 68,4% dos profissionais da enfermagem referiram QVT não adequada.

Para os cirurgiões dentistas, os achados da tabela 4 que demonstraram QVT insatisfatória, diferem do trabalho de Garcia (2007b), que constatou QVT “razoável” para a referida categoria profissional.

Os resultados referentes à categoria dos enfermeiros nas tabelas 5 e 6 são indagadores, pois, independente do contexto (UBS ou USF), a quantidade de insatisfeitos com a QVT foi acima de 65%. No contexto das UBS, 15 enfermeiros (65,1%) referiram insatisfação (2 muito insatisfeitos e 13 insatisfeitos), enquanto que no contexto das USF, 11 enfermeiros (73,3%), referiram insatisfação com a QVT.

Na tabela 8, notou-se melhor QVT no contexto das USF, para as categorias profissionais dos médicos e cirurgiões-dentistas que desempenham a estratégia de Saúde da Família com equiparação da gratificação pelo exercício da referida função. No município objeto do estudo, a categoria dos enfermeiros recebe um terço deste valor e, na análise da QVT pelos domínios do instrumento de Walton, o domínio número 1 (compensação justa e adequada) 14 destes profissionais de um total de 15 (93,3%) apresentou QVT “muito insatisfeito”. Pizzoli (2005), concluiu em estudo semelhante sobre a QVT de enfermeiros em análise no mesmo domínio.

Ainda sobre a categoria dos enfermeiros, apenas os domínios 3 e 5 de Walton (uso e desenvolvimento de capacidades e integração social na organização, respectivamente), não apresentaram a maioria das respostas ‘insatisfeitos’, o que sugere que a referida categoria executa suas atribuições no limite.

Em estudo sobre a QVT de funcionários públicos de carreira que exercem atividades laborais na Secretaria de Saúde de Barra Mansa, RJ, Garcia (2007a) utilizou o instrumento de QVT de Walton e chegou a conclusão que profissionais médicos apresentaram QVT de “razoável a boa”, dados estes similares ao do presente estudo, pela

análise de regressão múltipla de Poisson (tabela 12), para o profissional médico, cirurgião dentista e enfermeiro da unidade básica de saúde. Dado semelhante a este estudo foi encontrado em pesquisa de Mascarenhas (2011) que identificou inadequada qualidade de vida para os Agentes Comunitários de Saúde em relação as outras categorias profissionais

A análise de regressão múltipla de Poisson para os trabalhadores inseridos nas USF de São Carlos apresentou também um modelo final associado a qualidade de vida no trabalho satisfatória.

A satisfatória qualidade de vida no trabalho para trabalhadores do sexo feminino ($p=0,037$), e para maior nível de escolaridade pois profissionais também foram observados na pesquisa de Garcia (2007a),

7. CONCLUSÃO

Verificou-se no presente estudo que as categorias profissionais dos médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros apresentaram melhor qualidade de vida no trabalho das UBS avaliadas em comparação aos agentes comunitários de saúde. Por outro lado, características relacionadas ao gênero, nível de escolaridade e estado civil estiveram associadas à melhor qualidade de vida no trabalho de profissionais das USF avaliadas.

REFERÊNCIAS¹

- Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med.* 1999; 48(8): 977-88.
- Alves EF. Qualidade de vida no trabalho: indicadores e instrumentos de medidas. *Diálogo Saberes.* 2010; 6(1): 77-87.
- Balsanelli AP, Jericó MC. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(4): 397-402.
- Bernardes KAG. Qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde de um município da região Oeste do estado de São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.
- Beulke R, Bertó DJ. Gestão de custos e resultados na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. São Paulo: Saraiva; 1977.
- Bittencourt MS, Calvo MC, Regis Filho GI. Qualidade de vida no trabalho em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *RFO.* 2007; 12(1): 21-6.
- Bowling, A. *Measuring health.* Philadelphia: Open University Press; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Ceccim RB. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde!: O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. *Interface.* 2007; 11(22): 358-61.
- Chang Júnior J, Albuquerque LG. Comprometimento organizacional: uma abordagem holística e simultânea dos determinantes envolvidos no processo. *Rev Adm Mack.* 2002; 3(2): 13-38.

