

QUALIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE: QUE
ESPECIFICIDADES?

Ana Raquel Valente Batista

Projecto de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:
Prof.^a Doutora Nácia Simões, Prof.^a Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de
Economia

Setembro 2011

QUALIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE: QUE
ESPECIFICIDADES?

Ana Raquel Valente Batista

Projecto de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:
Prof.^a Doutora Nácia Simões, Prof.^a Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de
Economia

Setembro 2011

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

RESUMO

Para promover a compreensão do conceito de qualidade do trabalho em saúde e colmatar a falta de estudos sobre esta temática, este trabalho adaptou o conceito de qualidade do trabalho às especificidades do sector da saúde, sugerindo e fundamentando as dimensões relevantes a considerar na medição da qualidade do trabalho.

De modo a cumprir este objectivo desenvolveu-se um inquérito alargado adaptado às características deste sector de actividade com base no inquérito mais comumente usado no estudo desta temática, o *Fourth European Working Conditions Survey* de 2005. Este questionário permite conhecer as opiniões dos trabalhadores relativamente a questões como a organização do trabalho, o tempo de trabalho, a igualdade de oportunidades, a remuneração, a formação, a saúde, a segurança e a satisfação no trabalho.

Posteriormente, efectuou-se a pesquisa empírica com a aplicação do inquérito desenvolvido no Hospital da Cruz Vermelha. A amostra foi composta por 306 profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de diagnóstico e terapêutica e Assistentes operacionais/Auxiliares de acção médica/Técnicos auxiliares de saúde).

Após a análise dos dados apurou-se que os profissionais de saúde valorizam diferentes dimensões da qualidade do trabalho. Assim, os Médicos consideram mais importante as “oportunidades de formação” e menos importante as “condições físicas de trabalho”. Os Enfermeiros e os Técnicos de diagnóstico e terapêutica consideram mais importante o “equilíbrio entre a vida pessoal e profissional” e menos importante a “intensidade do trabalho”. Os Auxiliares de acção médica consideram mais importante a “relação entre colegas de trabalho” e menos importante a “segurança no emprego”.

Palavras-chave: Qualidade do trabalho; Organizações de saúde; Profissionais de saúde; Sector da Saúde.

JEL Classification System: I31; J28.

Job quality in health care: What specifics?

ABSTRACT

To promote understanding of the concept of job quality in health and address the lack of studies on this subject, this work has adapted the concept of job quality to the specificities of the health sector and the reasons for suggesting relevant dimensions to consider in measuring the job quality.

To meet this objective we developed an extensive survey adapted to the characteristics of this sector based on the survey most commonly used on the study of this issue, the Fourth European Working Conditions Survey 2005. This questionnaire allows the views of workers on issues such as work organization, working time, equal opportunities, pay, training, health, safety and job satisfaction.

Later, was carried out empirical research with implementation of the survey developed in the Red Cross Hospital. The sample consisted of 306 health professionals (Doctors, Nurses, Technical of diagnostic and therapeutic and Operational assistant/ medical auxiliaries/technical assistant health).

After data analysis it was found that health professionals value different dimensions of job quality. So doctors consider the most important "training opportunities" and the less important "physical work". Nurses and Technicians of diagnostic and therapeutic as more important to "balance between personal and professional life" and less important "work intensity". The medical auxiliaries consider most important "relationship between co-workers" and less important "job security".

Key-words: Job quality; Health organizations; Health care professionals; Health sector.

JEL Classification System: I31; J28.

AGRADECIMENTOS

Apesar de uma dissertação, pelo seu carácter académico, exigir um trabalho individual e muitas vezes solitário, ela reúne o contributo de inúmeras pessoas. Desde o início deste mestrado contei com a confiança e o apoio de várias pessoas cujos contributos culminaram com a elaboração deste projecto final, pelo que deixo aqui os meus sinceros agradecimentos.

- ✓ À Professora Doutora Nádia Simões, orientadora da dissertação, agradeço o apoio, a disponibilidade sempre revelada, a partilha do saber e as valiosas contribuições para a elaboração deste trabalho.
- ✓ Ao restante corpo docente do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde do ISCTE/IUL por proporcionar uma oportunidade ímpar de crescimento académico e também pessoal. A todos, obrigada pela oportunidade de aprender.
- ✓ Ao Dr. Manuel Pedro Magalhães e à Enf.^a Helena Lagartinho do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa que tornaram possível a realização deste estudo, o meu muito obrigada.
- ✓ Aos profissionais que prescindiram de algum do seu precioso tempo para responder ao questionário.
- ✓ Aos meus colegas do Mestrado pela excelente relação pessoal que criámos e que espero que não se perca e pela colaboração, apoio e amizade.
- ✓ Aos meus amigos que me questionavam sobre o trabalho, que me foram estimulando pela confiança em mim depositada, fazendo-me acreditar que era possível chegar ao fim, com sucesso.
- ✓ À minha família, em especial aos meus pais, duas pessoas de carácter e sacrifícios, pelo apoio incondicional, perseverança e sensatez com que sempre me ouviram.
- ✓ Por último, e não menos importante, ao meu marido, um homem de princípios, pelo inestimável apoio, pela sua bondade e paciência e por tudo o que representa para mim.

A todos, o meu profundo e sentido agradecimento.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. QUALIDADE DO TRABALHO.....	4
1.1 O conceito de Qualidade do Trabalho.....	5
1.2 A evolução histórica do conceito de Qualidade do Trabalho.....	6
1.3 Mensurar a Qualidade do Trabalho.....	11
1.3.1 Indicadores macroeconómicos de Qualidade do Trabalho.....	12
1.3.2 Indicadores microeconómicos de Qualidade do Trabalho.....	14
2. QUALIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE.....	19
2.1 As especificidades do sector da saúde.....	20
2.2 Uma proposta de medição da Qualidade do Trabalho para a área da saúde.....	22
3. ESTRATÉGIA EMPÍRICA.....	35
3.1 Desenho do estudo.....	35
3.2 População/Amostra.....	36
3.2.1 Caracterização da amostra.....	37
3.3 Instrumentos.....	40
3.4 Procedimentos e local de recolha de dados.....	41
4. RESULTADOS.....	43
4.1 Tratamento estatístico dos dados.....	43
4.2 Apresentação e análise dos resultados.....	43
CONCLUSÕES.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores macroeconómicos de Qualidade do Trabalho.....	12
Tabela 2 – Indicadores microeconómicos dimensionais de Qualidade do Trabalho.....	15
Tabela 3 – Satisfação no trabalho como proxy de Qualidade do trabalho.....	16
Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Horário de trabalho.....	45
Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos por Estado civil vs. Horário de trabalho.....	46
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos por Duplo emprego vs. Horário de trabalho....	47
Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Segurança no emprego.....	49
Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Satisfação com o contracto de trabalho.....	50
Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Oportunidades de progressão na carreira.....	51
Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Impacto das condições de trabalho na saúde.....	55
Tabela 11 – Dimensões da qualidade do trabalho mais importantes e menos importantes para os profissionais de saúde do HCVP.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos por profissão.....	37
Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por idade.....	38
Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos por estado civil.....	38
Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias.....	39
Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos por antiguidade profissional.....	40

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Qualidade do trabalho: Que especificidades? (Questionário extenso).....	75
ANEXO 2 - Qualidade do trabalho: Que especificidades? (Questionário aplicado).....	76
ANEXO 3 - Autorização do Conselho de Administração.....	77

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AAM - Auxiliares de Acção Médica

CE - Comissão Europeia

DGBI - Deutscher Gewerkschaftsbund Good Work Index

EEE - Estratégia Europeia de Emprego

EJQI - European Job Quality Index

EUA - Estados Unidos da América

EWCS - European Working Conditions Survey

HCVP - Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

ICQE - Index of the Characteristics related to the Quality of Employment

MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey

OECD – Organization for Economic Cooperation and Development

OIT - Organização Internacional do Trabalho

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SQWLI - Subjective Quality of Working Life Index

TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

SUMÁRIO EXECUTIVO

A relação do homem com o seu trabalho é de extrema importância para a sua qualidade de vida. A maior parte dos indivíduos exerce uma actividade laboral e grande parte do seu quotidiano diário é passado dentro das organizações. É através do trabalho que o indivíduo consegue quer um meio de subsistência quer o suprimento das suas necessidades mais elevadas como a auto-realização, o desenvolvimento e a utilização ampla das suas potencialidades. Neste sentido, as condições de trabalho vão influenciar o bem-estar dos trabalhadores e o seu nível de satisfação com o trabalho.

O reconhecimento das condições de trabalho como fundamentais para alcançar uma melhor qualidade de trabalho remonta ao século XVIII. Ao longo do tempo, o conceito de qualidade do trabalho foi analisada sob diferentes ópticas nas ciências sociais e sofreu a influência de diferentes contextos socioeconómicos e políticos. Actualmente, é uma questão central nos debates nacionais e internacionais. Trata-se de um conceito multidimensional, isto é, pode ser analisado segundo uma perspectiva económica, social e/ou política. Surge do equilíbrio entre as características objectivas do trabalho, as características pessoais do trabalhador e a avaliação subjectiva das características do trabalho por parte do trabalhador, condicionando o bem-estar do ser humano como homem e como trabalhador.

Desta forma, as preocupações com as condições de trabalho e a ocorrência de doenças ocupacionais direccionaram as organizações para a identificação, avaliação e controlo da qualidade de trabalho porque compreenderam as vantagens de investir na saúde global do trabalhador.

O sector da saúde é um desses exemplos. Outrora, o alvo das organizações de saúde era a qualidade dos serviços prestados a quem necessita de cuidados de saúde, o utente/cliente. Nas últimas décadas, começou a investir-se no capital intelectual das organizações. Contudo, este sector apresenta algumas questões singulares que tornam este contexto de transformação problemático. A saúde é um sector de actividade específico sobretudo porque o contexto de actuação está em constante mudança, a estrutura organizacional é sólida e apresenta discrepâncias entre os sectores hierárquicos, existem vários estratos profissionais com formações académicas, culturas e crenças distintas, a prestação de cuidados de saúde exige especialização pelo seu

carácter emergente e inadiável e as consequências dos erros decorrentes do exercício profissional são graves. Para mensurar correctamente a qualidade do trabalho deste sector de actividade devem considerar-se estas características.

Assim, este trabalho pretende fomentar a compreensão do conceito de qualidade do trabalho em saúde e proporcionar outros contributos até então restritos pela falta de estudos sobre esta temática em Portugal. Com o intuito de dar a conhecer as especificidades do sector da saúde optou-se por estudar a temática segundo uma metodologia microeconómica, com recurso a uma aplicação que permitiu analisar a qualidade do trabalho numa instituição de saúde específica. Por um lado, o estudo pretende verificar se as características pessoais (idade, profissão, entre outras) condicionam as variáveis da qualidade do trabalho (salário, horário de trabalho, condições físicas e psicológicas de trabalho, variáveis de saúde e risco de acidentes, entre outras). Por outro lado, conhecer as dimensões que têm maior peso na qualidade do trabalho idealizada pelos profissionais de saúde.

Dentro desta perspectiva microeconómica desenhou-se um estudo do tipo extensivo-quantitativo, utilizando-se estratégias metodológicas descritivas e inferenciais, principalmente comparativas e correlacionais.

A população inserida neste estudo é composta pelos profissionais de saúde que desempenham as suas funções no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa. Foi escolhido este hospital por critérios de conveniência e interesse do investigador. A amostra é constituída por 306 profissionais de saúde e foi dividida em quatro estratos profissionais: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de diagnóstico e terapêutica e Assistentes operacionais/Auxiliares de acção médica/Técnicos auxiliares de saúde.

A técnica de recolha de dados adoptada foi o questionário. O questionário aplicado baseou-se no *Fourth European Working Conditions Survey* de 2005, tendo sido posteriormente adaptado às especificidades do sector da saúde.

Quanto aos recursos temporais, a investigação decorreu entre 17 de Fevereiro e 17 de Março de 2011.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do SPSS TM, versão 17.0 para o Windows XP TM, tendo-se recorrido à Análise de Variância Simples (ANOVA) para

mais do que duas amostras independentes e ao teste de comparações múltiplas (*post-hoc*). Da análise dos dados apurou-se que os profissionais do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa consideram importantes diferentes variáveis da qualidade do trabalho. Os Médicos valorizam mais as “oportunidades de formação” e menos as “condições físicas de trabalho”. Os Enfermeiros e os Técnicos de diagnóstico e terapêutica valorizam mais o “equilíbrio entre a vida pessoal e profissional” e menos a “intensidade do trabalho”. Os Auxiliares de acção médica valorizam mais a “relação entre colegas de trabalho” e menos a “segurança no emprego”.

Por fim, este trabalho apesar de possuir algumas limitações metodológicas, poderá servir de base de trabalho para futuras investigações acerca desta temática. Por exemplo, seria pertinente um estudo de metodologia intensiva sobre a qualidade do trabalho no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa para conhecer os motivos que suportam a opinião dos profissionais.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas temos vindo a assistir a uma panóplia de mudanças amplas no universo do trabalho. Desde meados dos anos noventa e até recentemente, os mercados de trabalho europeus têm mostrado melhorias em comparação com as tendências do emprego da década de 1990, sendo o crescimento do emprego positivo em todos os Estados-Membros da União Europeia (Comissão Europeia, 2000; Organization for Economic Cooperation and Development, 2008). A década de 1995-2005 foi um período muito positivo para o emprego em termos quantitativos, com um nível substancial de criação de emprego em alguns sectores e em alguns países (European Foundation, 2008).

Em associação, por um lado houve uma reestruturação económica mundial, uma crescente utilização de tecnologias de informação e comunicação e o surgimento de novos modelos de gestão e de novas formas de organização do trabalho. Por outro lado, houve um incremento da precariedade e da insegurança no emprego.

Ao longo dos últimos dez anos, a questão da qualidade do trabalho tem conhecido um desenvolvimento considerável tanto no campo político como no académico (Davoine, 2006) e, tornou-se numa questão de fundo de grande actualidade e num assunto central nos debates que têm lugar nas diferentes instâncias nacionais e internacionais, em particular na União Europeia.

No debate político europeu, em 1997 foi lançada a Estratégia Europeia de Emprego (EEE) pelos Chefes de Estado e do Governo, cujo objectivo era coordenar as políticas nacionais em matéria de emprego. A EEE institui uma supervisão multilateral que incita os Estados-Membros a fomentar políticas mais eficazes neste domínio, designadamente melhorar a empregabilidade, o espírito empresarial, a adaptabilidade e a igualdade de oportunidades ao nível do mercado de trabalho europeu (Comissão Europeia, 2000).

O conceito de qualidade de emprego surgiu oficialmente nas conclusões dos Conselhos Europeus no início de 2000 durante a Cimeira de Lisboa (Davoine, 2006; Peña-Casas, 2009). A Comissão Europeia (CE) apresentou a qualidade do trabalho como um marco fundamental na área dos processos de modernização do emprego e do modelo social europeu. Neste âmbito, o objectivo definido era transformar a Europa numa economia baseada no conhecimento, mais competitiva e dinâmica no mundo e capaz de gerar um crescimento

duradouro, acompanhado por uma melhoria quantitativa e qualitativa do emprego, e maior coesão social (Comissão Europeia, 2000). Ou seja, os interesses ligados à qualidade do trabalho passam pela reacção ao envelhecimento da população activa, pela aprendizagem sobre a economia baseada no conhecimento e pelas vantagens de melhorar a saúde e o bem-estar do trabalhador (Lowe, 2003).

Num contexto global, a qualidade do trabalho é associada à reestruturação económica e especialmente com a expansão do sector de serviços, a reorganização do trabalho e consequente aumento das formas atípicas de emprego, que foram vistas como prejudiciais à qualidade do emprego (Goetschy, 2002; Smith *et al.*, 2008). Essas formas atípicas de emprego estão relacionadas com o desenvolvimento de postos de trabalho de baixa qualidade (Organization for Economic Cooperation and Development, 2008) e os debates mundiais passaram a ter como principal preocupação a relação entre a qualidade do trabalho e o progresso no emprego.

No entanto, a promoção do conceito de qualidade é desigual ao longo do tempo e depende de contexto económico e político e, em 2003, por causa do aumento do desemprego, o interesse pela qualidade do trabalho declinou na agenda política da União Europeia (Davoine, 2006; Peña-Casas, 2009). Na verdade, a nova estratégia lançada na esfera política europeia apresentou o conceito de qualidade do emprego mais orientado para a melhor produtividade e atractividade financeira e menos focado na opinião dos colaboradores (Davoine, 2006; Organization for Economic Cooperation and Development, 2008; Peña-Casas, 2009).

O sector da saúde é um desses exemplos, já que nas últimas décadas o alvo principal das organizações de saúde foi a qualidade dos serviços prestados a quem carece de cuidados de saúde, o utente/cliente. Desta forma, as características da qualidade do trabalho dos profissionais de saúde foram colocadas em segundo plano pelas instituições de saúde e, até pelas mais altas instâncias europeias e mundiais.

Contemporaneamente, a noção de qualidade do trabalho em saúde começa a invadir a mentalidade de políticos, gestores e administradores de organizações de saúde e tornou-se imperativo desenvolver estratégias de elevada qualidade e eficiência que visem a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento e qualidade, respeitando o primado da vida e do ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente da diferenciação.

Contudo, o sector de saúde apresenta uma série de questões únicas que tornam este contexto de mudança ainda mais difícil. As organizações de saúde são das organizações mais complexas devido à sua missão e expectativas. Ao contrário de outros sectores não há compromisso com actividades no sector porque estão envolvidos em incertezas como o tratamento ou a prevenção de doenças, ambas envolvendo vidas humanas. Além disso, há uma equipa multidisciplinar com autonomia para prestar cuidados na área da prevenção, do tratamento e da reabilitação dos clientes, o que implica gerir ideias e opiniões distintas, nalguns casos, divergentes. Não obstante, a tendência para a liberalização, a orientação para o mercado e a privatização está transformando a forma como os projectos são identificados, projectados e avaliados.

No sentido de promover a compreensão do conceito de qualidade do trabalho em saúde, fornecer alguns contributos e colmatar um pouco a falta de estudos sobre esta temática, desenvolveu-se este trabalho tendo-se esquematizando o mesmo por capítulos para uma melhor percepção do seu conteúdo.

No capítulo 1, inicialmente apresenta-se o conceito de qualidade do trabalho e a evolução histórica do conceito ao longo do tempo. Depois, enunciam-se alguns indicadores que permitem mensurar o conceito de qualidade do trabalho, os quais são dispostos em indicadores macro e microeconómicos.

No capítulo 2 enunciam-se as particularidades do sector da saúde que devem ser contempladas aquando da mensuração da qualidade do trabalho e que tornam este sector diferente de qualquer outro. Seguidamente, expõe-se uma proposta metodológica de natureza microeconómica que permite mensurar a qualidade do trabalho numa organização de saúde.

No capítulo 3 descreve-se a estratégia empírica utilizada no estudo que passa pela apresentação do desenho do estudo, da amostra, dos instrumentos de medida e dos procedimentos de recolha de dados.

No capítulo 4, apresentam-se e analisam-se os dados à luz dos pareceres teóricos sobre o conceito de Qualidade do Trabalho.

A estes capítulos seguem-se as conclusões onde se resume os principais resultados deste trabalho e enumeram-se algumas estratégias necessárias para fomentar a qualidade do trabalho no sector da saúde em Portugal.

1. QUALIDADE DO TRABALHO

O conceito de qualidade do trabalho tem sido estudado na literatura ao longo de vários anos. Para uma melhor compreensão desta temática, neste capítulo define-se “qualidade do trabalho” e apresenta-se um resumo das abordagens que podem ser encontradas na literatura sobre este conceito. Posteriormente, intenta-se uma visão geral sobre o modo como o conceito de qualidade do trabalho tem evoluído e como sofreu as influências dos diferentes contextos socioeconómicos europeus e mundiais. E por fim, enumeram-se alguns indicadores disponíveis para mensurar a qualidade do trabalho em termos macro e microeconómicos.

A qualidade do trabalho tem sido analisada sob diferentes prismas nas ciências sociais, nomeadamente na Economia, Sociologia e Psicologia (Dahl *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010). Estes prismas funcionaram como fio condutor na elaboração deste capítulo, importando diferenciá-los.

Os economistas centram-se nos aspectos económicos da qualidade do trabalho, sendo o salário considerado a dimensão mais importante de um emprego (Dahl *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010). Porém, alguns autores (Clark, 2005; Jencks *et al.*, 1988) sugerem que o conceito de qualidade do trabalho não se limite a dimensões monetárias.

Os sociólogos concentram-se em aspectos como o prestígio e o estatuto ocupacional, a estratificação social e a autonomia (Hartikainen *et al.*, 2010; Jencks *et al.*, 1979; Kalleberg e Vaisey, 2005; Sewell e Hauser, 1975). Não obstante, certos autores como Gallie (1996) criticam esta abordagem por não contemplar os efeitos das expectativas dos trabalhadores na avaliação da qualidade do trabalho.

Os psicólogos enfatizam os aspectos não económicos do trabalho, tais como a satisfação com o trabalho, as condições de trabalho e as relações sociais entre o trabalhador e os seus colegas ou superiores hierárquicos (Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; Kalleberg e Vaisey, 2005). Esta abordagem é criticada por ser muito orientada para as dimensões subjectivas e por ignorar as dimensões objectivas (tais como salários, benefícios não salariais, horário de trabalho, condições de trabalho, entre outras) (Rose, 2003; Sirgy *et al.*, 2001).

1.1 O conceito de Qualidade do Trabalho

Importa começar por dizer que o conceito de qualidade do trabalho é difícil de definir e de medir por ser multidimensional. “...*siempre que se habla de calidad del empleo se entra en un terreno difícil y resbaladizo...*” (Macías, 2004: 1) e “...*no resulta fácil establecer una definición de calidad del empleo, ya que debería comprender una realidad multidimensional y relativamente compleja...*” (Marcos e Goni, 2003: 9). Macías (2004) e Marcos e Goni (2003) afirmam que os aspectos considerados pelas ciências sociais devem ser contemplados numa só abordagem. É necessário ponderar aspectos económicos, sociais e psicológicos numa teoria para se entender a qualidade do trabalho de uma forma multidimensional. Desta forma, surgem diferentes definições de qualidade do trabalho.

A CE afirma que a definição de qualidade do trabalho provem do equilíbrio entre: (1) as características objectivas do trabalho (por exemplo, as especificidades do ambiente de trabalho e do tipo de trabalho); (2) as características do trabalhador (por exemplo, habilidades técnicas, cognitivas e humanas); (3) a avaliação subjectiva das características do trabalho por parte do trabalhador (por exemplo, a satisfação profissional) (Comissão Europeia, 2000).

De acordo com a perspectiva da CE, a qualidade do trabalho não se pode exprimir por um único parâmetro, sendo por isso pluridimensional. Por um lado, a evolução da qualidade do trabalho depende de diversos componentes que interagem uns com os outros. Por outro lado, a importância que se atribui a cada uma das suas dimensões deve variar consoante as circunstâncias.

Por sua vez, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) destaca que a qualidade do trabalho não só se relaciona com os níveis de produtividade e o salário auferido, mas também com as condições de trabalho dos trabalhadores, designadamente o tipo de relações de trabalho, o horário de trabalho, a protecção social dos trabalhadores e o exercício dos direitos fundamentais do trabalho. Estes factos contribuem para a questão da multidimensionalidade do construto (International Labour Office, 1999).

Para outros autores, a definição de qualidade do trabalho é multidimensional mas não tão abrangente como as definições da CE e OIT, pois não contemplam a dimensão subjectiva do conceito.

Barros e Mendonça (1999), Carty (1999) e Infante (1999) declaram que a qualidade do trabalho refere-se mais à formalização do trabalho assalariado, sendo definida como um conjunto de requisitos mínimos que devem ser tidos em conta para considerar um trabalho de qualidade, tais como a protecção social, a legislação laboral (contrato), a segurança do trabalho, o horário de trabalho, a remuneração, o ambiente de trabalho e os riscos físicos, o contexto ético ou moral e a participação.

Farné (2003) e Valenzuela e Reinecke (2000) debruçam-se sobre os efeitos do trabalho no bem-estar do trabalhador, focalizando-se nas consequências do trabalho na saúde do trabalhador e nos resultados da organização. *“La calidad del empleo se puede definir como el conjunto de factores vinculados al trabajo que influyen en el bienestar económico, social, psíquico y de salud de los trabajadores”* (Farné, 2003: 33).

Para Mora (1999), a qualidade do trabalho é uma componente fundamental da qualidade de vida da população que compreende a base económica que o emprego providencia ao indivíduo para a aquisição dos bens e serviços e expressa o grau de desenvolvimento e de liberdade alcançado por uma sociedade: *“(…) este concepto se ha utilizado para expresar condiciones de bienestar individual y social, frente as actividades laborales que se deben cumplir para la satisfacción de necesidades”* (p. 156).

Lowe e Schellenberg (2001) anunciam que a qualidade do trabalho está para além das questões relacionadas com o salário, os benefícios sociais, a segurança no trabalho ou os aspectos jurídicos das relações de trabalho. Pelo contrário, a qualidade do trabalho tem por base a dimensão psicológica das relações de trabalho, nomeadamente a confiança, o compromisso, a comunicação e a influência.

Pode concluir-se que os autores supracitados definem de maneiras diferentes o conceito de qualidade do trabalho, sendo normal considerarem dimensões diferentes. Apesar de não existir uma definição consensual deste conceito existem pontos de aproximação entre os estudos sobre esta problemática, nomeadamente a questão da sua multidimensionalidade.

1.2 A evolução histórica do conceito de Qualidade do Trabalho

De acordo com Castel (1998), Dahl *et al.* (2009) e Hartikainen *et al.* (2010), o conceito de qualidade do trabalho nas ciências sociais remonta ao século XVIII e XIX, numa era marcada pela industrialização.

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

No século XIX, por volta de 1870, deram-se em alguns países mudanças importantes na indústria. Primeiro, começaram a utilizar-se novas fontes de energia e novas máquinas. Segundo, houve importantes inovações na área dos transportes e comunicações que permitiu colocar com mais facilidade produtos, equipamentos e bens de consumo nos mercados internacionais. Posteriormente, a produção agrícola aumentou, o que permitiu uma alimentação mais abundante e variada. Por último, deram-se progressos na medicina e nas condições de higiene, tendo diminuído a propagação de doenças.

Estas mudanças originaram uma revolução demográfica. Por um lado, a população começou a dirigir-se para as cidades, criando a necessidade de estabelecer redes de água, esgotos, iluminação e meios de transporte. Por outro lado, não havia trabalho para toda a população e esta viu-se obrigada a emigrar. Em resultado formou-se uma nova sociedade, a sociedade de classes (nobreza, clero, burguesia e povo), onde as classes mais baixas tinham graves dificuldades. O Estado interveio e tomou medidas: promulgou leis que regulamentam o trabalho feminino, extinguiu o trabalho infantil, estabeleceu seguros contra acidentes nas fábricas e o direito à greve, reduziu o horário de trabalho e estabeleceu a folga semanal e o salário mínimo.

Todas estas alterações tiveram um profundo impacto no processo produtivo económico e social e impulsionaram as reflexões e os debates sobre a qualidade do trabalho.

O debate sobre este tema foi reforçado em 1970 devido a um forte crescimento económico mundial por via da reestruturação produtiva. Houve uma reorganização dos sectores industriais caracterizado por grandes investimentos em sectores como a informática, a biotecnologia e as telecomunicações, e adoptou-se um novo paradigma tecnológico e organizacional com a introdução de novas tecnologias e de novos padrões de organização do trabalho.

Países como os Estados Unidos da América (EUA), a Holanda e a Alemanha debruçam-se especificamente sobre a qualidade do trabalho e consideram-na um elemento chave para analisar a qualidade de vida dos trabalhadores. Nos EUA desenvolve-se um debate sobre o que seriam “bons” e “maus” empregos (Carty, 1999; Davoine, 2006; Farné, 2003; Organization for Economic Cooperation and Development, 2008). Nesta época, a distinção entre “bons” e “maus” empregos restringia-se, em primeiro lugar, à existência ou não de formalização do emprego e, em segundo lugar, ao salário. Um emprego bom equivalia a um

emprego formal com remuneração, independentemente de outras condições de trabalho. Por outro lado, um emprego seria considerado mau caso criasse expectativas nos trabalhadores que depois não se concretizavam.

Durante as décadas de 1980 e 1990, os estudos realizados sobre a qualidade do trabalho intensificam-se e centram-se nas modificações estruturais da economia ocorridas na década de 1970, focando os processos de reestruturação produtiva, as suas causas e os seus efeitos e implicações sociais (Braverman, 1987; Carty, 1999; Célestin, 2002; Dahl *et al.*, 2009). As modificações estruturais contribuíram de forma paradoxal para agravar as desigualdades socioeconómicas. Os empregos existentes apresentavam problemas de qualidade, provenientes da crescente precariedade das condições de trabalho e das relações de trabalho (falta de segurança, redução da protecção social, redução dos salários, intensificação da força de trabalho e mudanças na legislação laboral) (Carty, 1999; Célestin, 2002; Dahl *et al.*, 2009).

Segundo Braverman (1987), Goetschy (2002) e Smith *et al.* (2008), a crescente precariedade dos empregos provém de mudanças no mercado do trabalho, em particular mudanças tecnológicas, que provocaram a extinção de empregos em virtude da substituição do factor trabalho pelo factor capital.

Para Castells (1999), a reestruturação socioeconómica da década de 1970 teve a tecnologia da informação como principal ferramenta porque permitiu a organização da produção e o aumento da produtividade. A tecnologia da informação permitiu o desenvolvimento das capacidades intelectuais dos trabalhadores, potenciando a criação de emprego e possibilitando a inclusão no mercado de trabalho de populações outrora marginalizadas, como é o caso dos trabalhadores jovens, de trabalhadores independentes, das mulheres e de indivíduos portadores de deficiência. Resumindo, da produtividade (que provém da inovação) e da competitividade (com origem na flexibilidade), potenciados pela economia da informação, criaram-se novas actividades, novas formas de emprego e novas oportunidades ocupacionais no mercado de trabalho (Castells, 1999; Davoine, 2006; Royuela e Suriñach, 2009).

Progressivamente, foi surgindo na literatura o argumento de que a qualidade do emprego dependia da distinção entre empregos típicos e atípicos. Os primeiros são definidos por uma relação de dependência assalariada com um só empregador, em instalações destinadas à produção de bens e serviços, de horário completo e por tempo indeterminado, com estabilidade e progressão da remuneração, trajectórias profissionais construídas numa mesma

empresa por toda a vida. Por estas razões, são classificados como empregos de qualidade (Farné, 2003; Goetschy, 2002; Kovács, 2004; Kovács, 2002; Smith *et al.*, 2008; Valenzuela e Reinecke, 2000).

Os empregos que não verificassem uma ou mais características dos empregos típicos eram definidos como atípicos, isto é, “(...) *el empleo precário es “atípico”, que no es normal; es decir es el empleo que se caracteriza por no ser de tiempo completo, no es para un solo patrono, no está protegido por la legislación laboral y la seguridad social y no es contratado por un tiempo indeterminado. Así, el empleo precário contempla: el empleo clandestino o desprotegido (aproximado con la cobertura social); el empleo a tiempo parcial; el empleo temporário (período de contratación definido); el empleo asalariado fraudolento (difícil de determinar)*” (Farné, 2003: 20).

No final do século XX, a OIT, visando promover o trabalho digno para todos os cidadãos do mundo, introduziu a noção de trabalho decente, o qual pode ser definido como sendo trabalho produtivo com uma remuneração justa, em condições de igualdade, liberdade, segurança e dignidade, em que os direitos de todas as mulheres e homens estejam protegidos e aos quais seja fornecida protecção social às famílias (International Labour Office, 1999).

Espinoza (2003), Ghai (2003) e Uriarte (2001) corroboram a visão da OIT e atestam que a noção de trabalho decente é constituída por diversas grandezas, nomeadamente: empregos de qualidade e em quantidade suficiente, salários adequados, segurança no emprego, formação profissional continuada e garantia de empregabilidade, respeito pelos direitos dos trabalhadores, fortalecimento sindical e negociação colectiva, participação dos trabalhadores nas decisões, diálogo social, protecção social e condições de liberdade, dignidade e equidade, para todos os membros da sociedade.

Importa distinguir os conceitos de trabalho decente e qualidade do trabalho. Os estudos sobre trabalho decente preocupam-se em verificar se um emprego possui certas características internas que permitam a inclusão social dos trabalhadores no meio laboral, isto é, se existem iguais oportunidades entre homens e mulheres para obter trabalho digno e produtivo, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade (Espinoza, 2003; Ghai, 2003; International Labour Office, 1999; Uriarte, 2001). Por outro lado, os estudos sobre qualidade do trabalho enfatizam os requisitos para a inserção em determinados empregos, as condições específicas do mercado de trabalho e/ou as particularidades da mão-de-obra de determinados

sectores e os suportes legais do trabalho (Bustillo *et al.*, 2009; Comissão Europeia, 2001; Davoine, 2006).

Mais recentemente, no início do século XXI, a evolução da discussão sobre qualidade do trabalho encaminhou-se para a convergência dos aspectos sociais, políticos e económicos, pela adopção do pressuposto de que a qualidade do trabalho dependeria destas três esferas e da articulação dos objectivos organizacionais com o bem-estar dos trabalhadores. Neste sentido, a abordagem sobre qualidade do emprego deve incluir factores como a responsabilidade social das empresas e a co-responsabilização dos trabalhadores com os resultados das empresas e, numa última instância, com a economia nacional e a sociedade (Célestin, 2002; Comissão Europeia, 2001).

A evolução do tema para os aspectos políticos não consiste numa ruptura com as discussões tradicionais desenvolvidas no âmbito da esfera socioeconómica. Pelo contrário, esta evolução deve ser percebida como representando a abertura da temática para novas proposições e lógicas de avaliação diferenciadas e adaptadas à actual realidade do trabalho e à realidade social.

Nos últimos dez anos, a questão da qualidade do trabalho ganhou relevância na esfera política (Davoine, 2006) transformando-se numa matéria central das discussões que têm lugar nas principais instâncias nacionais e internacionais. A nível europeu, o conceito de qualidade de emprego emergiu no início do ano 2000 durante a Cimeira de Lisboa (Davoine, 2006; Peña-Casas, 2009), sendo exposto como um marco fundamental no processo de transformação da Europa no sentido de uma economia dinâmica, caracterizada por melhores empregos e por formas mais harmoniosas de conciliação entre vida pessoal e profissional, acarretando vantagens para os trabalhadores, a economia e a sociedade (Comissão Europeia, 2000). Num plano global, os debates têm como tema central a relação entre a qualidade do trabalho e o progresso no emprego, estando associada à reestruturação económica e à reorganização do trabalho (Goetschy, 2002; Organization for Economic Cooperation and Development, 2008; Smith *et al.*, 2008).

Em conclusão, destaca-se que o conceito de qualidade do trabalho surgiu em meados do século XVIII. Nos séculos XIX e XX, a reestruturação e os avanços tecnológicos no sector industrial apesar de terem promovido o crescimento económico-social, agravaram as desigualdades sociais e económicas e disseminaram o trabalho precário em muitos países. Já

no século XXI, a intensificação da concorrência económica global colocou a noção de qualidade do trabalho no centro das agendas políticas. No actual contexto, da discussão sobre o conceito de qualidade do trabalho resultaram alguns princípios que são geralmente aceites. Em primeiro lugar, as condições do trabalho por si só não descrevem qualidade do trabalho porque a qualidade do trabalho é uma construção estruturada entre emprego e trabalhador, sofrendo influência tanto do contexto dos empregos como das expectativas dos trabalhadores. Em segundo lugar, a qualidade do trabalho deve acompanhar as mudanças na economia e na sociedade, nas empresas e no perfil dos trabalhadores.

1.3 Mensurar a Qualidade do Trabalho

Como foi explicitado no subcapítulo anterior, os autores definem de maneiras diferentes o conceito de qualidade do trabalho, sendo normal que ao seleccionarem as dimensões a considerar para avaliar a qualidade do trabalho façam escolhas diferentes. Neste subcapítulo pretende-se evidenciar alguns indicadores contemplados na literatura que permitem mensurar o conceito de qualidade do trabalho e as suas dimensões.

Na literatura, os indicadores disponíveis de qualidade do trabalho em termos económicos podem ser divididos em dois grupos, consoante o alvo do estudo económico:

- ✓ Indicadores macroeconómicos de qualidade do trabalho: procuram medir a qualidade do trabalho média no contexto de um país. No conjunto de dimensões comumente usadas neste tipo de indicadores inscrevem-se: qualidade intrínseca do trabalho; oportunidades para desenvolver competências, de acesso a formação contínua e de progressão na carreira; igualdade entre géneros; flexibilidade, segurança e saúde no trabalho; inclusão e acesso ao mercado de trabalho; organização do trabalho e equilíbrio entre vida profissional e pessoal; diálogo social e participação dos trabalhadores e não discriminação; desempenho global do trabalho.
- ✓ Indicadores microeconómicos de qualidade do trabalho: medem a qualidade do trabalho a nível individual. As dimensões vulgarmente utilizadas nestes indicadores são: salário auferido e outro tipo de rendimentos complementares; horário de trabalho; intensidade do trabalho; autonomia no trabalho; oportunidades de formação e perspectivas de carreira; segurança do trabalho; natureza do trabalho; condições físicas de trabalho, variáveis de saúde e risco de acidentes no trabalho; relações interpessoais.

Estes tipos de indicadores económicos têm um enfoque diferente quando medem a qualidade do trabalho. Contudo, não são antagónicos porque muitos estudos sobre indicadores macroeconómicos da qualidade do trabalho têm por base as conclusões obtidas na esfera microeconómica da qualidade do trabalho.

1.3.1 Indicadores macroeconómicos de Qualidade do Trabalho

Os estudos macroeconómicos sobre a qualidade do trabalho baseiam-se numa análise multidimensional. Este tipo de análise possibilita um estudo mais detalhado e descritivo do conceito e permite a inclusão de dimensões de interesse do investigador e de pormenores inerentes a determinados contextos (Gittleman e Howell, 1995; Valenzuela e Reinecke, 2000).

Na Tabela 1 apresentam-se os principais indicadores macroeconómicos, bem como as dimensões que estes consideram.

Tabela 1 – Indicadores macroeconómicos de Qualidade do Trabalho

Autores	Dimensões
Indicadores de Laeken (Comissão Europeia, 2001)	<ul style="list-style-type: none">✓ Natureza intrínseca do trabalho;✓ Formação permanente, qualificação e progressão na carreira do trabalhador;✓ Igualdade entre homens e mulheres;✓ Saúde e segurança no trabalho;✓ Protecção social e benefícios;✓ Inserção e acesso ao mercado de trabalho;✓ Equilíbrio entre vida profissional e vida privada;✓ Diálogo social e participação dos trabalhadores;✓ Diversidade e não discriminação;✓ Resultados económicos e produtividade.
European Working Conditions Survey (EWCS) (Parent-Thirion <i>et al.</i> , 2007)	<ul style="list-style-type: none">✓ Condições de trabalho;✓ Factores de risco físico;✓ Violência, assédio e discriminação no local de trabalho;✓ Natureza do trabalho;✓ Organização do trabalho;

Autores	Dimensões
<p>EWCS (continuação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Impacto do trabalho sobre a saúde; ✓ Estruturas de gestão e comunicação; ✓ Equilíbrio entre vida profissional e familiar; ✓ Satisfação com as condições de trabalho; ✓ Sistemas de pagamento.
<p>Royuela, López-Tamayo e Suriñach (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qualidade intrínseca do trabalho; ✓ Competências, formação contínua e progressão na carreira; ✓ Igualdade de género; ✓ Saúde e segurança no trabalho; ✓ Flexibilidade e segurança; ✓ Inclusão e acesso ao mercado de trabalho; ✓ Organização do trabalho e equilíbrio entre vida profissional e pessoal; ✓ Diálogo social e a participação dos trabalhadores; ✓ Diversidade e não discriminação; ✓ Desempenho global do trabalho.
<p>European Job Quality Index (EJQI) (Leschke, Watt e Finn, 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salário; ✓ Formas atípicas de emprego; ✓ Equilíbrio entre tempo de trabalho e vida profissional; ✓ Condições de trabalho e segurança no trabalho; ✓ Acesso à formação e progressão na carreira; ✓ Representação de interesses colectivos e de participação.
<p>Muñoz e Pedraza (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diferenciais do salário; ✓ Democracia nas relações de poder; ✓ Participação do trabalhador; ✓ Alienação e qualidade intrínseca do trabalho; ✓ Qualidade da segmentação e do emprego; ✓ Riscos e impacto do trabalho sobre a saúde; ✓ Estudos de equilíbrio trabalho-vida.