¹ De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

- Cheremeta M, Pedroso B, Pilatti LA, Kovaleschi JL. Construção da versão abreviada do QWLQ-78: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. Rev Bras Qualid Vida [internet] 2011; [Acesso 2014 maio 24] 3(1) Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/viewFile/758/600>.
- Chiavenato I. Gestão de pessoas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
- Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Ciênc Cuid Saúde. 2008; 7(1): 45-52.
- Corrêa DA, Oswaldo YC, Spers VER, Graziano GO, Andrade SI, Santos MR. Qualidade de vida no trabalho: uma análise crítica da produção bibliográfica brasileira a área de gestão. 2ème Congrès Transformare; 2012 mars 19-20 mars. Paris; 2012 [Acesso 2014 maio 24]. Disponível em: <http://www.transformare.adm.br/anais/Artigo-Dalila-et-al.-Qualidade-de-vida.pdf>
- Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(Suppl 1): 1865-73.
- Davis K, Newstrom JW. Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional. São Paulo: Pioneira; 2004.
- Detoni DJ. Estratégias de avaliação da qualidade de vida no trabalho: estudos de casos em agroindústrias [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
- Diener E. Subjective well-being. Psychol Bull. 1984; 95(3): 542-75.
- Farias MR. Análise da integração da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família [dissertação]. Ceará: Universidade Estadual do Ceará; 2009.
- Farias SNP, Zeitoune RCG. A qualidade de vida no trabalho de enfermagem. Esc Anna Nery. 2007; 11(3): 487-93.
- Fernandes E. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade; 1996.
- Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(3): 434-42.

- Ferreira AA, Reis ACF, Pereira MI. Gestão empresarial de Taylor aos nossos dias: evolução e tendências da moderna administração. São Paulo: Pioneira; 1999.
- Fleck MPA, organizador. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 29-39.
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1): 19-28.
- França ACL. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. Rev Bras Med Psicossomática. 1997; 2(1): 79-83.
- Franco TB, Merhy E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy E, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 135-57.
- Gaíva MAM. Qualidade de vida e saúde. Rev Enferm UERJ. 1998; 6(2): 377-82.
- Garcia EOP. Estudo de caso exploratório sobre qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos. Organ Contexto. 2007a; 3(5): 9-31.
- Garcia EOP. Qualidade de vida no trabalho: com a palavra os funcionários públicos [dissertação]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Ciências Administrativas; 2007b.
- Garcia RM. Abordagem sócio-técnica: uma rápida avaliação. Rev Adm Empres. 1980; 20(3): 71-7. Garrafa V, Pyrrho M. Bases epistemológicas e políticas da bioética da intervenção. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ, organizadores. Saúde bucal das famílias. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 298-308.
- Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA. 1994; 272(8): 619-26.
- Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. Interface. 2010; 14(33): 301-14.

Hackman JR, Oldham GR. The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects. Technical Report n. 4, Department Of Administrative Sciences Of Yale University, May; 1974.

Hampton DR. Administração: processos administrativos. São Paulo: McGrand-Hill; 1991.

Figueiredo IM, Neves DS, Montanari D, Camelo SHH. Qualidade de vida no trabalho: percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. Rev Enferm UERJ. 2009; 17(2): 262-7.

Heloani R. A organização do trabalho e administração: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Cortez; 1996.

Hunt SM. The problem of quality of life. Qual Life Res. 1997; 6(3): 205-12.

Laet VLB. Experiência de gerenciamento de enfermagem em Unidade de Cardiologia: em busca de melhor qualidade de prestação de serviços [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1998.

Laste G, Deitos A, Kauffmann C, Castro LC, Torres ILS, Fernandes LC. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Colet. 2012; 17(5): 1305-12.

Limongi-França AC. Qualidade de Vida no Trabalho: QVT. 2.ed. São Paulo: Atlas; 2004.

Maslow AH. Motivatyion and personality. Nova York: Harper & Row; 1954.

Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. Saúde Soc. 2011; 20(4): 900-11.

Martelli PJJ, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC et al . Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(2): 3243-8.

Mascarenhas CHM. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde do município de Jequié-BA [dissertação]. Bahia: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2011.

Mckenna SP, Whalley D. Can quality of life scales tell us when patients begin to feel benefits of antidepressants? *Eur Psychiatry*. 1998; 13(3): 146-53.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet*. 2000; 5(1): 7-18.

Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. A força do trabalho feminino na odontologia em Araçatuba - SP. *J Appl Oral Sci*. 2003; 11(4): 301-5.

More T. A utopia. São Paulo: Edipro; 1994.

Moreira WG, Fernandes LA. Impacto da Síndrome de Burnout na Qualidade de Vida no Trabalho dos Colaboradores de um Centro Público de Saúde. IX Simpósio de Excelencia em Gestão e Tecnologia, 2012.

Moretti S, Treichel A. Qualidade de Vida no Trabalho e auto-Realização Humana. *Rev Leonardo Pós-Órgão Divulg Cient Cultl ICPG*. 2003; 1(3): 73-80.

Moscovici S. Representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Nadler DA, Lawler EE. Quality of work life: perspectives and directions. *Organizational Dynamics*. Amsterdam: v. 11, n. 3, p. 20-30, 1983.

Nogueira LC. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG; 1996.

Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(6): 1019-26.

Patrick DL. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: Fleck MPA, organizador. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 29-39.

Pedroso B, Pilatti LA, Silva KA. Construção de um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho a partir da estrutura hodierna da sociedade brasileira: Apresentação de um projeto. Congresso Internacional de Administração. Gestão estratégica em tempo de mudança; 2009 set 21-25. Ponta Grossa; 2009.

Pedroso B, Pilatti LA, Silva KA. Qualidade de vida no trabalho e sociedade pos-moderna: construção de um instrumento de avaliação. *Rev Eletrôn FAFIT/FACIC*. 2010; 1(2): 11-25.

- Pedroso B. Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho [dissertação]; Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção; 2010 [acesso 2014 set 10]. Disponível em: <http://www.pg.utfpr.edu.br/dirppg/ppgep/dissertacoes/arquivos/138/Dissertacao.pdf>.
- Peres EM. Saúde da família: conceitos, diretrizes e metodologia: treinamento introdutório em gestão. Rio de Janeiro: Centro Biomédico, UERJ; 1999. 60 p.
- Pilatti LA. Qualidade de vida no trabalho e a teoria dos dois fatores de Herzberg: possibilidade-limite das organizações. Apud Silva KA, Pedroso B, Pilatti LA. Qualidade de vida no trabalho e sociedade pós-moderna: construção de um instrumento de avaliação. In Silva KA, Pedroso B, Pilatti LA. Qualidade de vida no trabalho e sociedade pós-moderna: construção de um instrumento de avaliação. Rev Eletrôn FAFIT/FACIC. 2010; 1(2): 11-25.
- Pires DA. Estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, organizador. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Pappalivros; 1999. p. 23-48.
- Pizzoli LML. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. Ciênc Saúde Colet. 2005; 10(4): 1055-62.
- Reibnitz Júnior C. Egressos do curso de Odontologia da UFSC e sua inserção no mercado de trabalho [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- Reis Júnior DR. Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78 [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2008.
- Ribeiro VF, Amaral TS, Neto NMO, Faria LT, Oliveira LG, Franco EFPM, et al. Perfil do médico em Montes Claros e sua atuação no Sistema Único de Saúde - SUS Loco-Regional. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros; 2005.
- Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-Am Enferm. 2000; 8(6): 96-101.

- Rodrigues MVC. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. cap. 2. p. 28-49.
- Saliba NA, Moimaz SAS, Prado RL, Saliba TA, Saliba CA. Saúde do Trabalhador na Odontologia: o Cirurgião-dentista em Foco. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2013; 13(2): 147-54.
- Scherer MDA. O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- Silva SRC, Rosa AGF. Características dos cirurgiões-dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas no município de Araraquara-SP. Rev Odontol UNESP. 1996; 25(nesp): 9-18.
- Siviero IMPS. Saúde mental e qualidade de vida de infartados [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
- Tamayo A, Mendes MA, Paz MG. Inventário de valores organizacionais – Ivo. Est Psicol. 2000; 5(2): 289-315.
- Tavares CMA. A atuação da enfermeira: uma contribuição para a prevenção do câncer ginecológico [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- Taveira IMR. Qualidade de vida no trabalho e cultura organizacional [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (the whoqol): position paper form the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41(10); 1403-9.
- The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (The Whoqol). In: Orley J, Kuyren W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