Os cinco indicadores acima descritos (ver Tabela 1) foram desenvolvidos para avaliar a qualidade global do trabalho (Leschke, Watt e Finn, 2008). Nesse sentido, permitem estabelecer a comparação do nível médio de qualidade do emprego em diversos países.

De seguida procuraremos estabelecer uma comparação entre os cinco indicadores. Verifica-se que da análise concreta e comparativa destes indicadores, os Indicadores de Laeken (Comissão Europeia, 2001), a proposta de Royuela, López-Tamayo e Suriñach (2008) e a proposta de Muñoz e Pedraza (2010) analisam o conceito de qualidade de trabalho de modo semelhante. Por um lado, utilizam apenas variáveis objectivas e permitem comparações entre países e a evolução do nível de qualidade do trabalho de um país ao longo do tempo. Por outro lado, algumas dimensões consideradas não medem especificamente a qualidade do trabalho, mas sim questões relacionadas com o mercado de trabalho, o desempenho económico ou a quantidade de trabalho. Para além disso, não agregam dimensões, tornando-os extensos.

O EWCS (Parent-Thirion *et al.*, 2007) e o EJQI (Leschke, Watt e Finn, 2008) analisam a qualidade do trabalho de forma idêntica. Primeiro, permitem a comparabilidade entre países e a evolução do nível de qualidade do trabalho de um país ao longo do tempo. Segundo, utilizam variáveis objectivas e subjectivas. Terceiro, utilizam variáveis baseadas no trabalhador, tornando-os mais abrangentes que os três indicadores anteriores. A diferença concreta entre estes dois indicadores reside na agregação das dimensões no EJQI, ao contrário do EWCS tornando-o extenso.

1.3.2 Indicadores microeconómicos de Qualidade do Trabalho

Os estudos microeconómicos da qualidade do trabalho podem ser divididos em dois grupos: os que se baseiam numa análise dimensional e os que consideram a satisfação no trabalho como uma variável que sintetiza a qualidade do trabalho (Leontaridi e Sloane, 2001).

De seguida apresentam-se alguns estudos microeconómicos dimensionais da qualidade do trabalho (ver Tabela 2).

Tabela 2 – Indicadores microeconômicos dimensionais da Qualidade do Trabalho

Autores	Dimensões
<p>Index of the characteristics related to the quality of employment (ICQE) (Sehnbruch, 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salário; ✓ Cobertura da segurança social; ✓ Situação contratual; ✓ Estabilidade no trabalho; ✓ Formação recebida.
<p>Subjective Quality of Working Life Index (SQWLI) (Vinopal, 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Remuneração; ✓ Realização social; ✓ Relações; ✓ Tempo; ✓ Condições; ✓ Segurança.
<p>DGB Good Work Index (DGBI) (Mußmann, 2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oportunidades de formação; ✓ Criatividade; ✓ Segurança do trabalho; ✓ Autonomia no trabalho; ✓ Fluxos de informação/comunicação; ✓ Gestão da qualidade; ✓ Cultura organizacional; ✓ Clima organizacional; ✓ Significado do trabalho; ✓ Horário de trabalho; ✓ Intensidade do trabalho; ✓ Exigências e necessidades físicas; ✓ Exigências e necessidades emocionais; ✓ Perspectiva de carreira; ✓ Salário.

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

Estes três estudos microeconómicos dimensionais, apresentados na Tabela 2, permitem medir a qualidade do trabalho a nível individual, isto é, a qualidade do trabalho ao nível de uma empresa ou organização específica.

Realizando uma análise comparativa entre estes indicadores, o ICQE (Sehnbruch, 2004), o SQWLI (Vinopal, 2009) e o DGBI (Mußmann, 2009) analisam o conceito de modo análogo. Primeiro, estão orientados para o trabalhador. Segundo, são abrangentes (oferecem vários indicadores para várias dimensões, que por sua vez estão agregadas de modo simples). Terceiro, baseiam-se em indicadores subjectivos (dependem do nível de satisfação do trabalhador). Quarto, a comparabilidade com outros estudos é limitada (provém de pesquisas *ad-hoc*). Quinto, a explicação teórica para a agregação das dimensões é escassa.

Consecutivamente apresentam-se alguns estudos microeconómicos onde a satisfação no trabalho é utilizada como *proxy* da qualidade do trabalho (ver Tabela 3).

Importa agora falar da relação entre qualidade do trabalho e satisfação com o trabalho. A satisfação no trabalho é um importante indicador para avaliar a qualidade do trabalho (Bustillo e Macías, 2005; Clark, 2005; Green, 2006; Handel, 2005; Hartikainen *et al.*, 2010). Contudo, não depende apenas da qualidade do emprego, mas também das expectativas dos trabalhadores com o seu trabalho (Diaz-Serrano e Vieira, 2005; Kalleberg e Vaisey, 2005). As expectativas dos trabalhadores sofrem a influência de forças internas e externas ao ambiente de trabalho (Fraser, 1983), que podem afectar a saúde física e mental do trabalhador, interferindo no seu comportamento profissional e/ou social (Clark, 2005; Green, 2006; Locke, 1984).

Tabela 3 – Satisfação no trabalho como *proxy* de Qualidade do trabalho

Autores	Determinantes
Wright (1997)	<ul style="list-style-type: none">✓ Idade;✓ Sexo;✓ Educação;✓ Experiência com a situação de desemprego;✓ Salário;✓ Equipa de trabalho;

Autores	Determinantes
<p>Wright (1997) (continuação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de contrato; ✓ Sector de actividade (público ou privado); ✓ Tempo de serviço; ✓ Classe social; ✓ Tamanho do local de trabalho.
<p>Diaz-Serrano e Vieira (2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dados demográficos; ✓ Nível de educação; ✓ Situação face ao emprego; ✓ Tipo de emprego; ✓ Sector de actividade; ✓ Tipo de contrato; ✓ Formação; ✓ Salário; ✓ Horário de trabalho; ✓ Satisfação com a vida pessoal; ✓ Satisfação com o trabalho.
<p>Kalleberg e Vaisey (2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexo; ✓ Raça; ✓ Educação; ✓ Estado civil; ✓ Tempo de serviço; ✓ Avaliação do trabalho; ✓ Satisfação com o trabalho; ✓ Satisfação com o salário; ✓ Satisfação com os benefícios sociais; ✓ Satisfação com a autonomia sobre as tarefas de trabalho; ✓ Satisfação com as recompensas intrínsecas; ✓ Satisfação com as oportunidades de promoção; ✓ Satisfação com a percepção de segurança no emprego.

Segundo esta corrente económica, os estudos apresentados na Tabela 3 permitem medir a qualidade do trabalho individual pela sua aproximação à satisfação do trabalhador com o seu trabalho.

Fazendo uma análise comparativa entre os três indicadores, Wright (1997), Diaz-Serrano e Vieira (2005) e Kalleberg e Vaisey (2005) analisam a relação entre qualidade do trabalho e satisfação com o trabalho de forma similar. Primeiro, dividem as variáveis em dois grupos: aqueles que caracterizam social e demograficamente o trabalhador (como, idade ou sexo) e aqueles que avaliam a qualidade e a satisfação (por exemplo, salário, tipo de contrato ou satisfação com o trabalho). Segundo, contemplam dimensões que influenciam a satisfação e que por sua vez condicionam (por exemplo, a idade ou o sexo) ou determinam a qualidade do trabalho (como, a antiguidade ou o salário). Terceiro, baseiam-se em dimensões relatadas pelos trabalhadores, com as vantagens e desvantagens daí inerentes.

Apesar da existência de estudos de carácter microeconómico onde a satisfação no trabalho é utilizada com *proxy* de qualidade do trabalho, vários autores discordam dessa utilização. Brief e Weiss (2002), Spector (2004) e Wagner e Hollenbeck (2000) são dessa opinião porque há dificuldade em estudar a satisfação no trabalho, nomeadamente em identificar um instrumento que contemple a definição do construto de satisfação como uma variável de atitudes, que reflecte como o indivíduo se sente em relação ao trabalho e que depende de aspectos disposicionais e ambientais variados.

Em suma, este subcapítulo enunciou alguns estudos de natureza macro e microeconómica sobre a qualidade do trabalho. As dimensões objectivas devem ser complementadas com as dimensões subjectivas, e vice-versa, para que se consiga mensurar o construto “qualidade do trabalho” como uma questão multidimensional. Para além disso, os estudos de carácter macro e microeconómico são complementares: os estudos microeconómicos podem surgir após uma análise macroeconómica, onde se pretende clarificar determinado conteúdo, ou servir de base a uma análise macroeconómica para se avaliar a qualidade global do trabalho.

2. QUALIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE

Outrora, os hospitais restringiam a sua actividade à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Os estudos desenvolvidos tinham como objectivo a qualidade de serviços prestados a quem procura e necessita de cuidados de saúde, ou seja, os utentes.

Hoje em dia, a atenção é dada às duas dimensões fundamentais do trabalho numa organização, o utente e o trabalhador. A inovação tecnológica e organizacional que tem ocorrido na área da saúde, seja em organizações públicas ou privadas, busca solucionar ou pelo menos minorar as tarefas penosas ou pesadas, desenvolvidas pelos seus trabalhadores, levando a uma nova relação homem/trabalho. A Direcção Geral dos Hospitais passou a investir na dimensão humana do técnico de saúde (o ser, o saber ser, o saber estar e o bem-estar), para além dos aspectos técnicos (o saber e o saber fazer) (Fernandes, 2008).

Na última década, as organizações compreenderam que devem investir na saúde integral do trabalhador. As preocupações com as condições de trabalho e a emergência de algumas doenças associadas ao trabalho direccionaram as organizações para a identificação, avaliação e controlo da qualidade de trabalho, visando o bem-estar do ser humano como homem e como trabalhador. Desde então, tem surgido melhorias na relação homem/trabalho através de programas de promoção da saúde com o objectivo de melhorar a qualidade do trabalho (Salomón, 1998).

Deste modo, importa falar um pouco das organizações de saúde e do trabalho dos profissionais de saúde.

Uma organização é um sistema composto por actividades humanas, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, valores, comportamentos e normas. É um sistema de actividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objectivos comuns (Chiavenato, 2000). As organizações de saúde são não excepção. Por um lado, são serviços peculiares concebidos quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes. Por outro lado, estão sujeitas a numerosas e mutáveis influências, nomeadamente: demográficas e de mobilidade; económico-financeiras; sociais e culturais; legislativas; tecnológicas e funcionais. Devido a essas influências, as organizações de saúde tornam-se sistemas complexos, compostos por diversos departamentos e profissões.

O trabalho dos profissionais de saúde é um trabalho colectivo. A prestação de cuidados congrega diferentes trabalhadores, instrumentos e finalidades específicas, com um objectivo comum, a saúde e o bem-estar do utente. O processo de trabalho destes profissionais resulta de aspectos favoráveis e de aspectos destrutivos. Como aspectos favoráveis podem ser considerados a aprendizagem de conhecimentos e de habilidades, as relações sociais e o desenvolvimento de capacidades humanas. Os aspectos destrutivos são a exposição a situações que geram processos de desgaste físico e emocional, como por exemplo, o convívio diário com a vida, o sofrimento e a morte, trabalhar em posições ergonomicamente incorrectas, falta de recursos humanos e materiais ou o peso da gravidade do erro (Oliveira, 1997). Estas condições de trabalho afectam directamente o bem-estar biopsicossocial dos profissionais de saúde.

A este nível, têm sido realizados estudos sobre esta temática. Alguns estudos mostram que por um lado, a capacidade para o trabalho não permanece satisfatória ao longo da vida, sendo afectada pelo estilo de vida e ambiente ocupacional (Tuomi *et al.*, 1997). Por outro lado, o trabalho por turnos tem sido apontado como uma contínua e múltipla fonte de problemas de saúde e de perturbações sócio-familiares (Fischer *et al.*, 2004; Metzner e Fischer, 2001).

Contudo, algumas questões que afectam a qualidade de trabalho dos profissionais de saúde ainda estão pouco analisadas, como por exemplo a segurança do trabalho, a progressão na carreira, a participação ou a autonomia no trabalho. Entender como os profissionais de saúde percebem a sua qualidade de trabalho pode fornecer subsídios para alterar ou melhorar continuamente as condições de trabalho. Este trabalho pretende contribuir com conhecimento científico e colmatar um pouco essa falha.

No subcapítulo 2.1 enunciam-se as especificidades do sector da saúde. Posteriormente, no subcapítulo 2.2 intenta-se uma proposta metodológica de natureza microeconómica para mensurar a qualidade do trabalho numa organização de saúde.

2.1 As especificidades do sector da saúde

Após a revisão da literatura sobre as especificidades do sector da saúde verificou-se que os autores têm analisado diferentes conteúdos.

Fernandes (2008) debruça-se sobre o contexto de actuação do sector da saúde. Este autor afirma que as organizações são um espaço de estatutos e prescrições médicas, mas jamais

poderão ser vistos como limitados a esse aspecto pela sua constante variabilidade. A constante variabilidade deve-se ao incremento contínuo dos custos dos cuidados médicos, por via da inovação tecnológica, do aumento da esperança média de vida e do acréscimo de informação. Não obstante, observa-se uma crescente preocupação com a garantia da segurança no atendimento e nos procedimentos médicos e com a necessidade de atender aos direitos dos clientes. Por outro lado, os clientes estão mais exigentes e informados e têm expectativas quanto às "boas práticas" hospitalares e à ética profissional.

Outros autores analisam as questões ligadas à estrutura organizacional das instituições de saúde e à produção da saúde. Em relação à estrutura organizacional, o topo estratégico (composto pelos elementos da organização responsáveis pela gestão global e pelos quadros dirigentes que os apoiam directamente) está dissociado das restantes categorias profissionais. Esta dissociação cria autoritarismo e disparidades entre os níveis mais próximos do topo e os mais próximos da base da pirâmide profissional, ao nível das remunerações, da carga horária e das exigências no cumprimento das tarefas. Por outro lado, este modo de actuação origina pouco controle hierárquico sobre determinados grupos profissionais (por exemplo, os médicos), que geram despesas e receitas (Malik, 1998).

Para além disso, são organizações onde coexiste uma equipa multidisciplinar com formações diferentes e com opiniões e ideias distintas. Estas divergências podem originar conflitos entre profissionais e/ou ser uma mais-valia, conforme a estratégia de gestão implementada. São instituições caracterizadas por relações estabelecidas com base no estatuto profissional e por uma maior lealdade à colectividade profissional do que à organização (Malik, 1998).

Quanto à produção da saúde, pode começar-se por falar da gravidade do erro e das premissas associadas. Os profissionais de saúde lidam com o bem mais precioso para a espécie humana: a vida. Por acréscimo, lidam com as múltiplas funções dos órgãos vitais, com a honra do ser humano e os seus valores e com o património afectivo das pessoas, incluindo os entes queridos. Esta noção bastaria para criar sobre a medicina expectativas sem lhe oferecer recursos operacionais adequados. Porém, daí decorrem outras premissas designadamente: as tarefas têm normalmente um carácter emergente ou inadiável, são na sua maioria interdependentes e altamente especializadas, envolvem equipamentos complexos e avançadas tecnologias e o cliente final tem um papel fundamental no processo de trabalho (Malik, 1998).

De salientar que do exercício das funções desempenhadas pelos profissionais de saúde podem decorrer erros, cujos danos têm quase sempre um carácter irreversível e um efeito imediato, que o torna grave. Significa tudo ou nada para quem o sofre (Fragata e Martins, 2008).

Outro assunto relacionado com a produção em saúde é a questão do preço da saúde e do valor da vida humana. Por um lado, a produção de saúde não tem um preço observável. A saúde é o produto da combinação das (1) características de cada pessoa, do (2) tipo e volume de cuidados de saúde que a pessoa recebe e do (3) tempo que é usado pela pessoa na produção dessa saúde. A este nível inserem-se aspectos como o tempo de internamento necessário para receber cuidados de saúde e recuperar o nível de saúde inicial ou o tempo de exercício físico para evitar uma deterioração do estado de saúde (Adhikari *et al.*, 1999; Barros, 2007; Barros, 2005; Lourenço, 2007).

Em sùmula, a saúde é um sector de actividade específico devido a: (1) contexto de actuação em constante mutação; (2) estrutura organizacional rígida e com desigualdades entre os níveis hierárquicos; (3) múltiplos profissionais com formações académicas, culturas e opiniões distintas; (4) carácter emergente, inadiável e altamente especializado da prestação de cuidados de saúde; (5) gravidade das consequências do exercício profissional.

Estas especificidades têm imposto vários desafios às organizações, nomeadamente o incremento da sua complexidade estrutural, a redefinição de estratégias e a capacidade contínua de inovação e adaptação. Algumas das estratégias redefinidas passam pela promoção de políticas de qualidade onde se inclui a noção de qualidade do trabalho (Shortell e Kaluzni, 2000).

2.2 Uma proposta de medição da Qualidade do Trabalho para a área da saúde

Antes da apresentação das dimensões que podem ser consideradas para mensurar a qualidade do trabalho em saúde deve realizar-se uma escolha metodológica. Escolher entre usar uma abordagem macro ou microeconómica (ver subcapítulo 1.3), conforme o alvo do estudo económico que se pretende. Neste estudo, utiliza-se uma metodologia microeconómica porque se pretende analisar especificamente a qualidade do trabalho numa instituição de saúde. Pretende-se saber se por exemplo o salário, o horário de trabalho ou as condições de trabalho influenciam a qualidade do trabalho dos profissionais de saúde da instituição escolhida para realizar este trabalho.

Nesta secção, o objectivo é apresentar um conjunto de dimensões que segundo a análise realizada no capítulo 1 e a fundamentação que apresentamos de seguida podem ser consideradas boas candidatas para incluir na proposta de medição/avaliação da qualidade do trabalho em saúde. Estas dimensões foram seleccionadas tendo por base o *European Working Conditions Survey*, desenvolvido pela *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (Parent-Thirion *et al.*, 2007).

De seguida, enunciam-se, fundamentam-se e propõe-se exemplos de dimensões que poderão ser utilizadas na medição da qualidade do trabalho em saúde.

- a) Salário: De acordo com as directrizes da OIT, o elemento chave para determinar se uma pessoa está empregada ou não é se a pessoa está a receber um salário (International Labour Office, 1999). Vários autores afirmam que o salário é o elemento definidor do emprego, assumindo por isso um papel muito relevante na medição da qualidade do trabalho (Dahl *et al.*, 2009; Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; International Labour Office, 1999; Kalleberg e Vaisey, 2005; Leschke *et al.*, 2008). O salário influencia a capacidade dos indivíduos para obter bens materiais (poder de compra), a participação na sociedade ao criar estratos sociais e, a longo prazo, os benefícios da segurança social e as pensões a receber.

Quando a análise da qualidade do trabalho é realizado a nível individual, os salários podem ser considerados directamente, sem qualquer outro tratamento, onde um salário mais elevado tem um impacto positivo na qualidade (Bustillo *et al.*, 2009; Leschke *et al.*, 2008).

Por outro lado, é necessário decidir entre salário bruto ou salário líquido. Na literatura encontram-se estudos que favorecem a escolha do rendimento líquido porque se refere ao rendimento disponível e há uma maior fiabilidade das estatísticas do líquido em relação ao bruto (Bustillo *et al.*, 2009; Leschke *et al.*, 2008).

Em suma, esta dimensão pode ser avaliada objectivamente através do valor salarial por trabalhador. Subjectivamente, através das percepções dos funcionários sobre a justiça da sua remuneração face às actividades que desenvolvem no local de trabalho (Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010).

- b) Benefícios sociais: Embora os salários sejam a principal compensação para o trabalho, as empresas podem oferecer juntamente com os salários, benefícios sociais, complementando o rendimento total dos trabalhadores e, deste modo, melhorando a qualidade do trabalho. Contudo, não se deve retirar a conclusão de que um emprego com benefícios adicionais tem melhor qualidade que um emprego sem benefícios adicionais (Bustillo *et al.*, 2009; Dahl *et al.*, 2009; Gallie, 2003; Kalleberg e Vaisey, 2005). É importante enumerar os benefícios sociais (por exemplo, planos de saúde, alimentação gratuita concedida pela instituição, entre outros) que os profissionais de saúde recebem para além do salário auferido (análise objectiva) e a sua percepção quanto aos mesmos (análise subjectiva) (Baraças, 2006; Ehrenberg e Smith, 2000).
- c) Horário de trabalho e flexibilidade de horário: o tempo de trabalho é outra dimensão importante da qualidade do emprego. Contudo, é uma questão controversa para alguns autores. Oliveira (2005) e Relva (1997) afirmam que quanto maior o tempo de trabalho, menor o tempo do trabalhador para outras actividades de carácter pessoal. Esta perspectiva origina outra premissa, quanto maior o tempo de trabalho, menor a qualidade do trabalho (Bustillo *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008). Por estas razões se pode defender uma redução do horário de trabalho. Por um lado, o trabalhador teria mais tempo para a família e para descansar, estando mais preparado para o próximo dia de trabalho e, por consequência, aumentaria a produtividade. Por outro lado, gera novos postos de trabalho e aumenta o poder de compra.