- Timossi LS, Pedroso B, Pilatti LA, Francisco AC. Adaptação do modelo de Walton para avaliação da qualidade de vida no trabalho. *Rev Educ Física*. 2009; 20(3): 395-405.
- Timossi LS. Correlações entre a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida no Trabalho em colaboradores das indústrias de laticínios [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2009.
- Tolfo SR, Piccinini VC. As melhores empresas para trabalhar no Brasil e a qualidade de vida no trabalho: disjunções entre a teoria e a prática. *Rev Adm Contexto*. 2001; 5(1): 165-93.
- Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 1): S193-201.
- Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2010; 35(122): 327-39.
- Vasconcelos AF. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Cad Pesqui Adm*. 2001; 8(1): 23-35,
- Walton RE. Quality of working life: what is it? *Sloan Manage Rev*. 1973; 15(1): 11-21.
- Werther BWD. Administração de pessoal e recursos humanos: a qualidade de vida no trabalho. São Paulo: McGraw Hill do Brasil; 1983.
- Westley W. A Problems and solutions in the quality of working life. *Hum Relat*. 1979; 32(2): 113-23.
- Zanetti EMSP. Gerenciamento de recursos humanos: o caso das micro e pequenas indústrias de confecções do município de Colatina-ES [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- Zanetti TG, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Kopf A, Abreu PB. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: Um estudo de caso. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(3): 448-55.

ANEXO 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Qualidade de vida no trabalho. Uma comparação entre trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família da rede municipal de saúde do município de São Carlos - SP**", protocolo nº 121/2012, dos pesquisadores Fabio Morelli Bessegato e Fábio Luiz Mialhe, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 14/11/2012.

The Ethics Committee in Research of the Piracicaba Dental School - University of Campinas, certify that the project "**Quality of life at work. A comparison between workers of Basic Health Units and Units of Family Health of municipal Health network of the city of Sao Carlos - SP**", register number 121/2012, of Fabio Morelli Bessegato and Fábio Luiz Mialhe, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee on Nov 14, 2012.

Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

NOME _____ Idade _____

USF/UBS _____

Função na Unidade – _____

1 - Gênero – () masculino () feminino

2 - Qualificação Profissional – () fundamental () médio () superior () especialização
() mestrado () doutorado

3 - Anos de conclusão do curso de graduação – 1 – 10 anos () 11 – 20 anos ()
21 anos ou mais ()

4 - Estado civil – () casado () solteiro () divorciado () viúvo(a) () desquitado(a)

5 - Possui acúmulo de cargos? – público e privado () público e público () apenas público
()

6 – Horas trabalhadas/dia – 4h – 8 h () 9 h ou mais () não informado ()

7 - Anos de trabalho pela Secretaria Municipal de Saúde – 1 – 10 anos () 11 – 20 anos ()
21 anos ou mais ()

8 – Situação Econômica da Família (Renda Familiar mensal)

A. () Até R\$ 678,00

B. () De R\$ 678,00 a R\$ 1378,00

C. () De R\$ 1378,00 a R\$ 2034,00

D. () De R\$ 2034,00 a R\$ 3390,00

E. () De R\$ 3390,00 a R\$ 5085,00

F. () De R\$ 5085,00 a R\$ 6780,00

G. () Acima de R\$ 6780,00

9 - NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA

A. () Até 2 Pessoas

D. () 5 Pessoas

B. () 3 Pessoas

E. () 6 Pessoas

C. () 4 Pessoas

F. () Acima de 6 Pessoas

10 – Possui automóvel – sim () não () quantos ()

Financiado? Se sim, responda se um ou mais –

11 - HABITAÇÃO (Moradia)

A. () Residência própria quitada

B. () Residência própria com financiamento a pagar

C. () Residência cedida pelos pais ou parentes

D. () Residência cedida em troca de trabalho

E. () Residência alugada

F. () residência cedida por não ter onde morar

12 - Na sua percepção, como você está se sentindo em relação ao seu estado de saúde atual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

13 - Na sua percepção, como está o seu relacionamento interpessoal no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

ANEXO 3

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO SEGUNDO O MODELO DE WALTON ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito da sua Qualidade de Vida no Trabalho. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Nós estamos perguntando o quanto você está satisfeito(a), em relação a vários aspectos do seu **trabalho** nas **últimas duas semanas**. Escolha entre as alternativas e coloque um círculo no número que melhor represente a sua opinião.

Em relação ao salário (compensação) justo e adequado:

1.1 O quanto você está satisfeito com o seu salário (remuneração)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

1.2 O quanto você está satisfeito com seu salário, se você o comparar com o salário dos seus colegas?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

1.3 O quanto você está satisfeito com as recompensas e a participação em resultados que você recebe da empresa?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

1.4 O quanto você está satisfeito com os benefícios extras (alimentação, transporte, médico, dentista, etc) que a empresa oferece?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Em relação as suas condições de trabalho:

2.1 O quanto você está satisfeito com sua jornada de trabalho semanal (quantidade de horas trabalhadas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

2.2 Em relação a sua carga de trabalho (quantidade de trabalho), como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

2.3 Em relação ao uso de tecnologia no trabalho que você faz, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

2.4 O quanto você está satisfeito com a salubridade (condições de trabalho) do seu local de trabalho

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

2.5 O quanto você está satisfeito com os equipamentos de segurança, proteção individual e coletiva disponibilizados pela empresa?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

2.6 Em relação ao cansaço que seu trabalho lhe causa, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Em relação ao uso das suas capacidades no trabalho:

3.1 Você está satisfeito com a autonomia (oportunidade tomar decisões) que possui no seu trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

3.2 Você está satisfeito com a importância da tarefa/trabalho/atividade que você faz?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

3.3 Em relação à polivalência (possibilidade de desempenhar várias tarefas e trabalhos) no trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

3.4 O quanto você está satisfeito com a sua avaliação de desempenho (ter conhecimento do quanto bom ou ruim está o seu desempenho no trabalho)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

3.5 Em relação à responsabilidade conferida (responsabilidade de trabalho dada a você), como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Em relação às oportunidades que você tem no seu trabalho:

4.1 O quanto você está satisfeito com a sua oportunidade de crescimento profissional?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

4.2 O quanto você está satisfeito com os treinamentos que você faz

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

4.3 Em relação às situações e a frequência em que ocorrem as demissões no seu trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

4.4 Em relação ao incentivo que a empresa dá para você estudar, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Em relação à integração social no seu trabalho:

5.1 Em relação à discriminação (social, racial, religiosa, sexual, etc) no seu trabalho como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

5.2 Em relação ao seu relacionamento com colegas e chefes no seu trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

5.3 Em relação ao comprometimento da sua equipe e colegas com o trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

5.4 O quanto você está satisfeito com a valorização de suas idéias e iniciativas no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Em relação ao constitucionalismo (respeito às leis) do seu trabalho:

6.1 O quanto você está satisfeito com a empresa por ela respeitar os direitos do trabalhador?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

6.2 O quanto você está satisfeito com sua liberdade de expressão (oportunidade dar suas opiniões) no trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

6.3 O quanto você está satisfeito com as normas e regras do seu trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

6.4 Em relação ao respeito a sua individualidade (características individuais e particularidades) no trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Em relação ao espaço que o trabalho ocupa na sua vida:

7.1 O quanto você está satisfeito com a influência do trabalho sobre sua vida/rotina familiar?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

7.2 O quanto você está satisfeito com a influência do trabalho sobre sua possibilidade de lazer?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

7.3 O quanto você está satisfeito com seus horários de trabalho e de descanso?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

Em relação à relevância social e importância do seu trabalho:

8.1 Em relação ao orgulho de realizar o seu trabalho, como você se sente?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

8.2 Você está satisfeito com a imagem que esta empresa tem perante a sociedade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

8.3 O quanto você está satisfeito com a integração comunitária (contribuição com a sociedade) que empresa tem?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

8.4 O quanto você está satisfeito com os serviços prestados e a qualidade dos produtos que a empresa fabrica?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

8.5 O quanto você está satisfeito com a política de recursos humanos (a forma da empresa tratar os funcionários) que a empresa tem?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
1	2	3	4	5

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a),

Convidamos você a participar da nossa pesquisa: "QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. UMA COMPARAÇÃO ENTRE TRABALHADORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP". As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Prof. Dr. Fabio Luiz Mialhe e o aluno de pós-graduação, Fabio Morelli Bessegato, (mestrado) para convidar e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você consente a participar, com total conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser. A sua colaboração, através de autorização e concordância em participar, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias e que não haverá ônus a sua pessoa.