Outra visão relacionado com o tempo de trabalho está relacionada com as preferências do trabalhador (Oliveira, 2005; Relva, 1997). Se as preferências do profissional de saúde forem contempladas aquando da elaboração de um horário de trabalho, o trabalhador tenderá a considerar o horário como uma dimensão determinante na qualidade do seu trabalho (Bustillo *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008).

A este nível é importante distinguir outros dois conceitos, *full-time* e *part-time*. O primeiro diz respeito ao trabalho a tempo integral e o segundo compreende o trabalho a tempo parcial. Alguns autores defendem que o trabalho a tempo parcial só deve ser interpretado em termos de trabalho de qualidade se a redução do horário for uma opção do trabalhador e não decorrer de circunstâncias impostas pelo mercado de trabalho (Bustillo *et al.*, 2009; Leschke *et al.*, 2008).

Existem duas outras questões relacionadas com o tempo de trabalho que também têm impacto na qualidade do trabalho: a distribuição das horas de trabalho semanais e a capacidade dos trabalhadores para ajustar o seu horário de trabalho à sua vida pessoal (Cruz, 2003; Fisher *et al.*, 2003; Oliveira, 2005; Relva, 1997; Silva, 2000).

O trabalho por turnos é uma prática frequente e necessária ao nível de várias organizações, nomeadamente nas instituições de saúde. Trata-se de um tipo de horário de trabalho que afecta o bem-estar biopsicossocial dos profissionais de saúde. Diversos estudos têm demonstrado que os trabalhadores que praticam este tipo de horário apresentam com maior frequência queixas de fadiga crónica, alterações gastrointestinais e visuais, patologias cardíacas e diminuição das defesas imunológicas do que os trabalhadores que têm um horário normal. As influências são tanto biológicas como emocionais, devido às alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono-vigília, do sistema termoregulador e do ritmo de excreção de adrenalina (Cruz, 2003; Fisher *et al.*, 2003; Peiró, 1993; Silva, 2000; Silva, 1999).

Pode avaliar-se objectivamente esta dimensão através do número de horas de trabalho semanais por funcionário, assim como o percentual de funcionários que trabalham aos Sábados, Domingos e Feriados, de noite ou por turnos como variável para medir a extensão do tempo de trabalho. Outra abordagem será o percentual de trabalhadores com flexibilidade de horário, isto é, a percentagem de trabalhadores que podem decidir quando iniciam e terminam o seu dia de trabalho. Subjectivamente, pode saber-se as percepções dos profissionais de saúde relativamente à relação entre (1) tempo de trabalho e qualidade do trabalho e entre (2) tempo de trabalho e vida pessoal (Bustillo *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008).

- d) Segurança do trabalho: é uma dimensão a incluir na medição da qualidade do trabalho porque geralmente um trabalho menos estável ou mais precário tende a estar associado à ansiedade do trabalhador, a menor acesso à formação, a dificuldades no planeamento da carreira, a compromissos de longo prazo, entre outros (Bustillo *et al.*, 2009; Dahl *et al.*, 2009; Gallie, 2003; Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; Kalleberg e Vaisey, 2005; Leschke *et al.*, 2008).

Hartley *et al.* (1991) consideram a insegurança no trabalho como um fenómeno objectivo/subjectivo, de qualidade cognitiva/afectiva e relacionada com a continuidade do

trabalho ou com algumas das suas características. Nesta perspectiva, a insegurança no trabalho pode ser definida como a interacção entre a probabilidade e a gravidade percebida de perder o emprego.

O sector da saúde não é excepção e algumas das consequências negativas observadas nos profissionais são: insatisfação, ansiedade, depressão, irritação, deterioração da saúde mental, queixas somáticas e respostas emocionais negativas como, por exemplo, nervosismo, medo, angústia e tristeza (Cruz, 2003; Melo, 2000; Petrie, 1989; Silva, 2000; Silva, 1999).

Há duas formas distintas de abordar esta questão. Subjectivamente, pode saber-se se um trabalhador está ou não preocupado com a probabilidade de perder o seu emprego. Objectivamente, pode obter-se a percentagem de funcionários com vínculo à instituição por contrato a termo certo ou contrato a tempo incerto (Gallie, 2003; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008; Muñoz e Pedraza, 2010).

- e) Progressão na carreira: uma possível progressão na carreira pode acarretar uma mudança no posto de trabalho, na organização onde se trabalha ou no nível hierárquico. Deste modo pode constituir uma fonte de stress dependendo do seu grau de importância para o profissional (Petrie, 1989). O desenvolvimento da carreira resulta das aspirações e dos comportamentos das pessoas em interacção com o meio ambiente e, por isso, os níveis e momentos de promoção por vezes não coincidem com as preferências ou desejos do trabalhador (Peiró, 1993).

Em alguns casos, o nível de promoção é inferior às expectativas e aptidões do profissional de saúde. A frustração resultante desta situação pode levar a alterações do humor e das relações interpessoais e a experiências de stress que se manifestam por tensões, conflitos, ansiedade, insatisfação e medo (Levinson, 1978; Melo, 2000; Oliveira, 2005; Petrie, 1989; Relva, 1997; Silva, 1999). Por outro lado, a progressão na carreira pode conduzir a um aumento da intensidade do trabalho quando a promoção envolve aptidões superiores às capacidades e competências do profissional (McMurray, 1973).

Esta variável pode ser analisada objectivamente através da existência de uma hierarquia. A avaliação subjectiva pode ser feita questionando os profissionais de saúde sobre há quanto tempo progrediram na carreira.

- f) Participação: a existência de canais formais ou informais de participação na organização do trabalho pode ser considerada um elemento importante da qualidade do trabalho porque afectam a representação dos interesses colectivos dos profissionais na organização. Por um lado, pode alegar-se que os profissionais de saúde com um canal formal e aberto de participação na gestão da organização estarão numa óptima posição para melhorar a sua qualidade de trabalho. Por outro lado, a participação do profissional de saúde, sem papel na gestão da organização, pode capacitá-los e fazê-los sentir-se como parte integrante da instituição (Bustillo *et al.*, 2009; Leschke *et al.*, 2008).

Assim, a participação é positiva quando proporciona satisfação das necessidades pessoais e eleva a auto-estima. A participação torna-se negativa para o trabalhador quando proporciona frustração, induzindo factores de risco para a saúde, nomeadamente: consumo de álcool, desânimo, baixa auto-estima, desmotivação, insatisfação, absentismo e abandono (Fisher *et al.*, 2003; Peiró, 1993).

A participação formal pode ser avaliada através da filiação sindical (análise objectiva), uma vez que os sindicatos são importantes actores no processo de diálogo social e oferecem protecção aos trabalhadores face à tomada de decisões pelas organizações. Em termos subjectivos, os profissionais podem ser questionados sobre o facto de terem sido consultados ou não sobre mudanças na organização ou nas condições de trabalho (Bustillo *et al.*, 2009; Leschke *et al.*, 2008).

- g) Desenvolvimento de competências: outro elemento importante da qualidade do trabalho são as possibilidades à disposição dos trabalhadores para melhorar as suas habilidades no processo de trabalho, seja pela participação em cursos de formação organizados pela empresa ou através do processo de trabalho em si. Por outro lado, cria maiores oportunidades para os funcionários em termos de mobilidade no local de trabalho e para encontrar um novo emprego, em caso de despedimento, na medida em que permite promover a empregabilidade do indivíduo (Gallie, 2007; Gallie, 2003; Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008).

Na área da saúde, se as oportunidades que o contexto oferece ao profissional para utilizar e desenvolver as próprias habilidades forem demasiado escassas ou excessivas podem converter-se numa fonte de stress (Melo, 2000; Peiró, 1993; Petrie, 1989; Santos, 1988).

Objectivamente, as oportunidades de formação profissional podem ser analisadas pela existência ou não de acções de formação em serviço ou pela disponibilização de horas de formação anuais. Subjectivamente, pode saber-se a opinião dos profissionais sobre as suas oportunidades de formação (Bustillo *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008).

- h) Autonomia: é uma das dimensões mais importantes da qualidade do trabalho porque a perda de autonomia significa uma perda de potencial humano para a auto-realização no trabalho. Como argumentado por vários autores na tradição clássica da sociologia do trabalho, o crescente aprofundamento do processo de divisão de trabalho, embora fundamental para o progresso humano na medida em que é uma das principais fontes de incremento da produtividade, pode em certos sectores de actividade levar a uma perda no grau de autonomia dos trabalhadores (Dahl *et al.*, 2009; Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; Jencks *et al.*, 1979; Kalleberg e Vaisey, 2005; Sewell e Hauser, 1975).

Nos estudos realizados na área da saúde sobre o conteúdo do trabalho, a motivação intrínseca do trabalho, o desenho das tarefas e dos postos de trabalho e a própria acção humana no trabalho relacionada com as tarefas foram identificadas várias características inerentes às actividades do trabalho. Se as características do trabalho estiverem presentes de forma adequada representam um importante potencial motivador e podem contribuir para o bem-estar psicológico dos trabalhadores. Porém, se estiverem inadequadamente representadas (quer seja por excesso ou por defeito) podem constituir uma importante fonte de stress. Assim, as oportunidades que o trabalhador possui para controlar as suas tarefas é um aspecto que pode produzir stress ou, pelo contrário, bem-estar psicológico, na medida em que o ambiente de trabalho permita ao indivíduo controlar as actividades (Peiró, 1993; Santos, 1988).

Esta dimensão pode ser analisada subjectivamente com base em questões como as que se seguem: capacidade de escolher ou alterar a ordem das tarefas; capacidade de escolher ou alterar os métodos de trabalho; capacidade de escolher ou alterar o ritmo do trabalho; capacidade de fazer uma pausa quando se deseja (Bustillo *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010).

- i) Condições físicas de trabalho, variáveis de saúde e risco de acidentes: é uma das áreas mais analisadas no domínio da qualidade do trabalho e de extrema importância na área da

saúde. Importa dividir desde já esta dimensão em dois grupos distintos: condições físicas de trabalho e consequências das condições de trabalho na saúde dos profissionais.

Para Dejours (1992), as condições de trabalho compreendem o ambiente físico, o ambiente biológico, o ambiente químico, as condições de higiene e de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Os profissionais de saúde vivenciam e participam activamente nas mais variadas situações de risco ocupacional e executam um grande número de actividades que são efectuadas cumulativamente. Têm horários de trabalho prolongados, algumas vezes fazendo turnos duplos. Há falta ou inadequação de materiais e equipamentos para trabalhar com segurança, improvisando materiais. O espaço físico é por vezes inadequado, carregado de ruídos e a ventilação, a iluminação e a temperatura são deficientes. O número de recursos humanos é nalguns casos insuficientes. Passam longos períodos na mesma posição, em pé, outras vezes semi-curvados ou fazem movimentos bruscos. Manipulam e estão expostos diariamente a anti-sépticos, radiações, medicamentos e/ou gases anestésicos. Tem contacto frequente com utentes infectados por vírus, bactérias e/ou fungos (Benavides, 2000; Bulhões, 1998; Martins et al., 2003; Mendes, 2003; Walton, 1973).

A quotidiana exposição dos profissionais de saúde a riscos de natureza física, biológica, química e ergonómica aumenta a probabilidade de ocorrência de acidentes ocupacionais e de doenças ocupacionais (Benavides, 2000; Martins *et al.*, 2003; Mendes, 2003; Walton, 1973). As condições de trabalho têm sido associadas a distúrbios músculo-esqueléticos, à obesidade, a distúrbios cardiovasculares, a distúrbios digestivos, a problemas psíquicos, a problemas na saúde reprodutiva e a hábitos de vida pouco saudáveis (tais como poucas horas de sono e maior consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco) (Lowe, 2000; Oliveira e Murofuse, 2001).

Esta dimensão pode ser estudada objectivamente através da análise das condições físicas em que o trabalho se realiza e ser complementada subjectivamente pelas percepções dos trabalhadores sobre o impacto das condições de trabalho na sua saúde. Em relação aos acidentes ocupacionais, na análise objectiva pode usar-se a taxa de acidentes de trabalho, de doenças ocupacionais ou de acidentes fatais. Porém, quando se recolhe estes dados junto de entidades especializadas pode enfrentar-se o problema da confiança dos dados, pelo que se deve complementar a informação estatística com a experiência de campo

(análise subjectiva) (Bustillo *et al.*, 2009; Comissão Europeia, 2001; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008).

- j) Factores de risco psicossocial: os riscos psicossociais são maiores nos serviços onde existe contacto com o público, como nas organizações de saúde (European Foundation, 2008; International Labour Office, 1999; Leather *et al.*, 1999; Wynne *et al.*, 1997). Este facto deve-se à diária exposição dos profissionais de saúde a riscos de natureza psíquica (como por exemplo a excesso de trabalho, a relacionamentos humanos difíceis e à convivência com a morte e o sofrimento dos utentes) e de natureza social (tais como agressões físicas e/ou psicológicas) (Benavides, 2000; Bulhões, 1998; Martins *et al.*, 2003; Mendes, 2003; Walton, 1973).

Tal como nos factores de risco físico, também se pode medir a incidência dos riscos psicossociais, directa ou indirectamente, ao analisar os próprios riscos (por exemplo: ameaças de violência física/psicológica, violência física e/ou psicológica, assédio moral e/ou sexual e discriminação sexual, com base na idade, na nacionalidade, na origem étnica, na religião ou em deficiência) ou através do estudo do seu impacto na saúde psicológica dos trabalhadores (em termos de stress, ansiedade, problemas de sono, entre outros) (European Foundation, 2008; International Labour Office, 1999; Leather *et al.*, 1999; Wynne *et al.*, 1997).

- k) Intensidade do trabalho: pode influenciar directa ou indirectamente a qualidade do trabalho especialmente quando os trabalhadores têm baixos níveis de autonomia. Por um lado, pode ter um impacto directo negativo sobre a qualidade do trabalho porque aumenta o esforço associado ao trabalho (tornando o trabalho mais cansativo). Por outro lado, também pode ter um efeito indirecto na qualidade do trabalho porque uma intensidade alta e contínua de trabalho (carga de trabalho excessiva, ritmo acelerado e expectativas confiantes) é uma importante fonte de stress e pode aumentar a probabilidade de acidentes ocupacionais (Dahl *et al.*, 2009; Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008).

O excesso de trabalho, quer em termos quantitativos (excesso de actividades a realizar, num determinado período de tempo; acumulação de funções) como qualitativos (excessivas exigências em relação às competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador e discrepâncias entre a prioridade das tarefas a realizar e os objectivos) é uma

fonte de stress nas organizações de saúde. Para além disso, a atribuição de poucas tarefas durante o dia ou a atribuição de tarefas muito simples, rotineiras e aborrecidas em relação às competências do trabalhador podem ser causa de stress no trabalho (Melo, 2000; Peiró, 1993; Petrie, 1989).

Têm-se ainda constatado relações negativas significativas entre a sobrecarga de trabalho, o desenvolvimento de ansiedade, de depressão, de sintomas neuróticos, de queixas somáticas (fadiga, insónias), de obesidade e de doenças coronárias, a diminuição da satisfação, da motivação, do desempenho e compromisso organizacional, da participação e da auto-estima e o recurso a comportamentos nefastos para a saúde, como por exemplo o aumento do consumo de tabaco (Fisher *et al.*, 2003; Melo, 2000; Peiró, 1993; Petrie, 1989; Silva, 2000; Silva, 1999).

A partir da análise da velocidade e dos prazos de trabalho é possível estudar esta dimensão objectivamente. Subjectivamente pode analisar-se as percepções dos funcionários relativamente à intensidade e ao ritmo de trabalho (Bustillo *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008).

- 1) Natureza do trabalho/Satisfação com o trabalho desenvolvido: o trabalho tem diferentes interpretações: é uma fonte de rendimento (valor instrumental), é um ambiente de interacção social (valor relacional) e é uma fonte de realização pessoal (valor intrínseco).

Em saúde, a actividade comum a qualquer profissional é a prestação de cuidados e serviços a pessoas sãs ou doentes para que mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde, ajudando-as a atingir o seu máximo bem-estar físico e psíquico e a máxima independência nas actividades quotidianas, tão rapidamente quanto possível. Porém, as responsabilidades e actividades dos profissionais de saúde diferem porque dependem de factores como a formação, a área de actuação e a entidade para a qual trabalham (Maslach e Leiter, 2008).

Não obstante, qualquer que seja a formação do profissional de saúde, o contacto directo com os utentes e seus familiares pode ser emocionalmente exigente para o trabalhador e a própria natureza da doença dos utentes leva os profissionais a enfrentar situações onde há fracasso terapêutico, um mal prognóstico e, por vezes, o profissional fica sensibilizado perante situações de morte (Maslach e Leiter, 2008). Deste modo, a satisfação que cada

profissional de saúde retira do trabalho dependerá das vivências que experienciam no seu trabalho (Adams e Bond, 2000; Lu *et al.*, 2005; Walton, 1973).

Esta dimensão pode ser analisada subjectivamente questionando-se os profissionais de saúde acerca da sua satisfação com as condições de trabalho, das oportunidades para fazer as actividades para as quais têm mais competência/habilidades, da sua percepção/sensação relativamente ao resultado do seu trabalho, das oportunidades que dispõe para aplicar as suas ideias no desenvolvimento do seu trabalho e dos seus sentimentos face à sua utilidade no trabalho (Adams e Bond, 2000; Bustillo *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008; Lu *et al.*, 2005).

- m) Relações interpessoais: vários autores que se têm debruçado sobre a motivação têm constatado que a filiação é valorizada de modo positivo. Os ambientes de trabalho que promovem o contacto entre as pessoas são mais benéficos do que aqueles que o impedem ou dificultam, pois são um factor central da saúde individual e organizacional (Cooper, 1973). Com efeito, as oportunidades de relação no trabalho são uma variável que aparece positivamente relacionada com a satisfação do trabalho e negativamente com a tensão e a ansiedade.

Ao nível das relações entre colegas de trabalho surge o conceito de clima de grupo, que se refere ao ambiente interno existente entre os profissionais nas organizações e está intimamente relacionado com o grau de motivação dos indivíduos (Chiavenato, 2000). Segundo este autor, quando existe uma elevada motivação entre profissionais, o clima do grupo de trabalho traduz-se por relações gratificantes pautadas de satisfação, interesse, colaboração, compreensão, tolerância e espírito de auto-ajuda e contribuem para um bom ambiente de trabalho. Pelo contrário, a desmotivação, a desconfiança, a competitividade, a rivalidade e a pouca cooperação entre profissionais reflectem-se no clima de grupo. Estas situações dão origem a elevados níveis de tensão e de stress entre os colegas de trabalho e a problemas emocionais que se manifestam por: depressão, desinteresse, apatia e insatisfação, podendo em casos extremos chegar a estados de agressividade (Cunha, 2000; Elsayed-Ekhouly e Buda, 1996; Farner e Roth, 1998; Gardell, 1971; Laing, 1971; Moreira *et al.*, 2003; Peiró, 1993).

No mundo do trabalho, o superior hierárquico, chefe ou director é um ponto de referência importante para a maior parte dos trabalhadores e pode ser uma das fontes de recompensas

ou de sanções. Nesse sentido, as relações com o superior imediato podem contribuir para a satisfação do trabalho e bem-estar psicológico ou, pelo contrário, ser fonte de stress e de tensão. Por exemplo, uma liderança muito estreita e rígida sobre o trabalho dos profissionais pode resultar em stress e em pressão no trabalho (McLean, 1979; Moreira *et al.*, 2003).

A relação com os doentes também afecta o bem-estar dos profissionais de saúde e alguns estudos realizados sobre stress têm demonstrado que o trabalho com pessoas, especialmente se estas apresentam problemas pessoais e familiares, pode levar a experiências de stress. Diversos estudos apontam que os profissionais que prestam serviços e ajudam outras pessoas começam a manifestar sentimentos de despersonalização, esgotamento emocional, frieza, indiferença e rejeição emocional perante essas pessoas, como uma consequência do contacto diário. Estas manifestações de natureza psicológica, comportamental e psicossomática têm sido caracterizadas como síndrome de *burnout* (Maslach e Leiter, 2008; Peterson *et al.*, 2008; Rijk *et al.*, 1998). Borges *et al.* (2002) e Spooner-Lane (2004) afirmam que o *burnout* está correlacionado com a quantidade de tempo que os profissionais passam com os doentes e com a intensidade das exigências emocionais destes. Os estudos mais recentes mostram que está associado a factores relacionados com o trabalho, tais como sobrecarga laboral, baixo nível de suporte, conflitos interpessoais, contacto com a morte e preparação inadequada (Maslach e Leiter, 2008).

Para analisar este tipo de relacionamentos pode recorrer-se a questionários onde os profissionais caracterizam a sua relação com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos. Os sentimentos e as atitudes dos profissionais no seu trabalho e em relação aos utentes podem ser avaliados através do *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI- HSS) (desenvolvido por Maslach e Jackson, 1998), na versão dirigida aos profissionais de saúde.

Em síntese, neste subcapítulo tentou identificar-se um conjunto de indicadores que permitem abordar a questão da qualidade do trabalho de uma forma completa, coerente e estruturada. Por outro lado, tentou contemplar-se as dimensões e as especificidades da área da saúde que devem ser considerados numa proposta metodológica de medição/avaliação da qualidade global do trabalho no sector da saúde. Contudo, as facetas das relações contratuais e as condições de trabalho têm ângulos de análise diferentes, sendo muitas vezes tentador alongar

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

a lista de indicadores utilizados para medir a qualidade do trabalho. A importância de algumas variáveis aqui discutidas é realçada pelas diferentes teorias da qualidade do trabalho analisadas no capítulo anterior e, como se pode observar, são incluídas como indicadores da qualidade do trabalho em muitos dos actuais sistemas de indicadores de qualidade do trabalho.

3. ESTRATÉGIA EMPÍRICA

A pesquisa bibliográfica efectuada sobre a qualidade do trabalho no sector da saúde permitiu verificar que em Portugal os estudos ainda são escassos nesta área. Na última década encontram-se estudos sobre satisfação no trabalho nomeadamente o *International Social Survey Programme* realizado entre 2006 e 2007 (Bustillo *et al.*, 2009) e o estudo de Diaz-Serrano e Vieira (2005). Sobre a qualidade do emprego na União Europeia com extensão a Portugal surgem os Indicadores de Laeken (Comissão Europeia, 2001), o EJQI (Leschke, Watt e Finn, 2008), o EWCS (Parent-Thirion *et al.*, 2007), o *Ghai's Decent Work Index* (Ghai, 2003) e o estudo realizado por Célestin (2002). Apenas o trabalho desenvolvido por Guerreiro e Rodrigues (2008) teve como objectivo conhecer as condições sociais e profissionais que influenciam a qualidade do trabalho e a qualidade de vida dos trabalhadores portugueses do sector dos serviços (na área das telecomunicações, financeira, retalho e cuidados de saúde). Contudo, este estudo não foi desenvolvido especificamente para o sector da saúde.

Estes factos foram determinantes para a necessidade de elaborar um estudo de carácter exploratório na área da qualidade do trabalho no sector da saúde em Portugal.

O presente capítulo procura descrever a metodologia utilizada neste estudo. Serão apresentados o desenho do estudo, a amostra, os instrumentos de medida e os procedimentos de recolha de dados.

3.1 Desenho do estudo

O desenho do estudo refere-se ao plano da investigação criado. Neste projecto de mestrado teve-se como ponto de partida a teoria existente sobre a qualidade do trabalho. Neste sentido, para Almeida e Pinto (2001: 57) “(...) a teoria é o ponto de partida insubstituível e o elemento que comanda os seus momentos e opções fundamentais (...)”. Assim, a literatura existente sobre a qualidade do trabalho teve um papel determinante na selecção das acções operacionais da actual pesquisa e serviu de suporte ao objecto de estudo e à sua problemática.

Posteriormente foi escolhido o método de investigação. Segundo Carmo e Ferreira (1998) os métodos são um conjunto de operações que são realizadas para atingir um ou mais objectivos, um corpo de princípios que comandam a investigação, um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar as técnicas. Para dar resposta ao objectivo desta investigação foi

desenhado um estudo do tipo extensivo-quantitativo (Costa, 1999), com recurso a estratégias metodológicas descritivas e inferenciais, nomeadamente comparativas e correlacionais. Desta forma, obtêm-se respostas para a questão que norteou esta investigação e esclarece-se e enriquece-se a interpretação dos dados obtidos.

3.2 População/Amostra

A população alvo do estudo é constituída pelos profissionais de saúde que desempenham as suas funções numa determinada organização de saúde. Foi escolhido este hospital por critérios de conveniência e interesse do estudo (proximidade geográfica entre investigador e inquiridos).

Neste estudo utilizou-se o método de amostragem não probabilístico (ou não-aleatória), do tipo amostragem accidental (casual ou conveniente), porque os elementos são seleccionados por conveniência (Maroco, 2007). Ghiglione e Matalon (2001) e Hill e Hill (2000) afirmam que este tipo de método de amostragem apenas permite que os resultados e as conclusões se apliquem à amostra, não podendo ser generalizadas com rigor e confiança para o Universo (totalidade de profissionais de saúde a nível nacional), porque não há garantias de que a amostra é representativa do Universo. Pode concluir-se que utilizando a amostragem não probabilística accidental, as conclusões que se retirarem do estudo da amostra apenas podem ser generalizadas para o universo dos profissionais de saúde do hospital em causa.

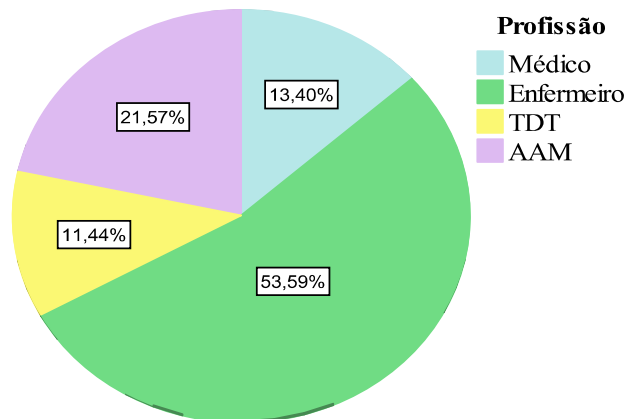
A determinação da dimensão da amostra foi realizada através do software de pesquisa na Web para colheita de dados Raosoft®. Tendo uma população de cerca de 600 profissionais de saúde e escolhendo uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma distribuição de respostas de 50%, o tamanho mínimo recomendado da amostra é de 235 inquiridos.

Como a população a inquirir representa um todo heterogéneo (mix profissional) considerou-se pertinente dividi-la em quatro estratos ou grupos profissionais: (1) Médicos, (2) Enfermeiros, (3) Técnicos de diagnóstico e terapêutica e (4) Assistentes operacionais/Auxiliares de acção médica/Técnicos auxiliares de saúde. Esta divisão permite identificar conjuntos de colaboradores com as mesmas características, podendo melhor retratá-la e conseqüentemente analisar eventuais problemas levantados em acções mais localizadas. Cada grupo relativamente ao critério de estratificação apresenta-se mais homogéneo do que a população.

3.2.1 Caracterização da amostra

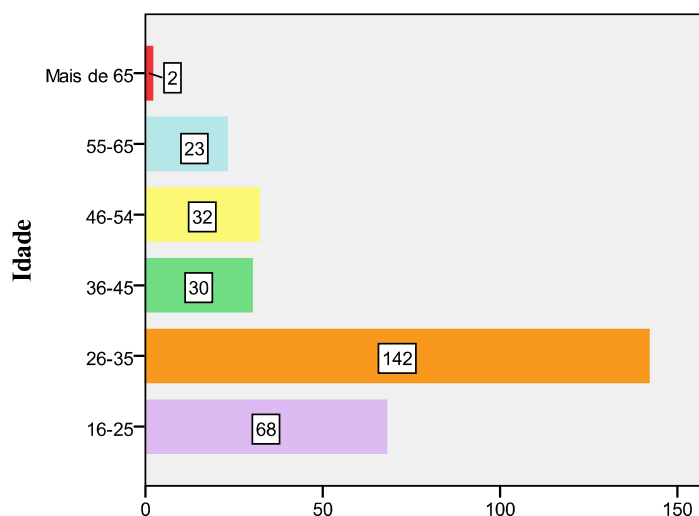
A amostra é composta por 306 profissionais de saúde (N=306). No Gráfico 1 pode visualizar-se que o grupo profissional mais representativo é os Enfermeiros (n=164; 53,6%), seguido dos Auxiliares de Acção Médica (AAM) (n=66; 21,6%), dos Médicos (n=41; 13,4%) e por fim os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) (n=35; 11,4%).

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos por profissão



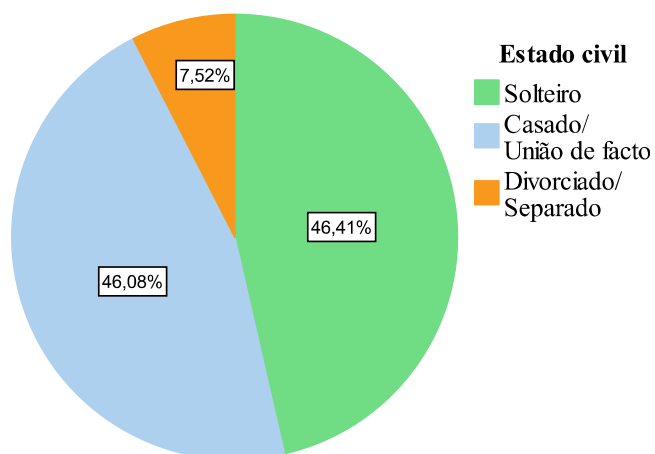
As idades estão agrupadas em faixas etárias para uma melhor compreensão dos dados (ver Gráfico 2). O grupo etário mais representativo situa-se entre os 26 e os 35 anos de idade (n=142; 46,4%). Intermediamente, 22,2% dos profissionais têm entre 16 e 25 anos (n=68). Cerca de 10,5% têm idades compreendidas entre os 46 e os 54 anos (n=32). Cerca de 9,8% têm entre 36 e 45 anos de idade (n=30). Menos representado está o grupo etário entre os 55 e os 65 anos com apenas 7,5% (n=23) e com apenas 7% surgem os profissionais com mais de 65 anos de idade (n=2). O profissional de saúde mais novo tem 18 anos e o mais velho tem 68 anos de idade.

Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por idade



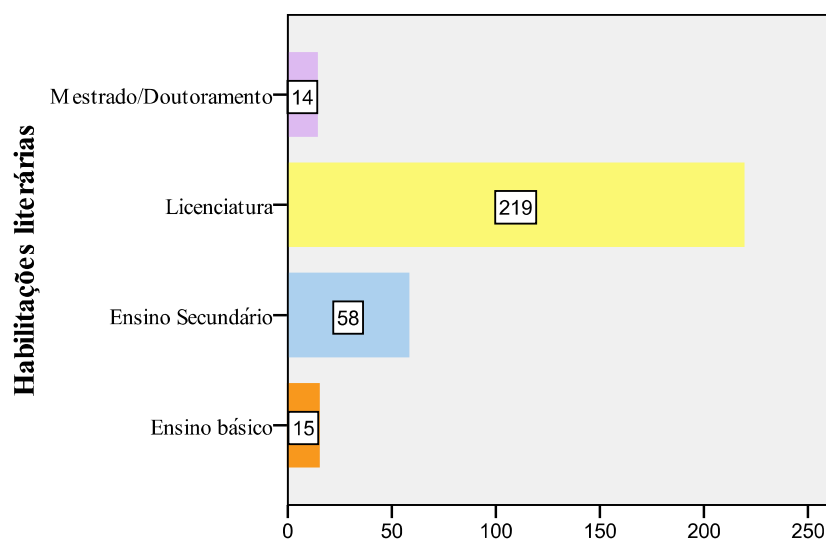
Quanto ao estado civil (ver Gráfico 3), a maioria dos profissionais de saúde são solteiros ($n=142$; 46,4%) ou casados e em união de facto ($n=141$; 46,1%). Apenas 7,5% dos inquiridos são divorciados ou estão separados ($n=23$).

Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos por estado civil



No que concerne às habilitações literárias (ver Gráfico 4), a maioria dos profissionais de saúde têm uma Licenciatura ($n=219$; 71,6%). Cerca de 19% ($n=58$) dos profissionais de saúde detém o Ensino Secundário. Menos representados estão os profissionais de saúde com o Ensino Básico ou com o Mestrado/Doutoramento, respectivamente com 4,9% ($n=15$) e 4,6% ($n=14$).

Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias

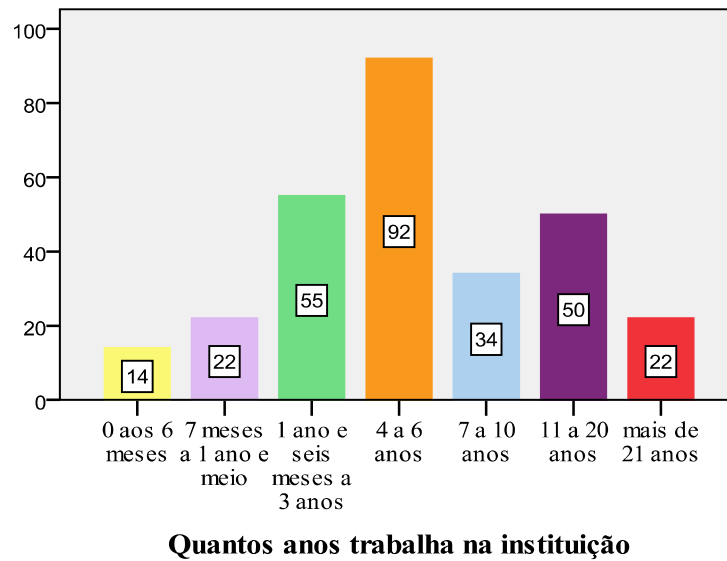


Os profissionais de saúde também foram questionados relativamente à existência de mais do que um emprego. Cerca de 36,7% dos profissionais de saúde tem mais do que um emprego (n=112), tendo os restantes 63,3% apenas um emprego (n=193).

Correlacionada com a existência de mais do que um emprego surge a questão de qual será a principal instituição de trabalho. Apenas 43 profissionais de saúde (14,1%) afirmam que o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (HCVP) não é a sua principal instituição de trabalho.

Em relação ao número de anos que os profissionais de saúde trabalham na sua principal instituição de trabalho (ver Gráfico 5) optou-se por dividir o grupo em estratos temporais para identificar os profissionais com as mesmas características. Mais representado estão os profissionais com 4 a 6 anos de trabalho (n=92; 30,1%). Cerca de 18% dos profissionais têm entre 1 ano e 6 meses a 3 anos de trabalho (n=55). De seguida seguem-se os trabalhadores entre 11 a 20 anos de trabalho (n=50; 16,3%) e com 7 a 10 anos de trabalho (n=34; 11,1%). Menos representado estão os profissionais entre 7 meses e 1 ano e 5 meses de trabalho (n=22; 7,2%), com mais de 21 anos de trabalho (n=22; 7,2%) e com menos de 6 meses de trabalho (n=14; 4,6%). Cerca de 17 inquiridos não responderam a esta questão no questionário (5,6%).

Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos por antiguidade profissional



3.3 Instrumentos

A pesquisa quantitativa pressupõe que a realidade é objectiva e mensurável e procura entendê-la testando construtos a partir do uso de medições numéricas. Para Carmo e Ferreira (1998), as técnicas são procedimentos rigorosos, bem definidos, transmissíveis e susceptíveis de serem replicadas em condições idênticas. A escolha das técnicas deve ser adaptada ao problema e aos fenómenos em causa dependendo dos objectivos que se querem atingir.

A técnica de recolha de dados adoptada nesta pesquisa foi o questionário. Pretendeu-se que o processo de selecção da informação fosse uniformizado e sistematizado. Assim, submeteu-se todos os inquiridos às mesmas questões, enunciadas sob a mesma ordem e com as mesmas directrizes, obedecendo a critérios de rigor, adequação ao real e consistência interna, de modo a assegurar a fidelidade dos resultados.

Segundo Fortin (1999), o inquérito por questionário permite recolher informações sobre um grande número de sujeitos empíricos, sobre ideias, comportamentos, preferências, sentimentos, expectativas, opiniões e atitudes. Por outro lado, possibilita a comparação precisa entre as respostas dos inquiridos (Almeida e Pinto, 1990).

O questionário teve por base o *Fourth European Working Conditions Survey* de 2005, desenvolvido pela *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (Parent-Thirion *et al.*, 2007). Este instrumento permite conhecer as opiniões dos

trabalhadores relativamente a questões como a organização do trabalho, o tempo de trabalho, a igualdade de oportunidades, a remuneração, a formação, a saúde, a segurança e a satisfação no trabalho. Foi testado em 31 países europeus, com uma amostra de 30 000 trabalhadores. Este instrumento foi posteriormente modificado e adaptado às características e especificidades do sector da saúde enunciadas no capítulo 2.

Foram criados dois questionários: o questionário extenso (ver Anexo 1; abarca mais dimensões sobre a qualidade do trabalho) e o questionário sintético (ver Anexo 2). Apenas foi aplicado o questionário sintético para que determinadas questões relacionadas com o não preenchimento da totalidade do instrumento não se impusessem.

O questionário aplicado consta de três partes:

Parte I - informações de carácter social e demográfico sobre o inquirido, nomeadamente: idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, se tem mais do que um emprego e número de anos que trabalha na empresa;

Parte II – opinião dos trabalhadores sobre questões relacionadas com o salário, o horário de trabalho e a sua flexibilidade, a segurança do trabalho, a formação e as competências, a progressão na carreira, a autonomia no trabalho, as condições físicas e psicológicas de trabalho, a intensidade do trabalho, as relações interpessoais e a satisfação com o trabalho;

Parte III – opinião dos trabalhadores sobre a relevância das dimensões do trabalho.

Como este questionário é de auto-administração foi aplicado um pré-teste a uma amostra de indivíduos (um indivíduo de cada grupo profissional) com o objectivo de identificar perguntas-problema que justifiquem uma modificação da redacção, alteração do formato ou mesmo a sua eliminação na versão final do questionário a aplicar.

3.4 Procedimentos e local de recolha de dados

O questionário foi aplicado no HCVP, uma unidade hospitalar de referência na Europa e nos EUA. Este hospital rege-se pelos sete princípios fundamentais do Movimento Internacional da Cruz Vermelha Portuguesa, designadamente: humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, voluntariado, unidade e universalidade.

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

A aplicação do questionário foi precedida de um pedido de autorização dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do HCVP (ver Anexo 3), tendo este tomado conhecimento dos objectivos do estudo e disponibilizado de imediato toda a sua colaboração para a elaboração do mesmo. Foi igualmente solicitada verbalmente autorização aos Directores de Serviço/Coordenadores para a elaboração do estudo nos seus serviços, após uma explicação prévia dos objectivos do estudo.

Quanto aos recursos temporais, a distribuição dos questionários foi feita pessoalmente. Os questionários foram entregues aos Directores de Serviço/Coordenadores a partir de 17 de Fevereiro de 2011. Durante a entrega foi reforçada a importância do estudo em questão e o anonimato e confidencialidade dos dados. Foi verbalmente assumido pelos Directores de Serviço/Coordenadores que os questionários seriam devolvidos no prazo máximo de duas semanas, tendo a totalidade da recolha ficado concluída em 17 de Março de 2011.

4. RESULTADOS

Seguidamente apresentam-se os dados assim como toda a sua análise e discussão, fazendo-se a ponte com a investigação prévia sobre a opinião dos autores que abordam a temática. Por último enfatizou-se as limitações e sugestões para futuros estudos neste âmbito de intervenção.

4.1 Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico a que os dados foram sujeitos teve por objectivo perceber como é que os profissionais de saúde do HCVP percebem a sua qualidade do trabalho. Por outro lado, conhecer as dimensões que têm maior peso na qualidade do trabalho idealizada pelos profissionais de saúde do HCVP.

Neste sentido, para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa SPSS TM, versão 17.0 para o Windows XP TM.