Pesquisadores responsáveis:

A qualquer tempo (antes e durante a pesquisa), se você desejar mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Fabio Morelli Bessegato – Tel: 16 3214 3192

End: Av Julio Prestes de Albuquerque 338, – 14807-204 Araraquara – SP

fbcgato@yahoo.com.br

Prof.Dr. Fabio Luiz Mialhe (Orientador) - Tel: 19 21065279

End: Av Limeira, 901 cx postal 52 - 13914-903 Piracicaba – SP

mialhe@fop.unicamp.br

Justificativa:

As realidades individuais dos trabalhadores da rede municipal de saúde da cidade de São Carlos pode trazer a tona aspectos interessantes da situação atual do cotidiano laboral destes trabalhadores em relação às suas percepções ante as suas posições na vida, pelas influencias do contexto o qual estão inseridos. Através da mensuração destas vivências mediante a aplicação de um instrumento devidamente validado, levando-se em consideração a cultura e sistema de valores aos quais estes trabalhadores vivem em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações acerca da qualidade de vida no trabalho, dependendo dos domínios afetados na Qualidade de Vida no Trabalho, diversos transtornos podem emergir, inclusive com comprometimento das funções e atribuições na vida diária. (Fernandes 2010).

Objetivos:

Avaliar a ocorrência ou não de interferência das seguintes variáveis: idade, nível educacional, estado civil, filhos, portador ou não de problema de saúde, gênero,

relacionamento interpessoal no trabalho, posse ou não de casa própria e posse ou não de automóvel, na qualidade de vida no trabalho, dos trabalhadores da rede pública de saúde do município de São Carlos – SP e efetuar um comparativo entre UBS e USF.

Descrição da pesquisa:

Metodologia

- Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, você será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá, em seguida, a um questionário com questões socioeconômicas, comportamentais, demográficas e psicossociais para caracterização da população a ser estudada e, além disso, um questionário de como você se sente a respeito da sua **Qualidade de Vida no Trabalho (AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO SEGUNDO O MODELO DE WALTON)** os indivíduos que tiverem os piores e melhores índices de cárie serão entrevistados, e essas informações serão mantidas em sigilo.

Possibilidade de inclusão em grupo controle/placebo

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

Métodos alternativos para obtenção da informação

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis

Os questionários serão respondidos em sala separada, evitando qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário

Você estará contribuindo com uma pesquisa científica que visa melhorar a qualidade do serviço prestado à comunidade e possivelmente na melhoria da qualidade de vida no trabalho do trabalhador do serviço municipal de saúde de São Carlos.

Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito

Os pesquisadores responsáveis acompanharão os sujeitos voluntários da pesquisa e darão assistência quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

Forma de contato com a pesquisadora e com o cep

Para entrar em contato com os pesquisadores:

Você terá contato direto com os pesquisadores Fabio Morelli Bessegato (16) 81135084, fbcgato@yahoo.com.br, Prof.Dr. Fabio Luiz Mialhe (Orientador) - Tel: 19 21065279 End: Av Limeira, 901 cx postal 52 - 13914-903 Piracicaba – SP mialhe@fop.unicamp.br,

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, situado na Av. Limeira, 901 CEP:13414-903, Piracicaba-SP, Fone/Fax: (19) 2106-5349; e-mail: cep@fop.unicamp.br; site: www.fop.unicamp.br/cep.

Garantia de esclarecimentos

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos. Os pesquisadores também assumem o compromisso de dar as informações obtidas durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade em continuar participando do estudo.

Garantia de recusa à participação ou saída do estudo

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde. Caso deixe de participar do estudo por qualquer razão, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo ou punição.

Garantia de sigilo

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

Garantia de ressarcimento

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto que a pesquisa será realizada em horário onde o trabalhador estará na unidade de saúde em horário de trabalho, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

Garantia de indenização e/ou reparação de danos

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não haverá indenização previsível. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Cópia do Termo de consentimento:

Você está recebendo duas cópias deste Termo uma é sua e a outra deverá ser assinada e devolvida. Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente,

Fabio Morelli Bessegato

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
RG n _____ responsável por _____,
certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelos pós-graduando Fabio Morelli Bessegato pesquisador responsável na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa " QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. UMA COMPARAÇÃO ENTRE TRABALHADORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP ". E recebi uma cópia deste documento.

São Carlos, _____ de _____ de 2012.

Nome: _____ C.I. _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901-CEP13414-900-Piracicaba-SP.

Telefone/fax: 19-21065349, email: cep@fop.unicamp.br

Web site: www.fop.unicamp.br/cep