Tendo como objectivo a concretização do estudo correlacional e comparativo proposto inicialmente recorreu-se à Análise de Variância Simples (ANOVA) para mais do que duas amostras independentes e ao teste de comparações múltiplas (*post-hoc*). O objectivo é testar as diferenças entre as características pessoais (idade, anos de experiência profissional, habilitações literárias e profissão) para determinadas variáveis da qualidade do trabalho (salário, horário de trabalho e flexibilidade de horário, segurança do trabalho, desenvolvimento de competências, progressão na carreira, autonomia no trabalho, condições físicas e psicológicas de trabalho, variáveis de saúde e risco de acidentes, intensidade do trabalho, natureza do trabalho e relações interpessoais). Pretende-se verificar se as características pessoais da amostra podem condicionar a qualidade do trabalho e juntar os grupos semelhantes.

4.2 Apresentação e análise dos resultados

Para uma melhor compreensão dos resultados, procurou-se enunciar os resultados por dimensão e pela ordem apresentada no subcapítulo 2.2. Desta forma, a análise torna-se mais linear e é possível correlacioná-la com os diferentes pontos de vista dos autores sobre a qualidade do trabalho.

- a) Salário: Observou-se que todos os grupos profissionais do HCVP consideram o salário uma dimensão muito importante quando se fala de trabalho. Este facto já tinha sido assumido por vários autores (Dahl *et al.*, 2009; Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; International Labour Office, 1999; Kalleberg e Vaisey, 2005; Leschke *et al.*, 2008) que consideram o salário como uma componente definidora do emprego e com um papel importante na mensuração da qualidade do trabalho. Não se pode avaliar a qualidade do trabalho sem ter em conta a dimensão “salário” porque um indivíduo é empregado para trabalhar e pelo seu trabalho recebe uma remuneração.

Essa remuneração terá por base o trabalho desenvolvido pelo indivíduo na organização. Desta forma surgem diferentes níveis salariais. No HCVP apurou-se que os Médicos são o grupo profissional com o salário mensal mais elevado (superior a 2500€), os Enfermeiros e os TDT têm salários mensais semelhantes (entre 1000 e 1500€) e os AAM têm o salário mensal mais baixo (entre 500 e 1000€). Estes dados não são novos e estão relacionados com a formação académica, o número de horas de trabalho, os escalões salariais, entre outros elementos (Adams e Bond, 2000; Lu, While e Barriball, 2005; Stamps, 1997).

- b) Horário de trabalho e flexibilidade de horário: Os profissionais do HCVP consideram o horário de trabalho uma dimensão importante num emprego. Esta reflexão vai ao encontro da opinião de alguns autores como Bustillo *et al.* (2009), Comissão Europeia (2009) e Leschke *et al.* (2008).

Nesta dimensão importa diferenciar duas grandezas, o tipo de horário de trabalho e a influência do horário de trabalho nos compromissos pessoais dos trabalhadores. Em relação à primeira grandeza, os Enfermeiros, os TDT e os AAM trabalham no HCVP a tempo inteiro (*full-time*), enquanto os Médicos praticam a sua actividade a tempo parcial (*part-time*). A redução ou o acréscimo do horário de trabalho é uma questão mediada entre o trabalhador e o HCVP, tornando o emprego de qualidade a este nível.

Nas organizações de saúde, o trabalho por turnos é imprescindível porque a presença de profissionais de saúde que prestam serviços e/ou cuidados e fazem a vigilância de utentes tem de ser realizada de forma ininterrupta. O trabalho não ocorre em função da hora, mas sim em função das necessidades dos utentes. No HCVP, os Enfermeiros e os AAM trabalham por turnos, o que inclui sábados, domingos, feriados e noites, de forma rotativa. Os TDT e os Médicos têm um horário por turnos “menos exaustivo”, apenas estão

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

escalados nalguns turnos para trabalhar no horário noturno, aos fins-de-semana e aos feriados.

Na segunda grandeza, influência do horário de trabalho sob os compromissos pessoais dos trabalhadores, há algumas discrepâncias. Os Enfermeiros e os AAM declaram que são frequentemente questionados pelas chefias pela possibilidade de alterarem o seu horário para irem ao encontro das necessidades da organização. Contudo, quando os profissionais são questionados directamente sobre se o seu horário entra em conflito com os compromissos familiares, 55,6% dizem que não (n=159). Apenas os Enfermeiros são o grupo profissional que na sua maioria dizem que sim (68,8%) (ver Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Horário de trabalho

			Horário entra em conflito com compromissos familiares?			Total
			Sim	Não	Não se aplica	
Profissão	Médico	n	14	25	0	39
		%	12,5%	15,7%	,0%	13,6%
		% do Total	4,9%	8,7%	,0%	13,6%
	Enfermeiro	n	77	70	4	151
		%	68,8%	44,0%	26,7%	52,8%
		% do Total	26,9%	24,5%	1,4%	52,8%
	TDT	n	10	19	6	35
		%	8,9%	11,9%	40,0%	12,2%
		% do Total	3,5%	6,6%	2,1%	12,2%
	AAM	n	11	45	5	61
		%	9,8%	28,3%	33,3%	21,3%
		% do Total	3,8%	15,7%	1,7%	21,3%
Total	n	112	159	15	286	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	39,2%	55,6%	5,2%	100,0%	

Quando se analisa a questão sob o ponto de vista do estado civil, os solteiros são o grupo que mais afirma que o horário de trabalho entra em conflito com os compromissos familiares (53,6%) (ver Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos por Estado civil vs. Horário de trabalho

			Horário entra em conflito com compromissos familiares?			Total
			Sim	Não	Não se aplica	
Estado civil	Solteiro	n	60	63	7	130
		% Estado civil	46,2%	48,5%	5,4%	100,0%
		% Horário entra em conflito com vida pessoal	53,6%	39,6%	46,7%	45,5%
		% doTotal	21,0%	22,0%	2,4%	45,5%
Casado/ União de facto		n	44	83	7	134
		% Estado civil	32,8%	61,9%	5,2%	100,0%
		% Horário entra em conflito com vida pessoal	39,3%	52,2%	46,7%	46,9%
		% doTotal	15,4%	29,0%	2,4%	46,9%
Divorciado/ Separado		n	8	13	1	22
		% Estado civil	36,4%	59,1%	4,5%	100,0%
		% Horário entra em conflito com vida pessoal	7,1%	8,2%	6,7%	7,7%
		% doTotal	2,8%	4,5%	,3%	7,7%
Total		n	112	159	15	286
		% Estado civil	39,2%	55,6%	5,2%	100,0%
		% Horário entra em conflito com vida pessoal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% doTotal	39,2%	55,6%	5,2%	100,0%

Quando se analisa a questão sob o ponto de vista do duplo emprego, 55,4% dos trabalhadores com mais do que um emprego afirmam que este facto entra em conflito com os seus compromissos familiares (ver Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos por Duplo emprego vs. Horário de trabalho

			Horário entra em conflito com compromissos familiares?			Total
			Sim	Não	Não se aplica	
Mais do que um emprego	Sim	n	62	42	3	107
		% mais do que um emprego	57,9%	39,3%	2,8%	100,0%
		% horário entra em conflito com vida pessoal	55,4%	26,6%	20,0%	37,5%
		% do Total	21,8%	14,7%	1,1%	37,5%
Não	Não	n	50	116	12	178
		% mais do que um emprego	28,1%	65,2%	6,7%	100,0%
		% horário entra em conflito com vida pessoal	44,6%	73,4%	80,0%	62,5%
		% do Total	17,5%	40,7%	4,2%	62,5%
Total		n	112	158	15	285
		% mais do que um emprego	39,3%	55,4%	5,3%	100,0%
		% horário entra em conflito com vida pessoal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	39,3%	55,4%	5,3%	100,0%

O padrão das rotinas sociais diárias para a maioria das pessoas desenrola-se segundo uma ordem que poderia ser descrita como: sono (durante a noite) → trabalho (compreendido entre a manhã e a tarde) → tempo livre (desde o fim do trabalho até à hora de um novo repouso). O modo como a sociedade “organiza o tempo” também reforça esta sequência. Contudo, os profissionais envolvidos em trabalho por turnos e trabalho noturno estão com frequência desalinhados com a sociedade. A organização da sociedade está planeada de acordo com os ritmos da população em geral, ou seja, orientada pelo dia, o que coloca em causa a existência de regularidade nas rotinas pessoais do trabalhador bem como no padrão

diário da organização familiar e social. Os trabalhadores por turnos enfrentam dificuldades nas suas vidas sociais por trabalharem durante as noites, aos fins-de-semana e em dias festivos, apesar das solicitações exteriores, familiares e sociais que possam ter (Silva, 2000; Silva, 1999).

As discrepâncias encontradas nas Tabelas 4, 5 e 6 vão ao encontro da controvérsia que ainda circunda a questão do tempo de trabalho como foi enunciado no capítulo 2.2. Há autores que afirmam que quanto maior o tempo de trabalho, menor o tempo do trabalhador para outras actividades de carácter pessoal e/ou familiar (Oliveira, 2005; Relva, 1997) e menor a qualidade do trabalho (Bustillo *et al.*, 2009; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008). Por outro lado, se o horário for elaborado com base nas preferências ou necessidades dos trabalhadores, o horário de trabalho é considerado uma dimensão forte na qualidade do seu trabalho (Bustillo *et al.*, 2009; Cruz, 2003; Fisher *et al.*, 2003; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008; Oliveira, 2005; Relva, 1997; Silva, 2000).

Seja qual for o argumento para a organização do trabalho por turnos, esta forma de horário de trabalho pode acarretar alterações e dificuldades a vários níveis. Os problemas associados com o trabalho por turnos estão bem documentados e classificados em três grandes áreas. Primeiro, a quebra dos processos fisiológicos que incluem o ritmo circadiano. Segundo, o enfraquecimento da saúde física e do bem-estar psicológico. E, em terceiro, as alterações na vida social e familiar (Costa, 2003; Smith *et al.*, 1998).

- c) Segurança do emprego: Quando se fala de qualidade do trabalho, os profissionais do HCVP consideram a segurança do emprego uma dimensão muito importante. Em termos objectivos, a maioria dos profissionais não temem perder o seu emprego. Contudo, 20% dos inquiridos (n=61) receiam perder o emprego nos próximos seis meses (ver Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Segurança no emprego

			Receia perder o emprego nos próximos 6 meses?		Total
			Sim	Não	
Profissão	Médico	N	3	38	41
		%	4,9%	15,6%	13,4%
		% do Total	1,0%	12,5%	13,4%
	Enfermeiro	N	37	126	163
		%	60,7%	51,6%	53,4%
		% do Total	12,1%	41,3%	53,4%
	TDT	N	6	29	35
		%	9,8%	11,9%	11,5%
		% do Total	2,0%	9,5%	11,5%
AAM	N	15	51	66	
	%	24,6%	20,9%	21,6%	
	% do Total	4,9%	16,7%	21,6%	
Total	N	61	244	305	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	20,0%	80,0%	100,0%	

Quando se questiona os profissionais sobre o grau de satisfação com o contrato de trabalho, a maioria dos trabalhadores estão satisfeitos com o seu contrato de trabalho. Apenas 22,3% dos inquiridos se encontram insatisfeitos (ver Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Satisfação com o contrato de trabalho

			Está satisfeito com o tipo de contrato?			Total
			Sim	Não	Não se aplica	
Profissão	Médico	n	34	4	3	41
		%	15,2%	5,9%	23,1%	13,4%
		% do Total	11,1%	1,3%	1,0%	13,4%
	Enfermeiro	n	122	38	4	164
		%	54,5%	55,9%	30,8%	53,8%
		% do Total	40,0%	12,5%	1,3%	53,8%
	TDT	n	25	7	3	35
		%	11,2%	10,3%	23,1%	11,5%
		% do Total	8,2%	2,3%	1,0%	11,5%
AAM	n	43	19	3	65	
	%	19,2%	27,9%	23,1%	21,3%	
	% do Total	14,1%	6,2%	1,0%	21,3%	
Total	n	224	68	13	305	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	73,4%	22,3%	4,3%	100,0%	

O trabalho sofre influência do contexto político, social e cultural em que está inserido. Por isso, situações de crise económica, de mudanças estruturais na organização ou de alterações nas relações de trabalho alteram o desempenho e a produtividade de qualquer profissional. O trabalhador será afectado podendo desenvolver medo e sofrimento. O medo é um dos sentimentos mais importantes provocados pelo trabalho e pode ocasionar danos físicos e mentais no trabalhador (Cruz, 2003; Melo, 2000; Petrie, 1989; Silva, 2000; Silva, 1999). Os profissionais do HCVP que receiam perder o emprego nos próximos 6 meses e/ou que estão insatisfeitos com o tipo de contrato estão mais vulneráveis e numa situação mais fragilizada, tendo maior tendência para desenvolverem estados de ansiedade e stress do que os profissionais que não estão numa situação de instabilidade/incerteza.

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

d) Progressão na carreira: No HCVP, os Enfermeiros, os TDT e os AAM vêm as oportunidades de progressão na carreira com uma dimensão muito importante quando se fala de qualidade do trabalho. Os Médicos são os profissionais que menos valorizam esta dimensão. Contudo, todos os grupos profissionais afirmam que o HCVP não oferece boas oportunidades de progressão na carreira (ver Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Oportunidade de progressão na carreira

			Na sua instituição há boas oportunidades de progressão na carreira?			Total
			Sim	Não	Não se aplica	
Profissão	Médico	n	5	13	23	41
		%	7,7%	6,5%	57,5%	13,5%
		% do Total	1,6%	4,3%	7,6%	13,5%
	Enfermeiro	n	52	106	5	163
		%	80,0%	53,3%	12,5%	53,6%
		% do Total	17,1%	34,9%	1,6%	53,6%
	TDT	n	1	32	2	35
		%	1,5%	16,1%	5,0%	11,5%
		% do Total	,3%	10,5%	,7%	11,5%
AAM	n	7	48	10	65	
	%	10,8%	24,1%	25,0%	21,4%	
	% do Total	2,3%	15,8%	3,3%	21,4%	
Total	n	65	199	40	304	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	21,4%	65,5%	13,2%	100,0%	

A carreira deverá ser o fruto da relação entre o trabalhador e a organização, dentro de um contexto de constante ajuste, desenvolvimento e mudança. A organização deve oferecer espaço, estímulos e condições que promovam o desenvolvimento das competências, deve potenciar a contínua interação entre trabalhadores, a aprendizagem organizacional, o respeito pela individualidade, o estímulo e o suporte à cidadania organizacional, o desenvolvimento e a satisfação das necessidades dos trabalhadores e deve apresentar uma

proposta transparente das suas intenções para com o trabalhador. O papel dos trabalhadores no desenvolvimento da sua carreira envolve a gestão do seu desenvolvimento, da competitividade profissional e da sua carreira, tendo como meios o autoconhecimento/experiência profissional e o conhecimento das oportunidades. O HCVP não vislumbra a progressão da carreira como um processo interactivo entre organização e trabalhador e este facto pode ser considerado uma fonte de stress ou frustração para os trabalhadores (Levinson, 1978; Melo, 2000; Oliveira, 2005; Petrie, 1989; Relva, 1997; Silva, 1999) porque os profissionais valorizam a progressão na carreira mas não vislumbram boas oportunidades para essa progressão.

- e) Desenvolvimento de competências: os Enfermeiros, os TDT e os Médicos do HCVP consideram as oportunidade de formação uma dimensão muito importante num emprego, ao contrário dos AAM. Objectivamente, os Enfermeiros, os TDT e os Médicos são os grupos profissionais que mais investiram na formação (31% referem que tiveram oportunidades de formação disponibilizadas pelo HCVP e 45,1% referem que melhoraram as suas competências por iniciativa própria, através de cursos de formação pagos por si).

De forma simplificada pode dizer-se que o HCVP tem investido nas competências individuais e colectivas dentro do contexto organizacional, disponibilizando meios para a aquisição de competências, formação e desenvolvimento dos trabalhadores, para alcançar os objectivos a que se propôs. Contudo deve continuar a investir. Necessita continuar atento às inovações na gestão de recursos, às mudanças propostas e à satisfação pessoal dos seus profissionais, porque se as oportunidades que oferece aos seus profissionais para desenvolverem as suas competências forem demasiado escassas ou excessivas podem converter-se em fontes de stress (Melo, 2000; Peiró, 1993; Petrie, 1989; Santos, 1988).

Os AAM são o grupo profissional que menos investiu na sua formação. Este facto poderá estar relacionado com a formação académica. Cerca de 4,3% dos AAM afirmam que a sua formação está além das actividades que desenvolvem no HCVP. Esse facto pode justificar em parte um menor investimento na formação. Pelo contrário, os Enfermeiros, os TDT e os Médicos são da opinião que o trabalho que desenvolvem está relacionado com a sua formação académica.

- f) Autonomia: os profissionais do HCVP consideram a autonomia no trabalho uma dimensão muito importante na qualidade do trabalho. A autonomia no trabalho, em sentido lato, é

entendida como um espaço de decisão e intervenção nos processos de trabalho, abrangendo também a possibilidade de autocontrolo e auto-avaliação, a participação na organização e no funcionamento da empresa e a oportunidade de influenciar as decisões sobre mudanças na organização do trabalho e nas condições de trabalho em geral (Dahl *et al.*, 2009; Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; Jencks *et al.*, 1979; Kalleberg e Vaisey, 2005; Kovács, 2004; Sewell e Hauser, 1975).

Neste trabalho procurou analisar-se a autonomia no trabalho num sentido mais restrito, isto é, entendendo a autonomia no trabalho como a liberdade no exercício das funções e na realização das tarefas. Os profissionais do HCVP afirmam que têm na sua maioria capacidade para alterar a ordem das tarefas e os métodos e/ou ritmo de trabalho. Este grau de satisfação com a autonomia no trabalho pode estar relacionado com o tipo de contracto de trabalho/segurança no trabalho. Pode contribuir para aumentar a motivação e o bem-estar psicológico dos profissionais porque de alguma forma conseguem controlar as actividades que desenvolvem (Peiró, 1993; Santos, 1988).

g) Condições físicas e psicológicas de trabalho, variáveis de saúde e risco de acidentes: os Enfermeiros, os TDT e os AAM do HCVP vêem as condições de trabalho com uma dimensão importante quando se fala de qualidade do trabalho. Os Médicos são os profissionais que menos valorizam esta dimensão.

Os profissionais de saúde nem sempre trabalham com as condições mais favoráveis. Por vezes, verifica-se sobrecarga de trabalho motivada pelo número insuficiente de profissionais (baixo rácio profissional/doente), instalações e material por vezes desadequado, o recurso a horários acrescidos, entre outros. Para além disso, o ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado pouco saudável por reunir doentes portadores de diversas patologias, algumas de carácter infeccioso, e viabilizar procedimentos invasivos que oferecem riscos de acidentes e doenças aos trabalhadores. Por estas razões, os Enfermeiros, os Médicos, os TDT e os AAM têm profissões de risco devido ao seu conteúdo funcional (Benavides, 2000; Bulhões, 1998; Dejours, 1992; Martins *et al.*, 2003; Mendes, 2003; Walton, 1973).

Ao analisar as condições físicas de trabalho no HCVP verificou-se que os Médicos consideram que estão pouco expostos ou nunca expostos a ruídos altos, temperaturas baixas ou elevadas, fumos, gases, vapores, pó e radiações. Já os AAM, os Enfermeiros e os

TDT consideram que a exposição varia entre poucas a muitas vezes. Quando se trata de substâncias químicas, tóxicas ou infecciosas, os Enfermeiros e os AAM são os profissionais mais expostos, seguindo-se os TDT e por fim os Médicos.

Quando o trabalho envolve transportar ou movimentar pessoas e cargas e fazer movimentos repetidos dos membros superiores, os Enfermeiros e os AAM são os profissionais mais expostos. Quando o trabalho envolve estar de pé, andar continuamente ou adoptar posições dolorosas ou incorrectas, os profissionais de saúde são unânimes em referir que estão expostos entre muitas vezes a diariamente.

No que concerne aos riscos psicossociais, os profissionais de saúde durante a prestação de cuidados aos doentes estão expostos a riscos de natureza psicológica e social, onde se destacam os actos de violência (Benavides, 2000; Bulhões, 1998; European Foundation, 2008; International Labour Office, 1999; Leather *et al.*, 1999; Martins *et al.*, 2003; Mendes, 2003, Walton, 1973; Wynne *et al.*, 1997). No HCVP, todos os grupos profissionais foram submetidos a ameaças de violência física/psicológica, a violência psicológica e discriminação, mas os Enfermeiros são os profissionais mais expostos. Apenas os AAM e os Enfermeiros referem ter sido expostos a violência física e assédio moral e/ou sexual. A este nível importa aprofundar a origem e os factores que estão por trás destes actos.

Em relação ao impacto das condições físicas de trabalho na saúde dos profissionais do HCVP, 80% dos inquiridos afirmam que a sua saúde é afectada pelo seu trabalho (ver Tabela 10). Os profissionais de saúde são expostos diariamente a riscos de ordem biológica, física, química, ergonómica e psicológica e de certa forma esta exposição aumenta o risco de acidentes e doenças ocupacionais (Benavides, 2000; Martins *et al.*, 2003; Mendes, 2003, Walton, 1973).

Tabela 10 – Distribuição dos inquiridos por Profissão vs. Impacto das condições de trabalho na saúde

			Acha que a sua saúde é afectada pelo seu trabalho?		Total
			Sim	Não	
Profissão	Médico	n	25	16	41
		%	10,2%	26,2%	13,4%
		% do total	8,2%	5,2%	13,4%
	Enfermeiro	n	151	13	164
		%	61,9%	21,3%	53,8%
		% do total	49,5%	4,3%	53,8%
	TDT	n	21	14	35
		%	8,6%	23,0%	11,5%
		% do total	6,9%	4,6%	11,5%
	AAM	n	47	18	65
		%	19,3%	29,5%	21,3%
		% do total	15,4%	5,9%	21,3%
Total		n	244	61	305
		%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do total	80,0%	20,0%	100,0%

h) Intensidade do trabalho: os profissionais do HCVP consideram a intensidade do trabalho uma dimensão importante. Este facto poderá estar associado à noção de que a intensidade do trabalho pode desencadear stress e ansiedade nos trabalhadores (Dahl *et al.*, 2009; Green, 2006; Hartikainen *et al.*, 2010; Leschke *et al.*, 2008; Melo, 2000; Peiró, 1993; Petrie, 1989).

Em termos quantitativos, os profissionais do HCVP afirmam que há situações em que têm de trabalhar com prazos apertados e muito rapidamente por causa do volume de trabalho mas consideram que têm oportunidade de fazer intervalo para almoço. As situações em que existe um ritmo de trabalho mais intenso podem comportar um elevado custo ao nível da segurança e da saúde ocupacional. A probabilidade da ocorrência de acidentes de trabalho ou de problemas de saúde é mais alta quando o ritmo de trabalho aumenta. Por outro lado,

um ritmo de trabalho elevado não é sustentável a longo prazo e o nível de qualificações dos trabalhadores pode deteriorar-se devido à impossibilidade de aproveitar oportunidades de formação (Comissão Europeia, 2009).

- i) Natureza do trabalho/Satisfação com o trabalho desenvolvido: o significado que o trabalho tem para cada profissional e a satisfação que cada profissional retira do trabalho dependerá das vivências que experienciam no seu trabalho (Adams e Bond, 2000; Lu *et al.*, 2005; Maslach e Leiter, 2008; Walton, 1973). No trabalho, o profissional encontra um meio de subsistência financeira e momentos de satisfação e de realização dos seus projectos e, por outro lado, permite a formação da identidade pessoal e das relações no contexto da organização ou sociedade. Concomitantemente pode gerar-se situações de ansiedade, stress e/ou frustração.

No HCVP, os Médicos são o grupo profissional mais satisfeito com o seu trabalho. Segue-se os TDT, os Enfermeiros e por fim os AAM. A maioria dos profissionais de saúde está satisfeita com a vida actual, o ambiente de trabalho, o relacionamento com os colegas e com as chefias. Em relação ao trabalho, ao equilíbrio entre vida profissional e pessoal, à segurança do emprego e ao horário de trabalho, os profissionais de saúde não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos. No que toca ao salário, a distribuição é menos positiva: 42,1% dos profissionais não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos e 25,3% estão insatisfeitos.

De um modo geral, os profissionais do HCVP estão pouco satisfeitos com o trabalho. O HCVP deve investir nos factores de satisfação dos seus profissionais porque melhora o empenho do profissional em prestar uma assistência adequada e qualificada aos seus clientes, reflectindo-se num serviço de melhor qualidade.

- j) Relações interpessoais: as relações interpessoais (entre colegas, com as chefias ou com os clientes) são a base do trabalho numa organização de saúde. No seio destas relações interpessoais há inevitáveis diferenças nas percepções e opiniões em relação a cada situação compartilhada pelo grupo. Estas diferenças devem-se a conhecimentos, informações, opiniões, preconceitos, atitudes, experiências anteriores, gostos, heranças, valores e estilos comportamentais diferentes de pessoa para pessoa. A forma como essas diferenças são encaradas e tratadas tem fortes implicações nos processos de comunicação, no relacionamento interpessoal, no comportamento organizacional e na produtividade (Chiavenato, 2000; Cooper, 1973; Maslach e Leiter, 2008).

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

Os profissionais do HCVP consideram as relações com os colegas e com as chefias muito importantes quando se avalia a qualidade do trabalho. Importa então caracterizar essas relações. Na relação com os colegas de trabalho, os profissionais acham que dão mais de si em relação ao que recebem em troca (entre “algumas vezes” a “muitas vezes”). Na relação com a organização, os profissionais reconhecem que dão mais de si em relação ao que recebem em troca “diariamente”. Na relação com os utentes, os Enfermeiros e os AAM são os profissionais que mais sentem que dão mais de si em relação ao que recebem em troca (entre “poucas vezes” a “muitas vezes”).

O relacionamento interpessoal pode tornar-se produtivo a partir do desenvolvimento pessoal e manter-se harmonioso permitindo o trabalho em equipa, com integração de esforços, conjugando energias, conhecimentos e experiências. Ou tornar-se muito tenso e conflituoso, levando à desintegração de esforços, à divisão de energias e à crescente deterioração do desempenho. Este tipo de relações poderá justificar parte do grau de satisfação dos profissionais com o trabalho no HCVP. Parece crucial que se invista no relacionamento interpessoal no HCVP.

Em jeito de síntese, os diferentes estratos profissionais do HCVP consideram importantes diferentes elementos definidores de um emprego quando se avalia a qualidade do trabalho. Para uma melhor compreensão e condensação dos resultados reuniu-se as dimensões da qualidade do trabalho mais importantes e menos importantes por estratos profissionais numa tabela (ver Tabela 11).

Tabela 11 – Dimensões da qualidade do trabalho mais importantes e menos importantes para os profissionais de saúde do HCVP

Profissão	Médico	Enfermeiro	TDT	AAM	
Dimensões da qualidade do trabalho	Mais importante	Oportunidades de formação	Equilíbrio entre vida pessoal e profissional	Equilíbrio entre vida pessoal e profissional	Relação entre colegas de trabalho
	Menos importante	Condições físicas de trabalho	Intensidade de trabalho	Intensidade de trabalho	Segurança no emprego

Por fim, é importante assinalar as limitações deste estudo. Primeiro, ao optar-se por centrar o estudo num método de amostragem não probabilístico, do tipo amostragem acidental, os resultados e as conclusões retiradas apenas são aplicáveis ao universo dos profissionais de saúde do HCVP, não podendo ser difundidas com rigor e confiança para a totalidade de profissionais de saúde a nível nacional. Deste modo, obteve-se uma visão determinada pelas características deste grupo amostral pelo que seria pertinente em futuros estudos a replicação da metodologia desenhada alargando o âmbito amostral, no sentido de confirmar se os resultados obtidos no HCVP convergem com os restantes profissionais de saúde do território nacional. Segundo, seria relevante que se realizasse um estudo de metodologia intensiva sobre a qualidade do trabalho no HCVP no sentido de compreender em amplitude e profundidade este fenómeno, ou seja, explorar e conhecer as razões/motivos que estão na base das opções dos profissionais. Terceiro, na construção da parte I do questionário, onde se solicitam informações de carácter social e demográfico do inquirido, por lapso não foi colocado a variável “sexo”. Esta característica pessoal poderia descortinar alguns aspectos, nomeadamente se o sexo tem alguma influência sobre a qualidade do trabalho.

Estas serão seguramente questões a que futuros trabalhos poderão dar continuidade e resposta. Contudo, apesar das limitações apontadas, acredita-se que as conclusões enunciadas são esclarecedoras e consistentes com os pressupostos teóricos e espera-se que este trabalho sirva como instrumento de trabalho para estudos futuros não só em termos substantivos como também em termos metodológicos.

CONCLUSÕES

O trabalho ocupa uma posição central no quotidiano da maioria dos indivíduos. As condições de trabalho tais como o tempo de trabalho, o conteúdo do trabalho, o ritmo de trabalho, os níveis salariais e de saúde e segurança têm uma enorme influência sobre o bem-estar dos trabalhadores e o seu grau de satisfação com o trabalho.

Ao reconhecer as condições de trabalho como fundamentais para alcançar uma melhor qualidade de trabalho no sector da saúde, este trabalho debruçou-se sobre a literatura e procurou fornecer uma visão realista das dimensões que têm maior peso na mensuração da qualidade do trabalho em saúde.

Primeiramente, podemos entender a qualidade do trabalho como um conceito multidimensional, que pode ser analisado segundo uma perspectiva económica, social, psicológica e/ou política. Desta forma, para se avaliar a qualidade do trabalho é necessário atender a dimensões objectivas e subjectivas, nomeadamente: compensação económica, benefícios marginais, prestígio e o estatuto ocupacional, autonomia no trabalho, horário de trabalho, satisfação com o trabalho, condições de trabalho e relações sociais entre o trabalhador e os seus colegas ou superiores hierárquicos. Consoante a perspectiva do estudo económico da qualidade do trabalho (o todo ou uma parte), os indicadores disponíveis podem ser divididos em dois grupos, indicadores macroeconómicos ou indicadores microeconómicos.

De um modo geral, a qualidade do trabalho fala sobre os factores que podem afectar o bem-estar dos trabalhadores e que estão relacionados com a relação contratual empregado-empregador. É uma questão abordada desde o século XVIII, tanto a nível europeu como internacional, tendo sofrido a influência dos diferentes contextos sociais e políticos. Na CE, a melhoria da qualidade do trabalho tornou-se num objectivo explícito na Cimeira de Lisboa, enfatizando os aspectos quantitativos do trabalho como por exemplo a taxa de desemprego. A nível qualitativo, a OECD com a sua política de mercado de trabalho e com o lema “mais e melhores empregos” e a OIT com o seu conceito de trabalho decente, trabalham as questões qualitativas da vida no trabalho designadamente as condições de trabalho, entre outras.

Nos últimos anos, o desenvolvimento tecnológico, as transformações do perfil dos utentes e o surgimento de doenças associadas ao trabalho, em associação com o rescaldo da crise económico-financeira de 2008, levaram as organizações de saúde a preocuparem-se com a

qualidade de trabalho. As organizações entendem que o caminho da sustentabilidade económica, da diferenciação e da excelência passa pelo empenho no desenvolvimento de uma cultura, de práticas de qualidade robustas e de mecanismos indutores de melhoria contínua na qualidade do trabalho.

Para mensurar correctamente a qualidade do trabalho no sector da saúde deve ponderar-se as suas especificidades e características. O processo operativo de prestação de cuidados de saúde caracteriza-se pela heterogeneidade das contribuições e competências dos diversos sectores profissionais e pela diversidade e multiplicidade de produtos e serviços, articulados numa rede complexa de relações organizacionais e de comunicação intersubjectiva, nem todos directamente relacionados com a prática da medicina mas funcionalmente determinados a partir da vertente clínica. Para além disso, é importante considerar os diferentes papéis desenvolvidos numa organização de saúde. Por exemplo, enquanto profissional de saúde pode contribuir-se significativamente para a organização através do aumento da qualidade dos cuidados e da produtividade e através da redução dos custos com os clientes por via do erro. Enquanto supervisor ou coordenador, a orientação e o apoio são necessários e a qualidade no trabalho deve ser entendida como um auxiliar na definição de padrões realistas para os objectivos organizacionais.

Em jeito de síntese, este trabalho apurou que a qualidade do trabalho em saúde passará pelo desenvolvimento de estratégias correlacionadas entre si como: (1) fomentar as remunerações justas, (2) dar atenção às relações pessoais (cooperação entre todos os níveis da estrutura hierárquica, trabalho em equipa, partilha da visão, dos objectivos e da cultura organizacional, bom ambiente de trabalho e a participação activa dos trabalhadores), (3) impulsionar uma competitividade saudável, (4) criar condições de trabalho exemplares, com adequados níveis de segurança e saúde, (5) adaptar a organização do trabalho às necessidades dos profissionais e da organização, alicerçando-se em elevadas competências, em padrões laborais equitativos e no equilíbrio entre vida pessoal e profissional dos trabalhadores, (6) coadjuvar na adaptação às mudanças organizacionais, (7) valorizar as pessoas, apostando no desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores, (8) estimular a prestação de cuidados de qualidade desde o primeiro contacto com o cliente/utente, já que é a fase em que os erros podem ser reparados com o menor custo/maior benefício e (9) focar a eficácia através da avaliação da satisfação do cliente/utente.

Qualidade do trabalho em saúde: Que especificidades?

Estas estratégias podem resultar no crescimento da produtividade da organização e na melhoria da satisfação dos profissionais de saúde porque se capitaliza todo o conhecimento criado numa importante fonte de informação e diferenciação.

Este trabalho é somente um pequeno progresso dentro do tema proposto. Há inúmeras frentes de avanço no assunto. Comporta-se ainda algumas considerações a respeito deste trabalho e de outros que possam surgir na mesma linha de acção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, A. e Bond, S. (2000), Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics, *Journal of Advanced Nursing* 32, 536-543.

Adhikari, R., Gertler, P. e Lagman, A. (1999), *Economic analysis of health sector projects – A review of issues, methods and approaches*. Manila, Philippines: Asian Development Bank.

Aierb, M. (2004), La calidad del empleo y relaciones laborales, *Consejo de Relaciones Laborales*, Andaluzia, Espanha: Lan Harremanen Kontseilua, 1-22.

Almeida, J. e Pinto, J. (1990), *A investigação nas Ciências Sociais*. Barcarena: Editorial Presença.

Almeida, J. e Pinto, J. (2001), Da teoria à investigação empírica. Problemas metodológicos gerais, em Silva, A. e Pinto, J. (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento, 55-78.

Baraças, F. (2006), *Avaliação e qualificação de funções, benefícios sociais e condições de trabalho*. Trabalho académico do Curso de Engenharia Civil do Instituto Politécnico de Coimbra.

Barros, P. (2005), *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*. Coimbra: Livraria Almedina.

Barros, P. (2007), O preço da saúde, *Jornal Português de Gastreenterologia* 14, 194-198.

Barros, R. e Mendonça, R. (1999), Una evaluación de la calidad del empleo en el Barsil, em Infante, R. (Ed.), *La calidad del empleo: la experiencia de los países latinoamericanos y de los Estados Unidos*, Santiago, Chile: OIT/ETM, 115-152.

Benavides, F., Ruiz, C. e Garcia, A. (2000), *Salud laboral, conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson.

Borges, L., Argolo, J., Pereira, A., Machado, E. e Silva, W. (2002), A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários, *Psicologia: Reflexão e Crítica* 15, 189-200.

Braverman, H. (1987), *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Brief, A. e Weiss, H. (2002), Organizational behavior: affect in the workplace, *Annual Review of Psychology* 53, 279-307.

Bulhões, I. (1998), *Riscos do trabalho de enfermagem*. Rio de Janeiro: Folha Carioca.

Bustillo, R. e Macías, E. (2005), Job satisfaction as an indicator of the quality of work, *The Journal of Socio-Economics* 34, 656–673.

Bustillo, R., Macías, E., Antón, J. e Esteve, F. (2009), *Indicators of job quality in the European Union*. Brussels: European Parliament.

Carmo, H. e Ferreira, M. (1998), *Metodologia de investigação: Guia de auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carty, L. (1999), El debate sobre la calidad del empleo: el caso de los Estados Unidos de América 1970-1990, em Infante, R. (Ed.), *La calidad del empleo: la experiencia de los países latinoamericanos y de los Estados Unidos*, Santiago, Chile: OIT/ETM, 85-114.

Castel, R. (1998), *As metamorfoses da questão social. Uma crónica do salário*. Petrópolis: Editora Vozes.

Castells, M. (1999), *A Sociedade em Rede - A era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo, Brasil: Paz e Terra.

Célestin, J. (2002), *A qualidade do emprego*. Lisboa: Cadavalgráfica.

Chiavenato, I. (2000), *Recursos humanos*. São Paulo: Editora Atlas.

Chossudovsky, M. e Marshall, A. (2010), *The global economic crisis: The great depression of the XXI century*. Montreal: Global Research Publishers.

Clark, A. (2005), Your money or Your life: Changing Job Quality in OECD Countries, *British Journal of Industrial Relations* 43, 377-400.

Comissão Europeia (2000), *Agenda da Política Social*. Bruxelas: COM 379 final.

Comissão Europeia (2001), *Emprego e políticas sociais: um quadro para investir na qualidade*. Bruxelas: COM 313 final.

Comissão Europeia (2009), *Condições de trabalho na União Europeia: Horários de trabalho e intensidade do trabalho*,

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/271/pt/1/EF09271PT.pdf>.

Cooper, A. (1973), *Group Training of Individual and Organization Development*. Basle: S. Karger.

Costa, A. (1999), *Sociedade de Bairro*. Oeiras: Celta.

Costa, G. (2003), Shift work and occupational medicine: an overview, *Occupational Medicine* 53(2), 83-88.

Cruz, A. (2003), *Trabalho por turnos: factores preditivos de intolerância*. Coimbra: Edição Quarteto.

Cunha, P. (2000), *Conflito e negociação*. Porto: Editora Asa.

Dahl, S., Nesheim, T. e Olsen, K. (2009), Quality of work – concept and measurement, *RECWOWE Working Paper 2009/05*, Edinburgh: RECWOWE Publication, Dissemination and Dialogue Centre.

Davoine, L. (2006), Are Quantity and Quality of Jobs Correlated? Using, Interpreting and Discussing the Laeken Indicators, *CEE Working Paper 59*, Bruxelles: CEE.

Dejours, C. (1992), *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré.

Diaz-Serrano, L. e Vieira, J. (2005), Low Pay, Higher Pay and Job Satisfaction within the European Union: Empirical Evidence from Fourteen Countries, *IZA Discussion Paper 1558*, Germany: IZA.

Drucker, P. (1997), *Factor humano e desempenho: o melhor de Peter F. Drucker sobre administração*. Sao Paulo: Pioneira.

Ehrenberg, R. e Smith, R. (2000), *A moderna economia do trabalho – teoria e política pública*. São Paulo: Makron Books.

Elsayed-Ekhouly, S. e Buda, R. (1996), Organizational conflict: A comparison analysis off conflict styles across cultures, *International Journal of Conflict Management* 7(1), 71-81.

Espinoza, M. (2003), *Trabajo decente y protección social*. Santiago, Chile: OIT.

European Foundation (2008), *More and better jobs: patterns of employment expansion in Europe*. Dublin, Irlanda: European Foundation for the improvement of living and working conditions.

Farmer, M. e Roth, J. (1998), Conflict-handing behavior in work groups: effects of group structure, decision processes and time, *Small Group Research* 29(6), 669-713.

Farné, S. (2003), *Estudio sobre la calidad del empleo em Colombia*. Lima, Peru: OIT/Oficina Subregional para los Paises Andinos.

Fernandes, A. (2008), *Seleção Adversa em Cuidados de Saúde: Regulação e Partilha de Risco em Cuidados de Saúde*,
<http://hospitaldofuturo.ning.com/group/estatsticaemsadeeselecoadversa>.

Ferreira, J., Neves, J. e Caetano, A. (2001). *Manual da Psicossociologia das Organizações*. Amadora: McGraw-Hill.

Fisher, F., Moreno, C. e Rotenberg, L. (2004), Trabalho em turnos e noturno, *Sociedade 24 horas*, São Paulo: Edições Atheneu.

Fortin, M. (1999), *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fragata, J. e Martins, L. (2008), *O Erro em Medicina*. Coimbra: Livraria Almedina.

Fraser, T. (1983), *Human stress, work and job satisfaction: a critical approach*. Germany: International Labour Office.

Gallie, D. (1996), The quality of employment: Perspectives and problems, em Offer, A. (Ed.), *In the pursuit of quality life*, New York, NY: Oxford University Press.

Gallie, D (2003), The quality of working life: Is Scandinavia different?, *European Sociological Review* 19(1), 61.

- Gallie, D. (2007), Welfare regimes, employment systems and job preference orientations, *European Sociological Review* 23(3), 279-293.
- Gardell, B. (1971), Alienation and mental health in the Modern Industrial Environment, em Levi, L. (Ed.), *Society stress and disease* 1, Oxford: Oxford University Press.
- Ghai, D. (2003), Decent work: Concept and indicators, *International Labour Review* 142 (2), 113-146.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (2001), *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta.
- Gittleman, M. e Howell, D. (1995), Changes in the structure and quality of jobs in the United States: effects by race and gender 1973-1990, *Industrial and Labor Relations Review* 48(3).
- Goetschy, J. (2002), A Transition Year for Employment in Europe: EU Governance and National Diversity under Scrutiny, *Industrial Relations Journal* 33(5), 405–423.
- Graça, L. (1999), A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde, em *Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade*, Lisboa: Direcção de Saúde, Subdirecção para a Qualidade, 1-19.
- Green, F. (2006), *Demanding work. The paradox of job quality in the affluent economy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Guerreiro, M. e Rodrigues, E. (2008), Qualidade do trabalho e qualidade de vida: padrões e articulações, *VI Congresso Português de Sociologia* 763, Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 1-14.
- Hackman, J. e Oldham, G. (1976), Motivation through the design work: Test of a theory, *Organizational Behaviour and Human Performance* 16, 250-79.
- Handel, M. (2005), Trends in perceived job quality 1989 to 1998, *Work and occupations* 32, 66-94.
- Hartikainen, A., Anttila, T., Oinas, T. e Nätti, J. (2010), Is Finland different? Quality of work among finnish and European employees, *Research on Finnish Society* 3, 29-41.
- Hartley, J., Jacobson, D., Klandermans, B. e Van Vuuren, T. (1991), *Job insecurity: Coping with jobs at risk*. Londres: Sage Publications.

Hill, M. e Hill, A. (2000), *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

IBM Global Services (2006), *Healthcare 2015: Win-win or lose-lose? A portrait and a path to successful transformation*,

http://www.saudebusinessweb.com.br/imagens_upload/24_12092008161014.pdf

Infante, R. (1999), *La calidad del empleo: la experiencia de los países latinoamericanos y de los Estados Unidos*. Santiago, Chile: OIT, 1-264.

International Labour Office (1999), *Decent work: Report of the Director-General*. Genebra: ILO/87th International Labour Conference.

Jencks, C., Bartlett, S., Corcoran, M., Crouse, J., Eaglesfield, D. e Jacksonet, G. (1979), *Who gets ahead. The determinants of economic success in America*. New York: Basic Books.

Jencks, C., Perman, L. e Rainwater, L. (1988), What is a good job? A new measure of labor-market success, *American Journal of Sociology* 78, 939-948.

Kalleberg, A. e Vaisey, S. (2005), Pathways to a good job: perceived work quality among the machinists in North America, *British Journal of Industrial Relations* 43, 431-454.

Kovács, I. (2002), *As metamorfoses do emprego: Ilusões e Problemas da Sociedade de Informação*. Oeiras: Celta.

Kovács, I. (2004), Emprego flexível em Portugal, *Sociologias* 6(12), 32-67.

Kozan, M. (1997), Culture and conflict management: a theoretical framework, *International Journal of Conflict Management* 8(4), 338-360.

Laing, R. (1971), *The politics of the family and other essays*. New York: Pantheon.

Leather, P., Brady, C., Lawrence, C., Beale, D. e Cox, T. (1999), *Work - related violence: Assessment and intervention*. London: Routledge.

Leontaridi, R. e Sloane, P. (2001), Measuring the Quality of Jobs: Promotion Prospects, Low Pay and Job Satisfaction, *LOWER Working Paper 7*, University of Amsterdam.

Leschke, J., Watt, A. e Finn, M. (2008), Putting a number on job quality? Constructing a European Job Quality Index, *ETUI-REHS Working Paper 2008/03*, ETUI-REHS Research Department.

Levinson, D. (1978), *The Seasons of a Man's Life*. New York: Ballantine Books.

Locke, E. (1984), Job satisfaction, em Gruneberg, M. e Wall, T. (Eds.), *Social psychology and organizational behaviour*, New York: John Wiley and Sons, 93-117.

Lourenço, O. (2007), *Algumas especificidades da Economia na Saúde*, <http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?p=42>.

Lowe G. (2000), *The Quality of Work: A People Centred Agenda*. Toronto: Oxford University Press.

Lowe, G. e Schellenberg, G. (2001), *What's a Good Job? The Importance of Employment Relationships*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.

Lowe, G. (2003), *The case for investing in high quality work*, European Commission's Mid-Term Review of the Social Policy Agenda: Achievements and Perspectives, 19 e 20 Março.

Lu, H., While, A. e Barriball, K. (2005), Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 42, 211-227.

Macías, E. (2004), *Nuevos tiempos de trabajo y calidad del empleo*. Salamanca: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.

Malik, A. (1998), *Gestão de Recursos Humanos, Saúde e Cidadania* 9, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Marcos, J. e Goni, E. (2003), *Hacia los estándares europeos en la Calidad del Empleo: El caso de la C.A. de Euskadi*. Bilbao, Espanha: Eustat.

Maroco, J. (2007), *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martins, J., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Hipólito, F., Carrolo, M. e Ferrinho, P. (2003), Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal, *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 19, 4-118.

- Maslach, C. e Jackson, S. (1998), *The maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. e Leiter, M. (2008), Early predictors of job burnout and engagement, *Journal of Applied Psychology* 93, 498-512.
- McLean, A. (1979), *Work Stress*. Palo Alto, Califórnia: Addison - Wesley.
- McMurray, R. (1973), The executive neurosis, em Nolan, R. (Ed.), *The Failure of Success*, New York: Amacon.
- Melo, I. (2000), *Estudo de um instrumento de medida de perturbações do sono como indicador de risco de intolerância ao trabalho por turnos*. Braga: Universidade do Minho.
- Mendes, R. (2003), *Patologia do Trabalho*. São Paulo: Atheneu.
- Metzner, R. e Fischer, F. (2001), Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas, *Revista Saúde Pública* 35(6), 548-553.
- Mora, R. (1999), Calidad de los puestos de trabajo generados en Colombia durante el período 1984-1994, em Infante, R. (Ed.), *La calidad del empleo: la experiencia de los países latinoamericanos y de los Estados Unidos*, Santiago, Chile: OIT/ETM, 153-180.
- Moreira, M., Silva, P. e Cunha, P. (2003), Estilos de gestão de conflitos nas organizações: uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos, *Recursos Humanos Magazine* 29(4), 42-44.
- Muchinsky, P. (2004), *Psicologia Organizacional*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Muñoz, B. e Macías, E. (2005), Job satisfaction as an indicator of the quality of work, *Journal of Socio-Economics* 34(5), 656-673.
- Muñoz, B. e Pedraza, P. (2010), Determinants of Job Insecurity in 5 European Countries, *European Journal of Industrial Relations* 16(1), 5-20.
- Mußmann, F. (2009), The German “Good-Work” Index (DGB-Index Gute Arbeit), *ETUI Conference*, 18 e 19 Março, Brusselas.

Nabli, M. (2010), *The great recession and developing countries: Economic impact and growth prospects*. Washington: World Bank.

Oliveira, A. (2005), Implicações do trabalho por turnos na qualidade de vida e bem-estar dos trabalhadores, *Segurança* 168, 33-37.

Oliveira, B. e Murofuse, N. (2001), Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 9(1), 109-115.

Oliveira, S. (1997), A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador, *Cadernos de Saúde Pública* 13(4), 625-634.

Organization for Economic Cooperation and Development (2008), *Employment Outlook*. Paris, França: OCDE.

Organization for Economic Cooperation and Development (2010), *Economic policy reform: Going for growth 2010*. Paris, França: OCDE.

Parent-Thirion, A., Macías, E., Hurley, J., e Vermeulen, G. (2007), *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

Peiró, J. (1993), *Desencadeantes del estrés laboral*. Salamanca: Endema.

Peña-Casas, R. (2009), More and better jobs: Conceptual framework and monitoring indicators of Quality of work and employment in the EU Policy Arena, *Recwowe Working Paper* 06, Edinburgh: Recwowe.

Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G. Asberg, M. e Nygren, A. (2008), Work characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: A study of swedish health care workers, *International Journal of Stress Management* 15, 153-172.

Petrie, K. e Conaglen, J. (1989), *Stress effects*. Londres: British medical journal.

Reinecke, G. (1999), Qualidade de emprego e emprego atípico no Brasil, em Posthuma, A. (Ed.), *Abertura e ajuste do mercado de trabalho no Brasil: políticas para conciliar os desafios de emprego e competitividade*, Brasília, São Paulo: OIT/ETM, 119-147.

- Relva, A. (1997), *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Rijk, P., Schaufeli, W. e Jonge, J. (1998), Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: Effects on burnout, *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 71, 1-18.
- Rose, M. (2003), Good deal, bad deal? Job satisfaction in occupations, *Work Employment and Society* 17, 503-530.
- Royuela, V., López-Tamayo, J. e Suriñach, J. (2008), The Institutional vs. The Academic Definition of the Quality of Work Life. What is the Focus of the European Commission?, *Social Indicators Research* 86(3), 401-415.
- Royuela, V. e Suriñach, J. (2009), Quality in work and aggregate productivity, *Research Institute of Applied Economics Working Paper*, Department of Econometrics, University of Barcelona.
- Salomón, S. (1998), Promoción de la salud: un ámbito de oportunidades para el médico de trabajo, *Salud ocupacional* 16(70), 14-17.
- Santos, A. (1988), *Ninguém morre de trabalhar: O mito do stress*. São Paulo: Cantgraf Editora, Lda.
- Sehnbruch, K. (2004), From the quantity to the quality of employment: An application of the capability approach to the Chilean Labour Market, *Center for Latin American Studies Working Paper* 9, University of California.
- Sewell, W. e Hauser, R. (1975), *Education, occupation and earnings*. New York, NY: Academic Press.
- Shortell, S. e Kaluzni, A. (2000), *Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behaviour*. United States: Delmar, Thomson Learning.
- Silva, C. (2000), Fundamentos teóricos e aplicações da cronobiologia, *Psicologia; teoria, investigação e prática* 5(2), 253-266.

Silva, I. (1999), *Trabalho por turnos: efeitos nos estados de humor, ritmicidade biológica e social*. Braga: Universidade do Minho.

Sirgy, J., Efraty, D., Siegel, P. e Lee, D. (2001), A new measure of quality of work life based on need satisfaction and spillover theory, *Social Indicators Research* 55, 241-302.

Smith, L., Hammond, T., MacDonald, I. e Folkard, S. (1998), 12-h shifts are popular but are they a solution?, *International journal of industrial ergonomics* 21, 323-331.

Smith, M., Burchell, B., Fagan, C. e O'Brien, C. (2008), Job quality in Europe, *Industrial Relations Journal* 39(6), 586–603.

Spector, P. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, cause, and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Spector, P. (2004), *Psicologia nas organizações*. São Paulo: Saraiva.

Sponner-Lane, R. (2004), *The influence of work stress and work support on burnout in public hospital nurses*. Tese de Doutorado, Queensland: University of Technology.

Stamps, P. (1997), *Nurses and work satisfaction: An index for measurement*. Chicago: Health administration press.

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R., Aalto, L. e Klockars, M. (1997), Aging, work, life-style and work ability among finnish municipal workers in 1981-1992, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 23(1), 58-65.

Uriarte, O. (2001), Trabajo decente y formación profesional, *Boletín Cinterfor* 151, 1-18.

Valenzuela, M. e Reinecke, G. (2000), *Más y Mejores empleos para las mujeres?: La experiencia de los países del Mercosur y Chile*. Santiago, Chile: OIT.

Vinopal, J. (2009), The instrument for empirical surveying of subjectively perceived quality of working life, *Working conditions and health and safety surveys in Europe: stocktaking, challenges and perspectives*, 18 de Março, Bruxelas.

Wagner, J. e Hollembeck, J. (2000), *Comportamento Organizacional: criando vantagem competitiva*. São Paulo: Saraiva.

Walton, R. (1973), Quality of working life: What is it?, *Sloan Management Review* 15(1), 11-21.

Wright, E. (1997), *Class counts*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T. e Griffiths, A. (1997), *Guidance on the prevention of violence at work*, Luxemburgo: European Commission.

ANEXOS

ANEXO 1

**Qualidade do trabalho: Que especificidades?
(Questionário extenso)**

QUESTIONÁRIO

Qualidade do trabalho em Saúde: Que especificidades?

Parte I – Identificação do inquirido

Idade: ____ Anos

Estado Civil:

Solteiro(a) ____

Casado(a) / União de facto ____

Divorciado(a) / Separado(a) ____

Viúvo (a) ____

Tem filhos?

Não ____

Sim ____ Quantos? ____

Com quem vive?

Moro sozinho ____

Parceiro(a) / cônjuge ____

Filhos ____

Pais ____

Outros ____ Especifique _____

Habilitações Literárias:

Ensino Básico ____

Ensino Secundário ____

Licenciatura ____

Mestrado / Doutoramento ____

Profissão:

Médico(a) ____

Enfermeiro(a) ____

Técnico(a) de diagnóstico e terapêutica ____

Assistente operacional/Auxiliar de acção médica/Técnico auxiliar de saúde ____

Tem mais do que um emprego?

Sim ____ Não ____

Em relação ao seu principal emprego, trabalha em que sector?

Sector privado ____

Sector público ____

Sector sem fins lucrativos ____

Outro ____ Especifique _____

Em relação ao seu principal emprego, há quantos anos trabalha na actual empresa? ____
anos.

Trabalha na zona onde vive?

Sim ____ Não ____

Quanto tempo leva para se deslocar de sua casa para o trabalho? ____ minutos.

Parte II – Qualidade do trabalho

(Responda ao questionário de acordo com o seu principal emprego, caso tenha mais do que um emprego)

Relativamente ao seu salário:

1. Recebe o seu salário por mês?

Sim ____ Não ____

2. Em que escalão se insere o seu último salário bruto?

Inferior a 500€ ____

Entre 500€ e 1000€ ____

Entre 1000€ e 1500€ ____

Entre 1500€ e 2000€ ____

Entre 2000€ e 2500€ ____

Entre 2500€ e 3000€ ____

Mais de 3000€ ____

3. O seu último salário estava baseado em quantas horas semanais? ____ horas.

4. O seu último salário dependeu do seu desempenho individual?

Sim ____ Não ____

Relativamente aos benefícios sociais:

1. Nos últimos 12 meses, recebeu algum dos seguintes planos ou benefícios (assinale aqueles que recebeu)

Bónus por risco de trabalho ____

Prémio por tempo de serviço ____

Prémio por bom desempenho ____

Participação de lucros ____

Ajudas de custo ____

Carro da empresa ____

Apoio para creche _____

Seguro de saúde _____

Apoio à habitação _____

Outro _____ Especifique _____

Relativamente ao seu horário de trabalho e flexibilidade de horário:

1. Trabalha a tempo inteiro?

Sim _____ Não _____

2. Sobre a sua jornada de trabalho:

a) Trabalha por turnos.

Sim _____ Não _____ Não se aplica _____

b) Trabalha aos domingos/feriados.

Sim _____ Não _____ Não se aplica _____

c) Trabalha aos sábados.

Sim _____ Não _____ Não se aplica _____

d) Trabalha à noite.

Sim _____ Não _____ Não se aplica _____

3. Normalmente trabalha o número de horas previsto no seu contracto/acordo de trabalho?

Sim _____

Não, trabalho menos horas _____

Não, trabalho mais horas _____

Não se aplica _____

4. Como estão organizadas as suas horas de trabalho?

a) As minhas horas de trabalho são informadas, no máximo, com uma semana de antecedência.

Sim _____ Não _____ Não se aplica _____

b) O meu chefe pede-me com frequência para mudar as minhas horas de trabalho.

Sim _____ Não _____ Não se aplica _____

c) As horas de trabalho entram em conflito com os meus compromissos familiares.

d) Sim _____ Não _____ Não se aplica _____

Relativamente à segurança do emprego:

1. Que tipo de contracto de trabalho tem?

Tempo indeterminado/incerto. ____

Tempo certo. ____

2. Estou satisfeito com o tipo de contacto?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

Relativamente à sua formação e competências:

1. Quanto tempo é necessário para alguém com a sua formação estar plenamente preparado para realizar seu trabalho?

Não há necessidade de um período de integração ____

Menos de 1 semana ____ De 1 a 4 semanas ____ De 1 a 3 meses ____

De 6 meses a 1 ano ____ Mais de 1 ano ____ Não sei ____

2. Nos últimos 12 meses, teve oportunidade melhorar as suas competências através de horas de formação, pagas ou disponibilizadas gratuitamente pelo hospital?

Sim ____ Não ____

3. Nos últimos 12 meses, fez algum curso pago por si, a fim de melhorar a sua qualificação?

Sim ____ Não ____

4. O trabalho que executa está relacionado com a sua formação?

Sim. ____

Não, a minha formação está além das actividades que desenvolvo. ____

Não, a minha formação não é suficiente para actividades que desenvolvo. ____

Não sei. ____

Relativamente à sua progressão na carreira:

1. Na sua empresa há boas oportunidades de progressão na carreira?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

Relativamente à sua participação no trabalho:

1. É actualmente...

- a) Filiado de um sindicato? Sim___ Não ___ Não sei ___
b) Dirigente sindical? Sim___ Não ___ Não sei ___

2. Há um representante do sindicato?

Sim___ Não ___ Não sei ___ Não se aplica ___

3. A empresa cria algum obstáculo à filiação dos trabalhadores ao sindicato?

Sim___ Não ___ Não sei ___ Não se aplica ___

4. Há alguma associação de funcionários?

Sim___ Não ___ Não sei ___ Não se aplica ___

Relativamente à sua autonomia no seu trabalho:

1. No meu trabalho,

a) Tenho capacidade de escolher ou alterar a ordem das tarefas.

Sim___ Não ___ Não se aplica ___

b) Tenho capacidade de escolher ou alterar os métodos de trabalho.

Sim___ Não ___ Não se aplica ___

c) Tenho capacidade de escolher ou alterar o ritmo do trabalho.

Sim___ Não ___ Não se aplica ___

d) Tenho possibilidade de fazer uma pausa quando desejo.

Sim___ Não ___ Não se aplica ___

Relativamente às condições físicas e psicológicas de trabalho, variáveis de saúde e risco de acidentes:

1. Acha que sua saúde está em risco por causa do seu trabalho?

Sim ___ Não ___

2. Como é que o seu trabalho afecta a sua saúde (pode seleccionar mais do que uma resposta)?

Problemas de audição. _____

Problemas de visão. _____

Problemas de pele. _____

Dores de costas. _____

Dores de cabeça. _____

Dores de estômago. _____

Dores musculares nos ombros, pescoço e/ou braços e pernas. _____

Dificuldades respiratórias. _____

Doença cardíaca. _____

Stress. _____

Fadiga geral. _____

Problemas de sono. _____

Alergias. _____

Ansiedade. _____

Irritabilidade. _____

Outros. _____ Especifique. _____

Não sei. _____

3. No seu trabalho, com que frequência está exposto a:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente	Não se aplica
Ruído tão alto que tem de levantar a voz para falar com as pessoas						
Temperatura elevada						
Temperatura baixa						
Fumos, gases, vapores ou pó						
Produtos/substâncias químicas e/ou tóxicas, como medicamentos ou produtos de limpeza						
Radiações, como raios X, radioactividades e/ou lasers						
Substâncias infecciosas, como fluidos orgânicos						

4. Com que frequência o seu trabalho envolve:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente	Não se aplica
Levantar ou transportar pessoas						
Transportar ou movimentar cargas pesadas						
Estar em pé ou andar continuamente						
Fazer movimentos repetidos da mão ou do braço						
Trabalhar em posições dolorosas ou incorrectas						

5. Nos últimos 12 meses, foi submetido no trabalho a:

a) Ameaças de violência física/psicológica.

Sim ____ Não ____

b) Violência física.

Sim ____ Não ____

c) Violência psicológica.

Sim ____ Não ____

d) Assédio (ex.: moral e/ou sexual).

Sim ____ Não ____

e) Discriminação (ex.: sexual, idade, nacionalidade, origem étnica, religião e/ou deficiência).

Sim ____ Não ____

6. Nos últimos 12 meses teve ausente do trabalho por:

Licença de maternidade ou paternidade. _____

Formação. _____

Apoio à família. _____

Problemas de saúde. _____

Acidente de trabalho. _____

Outro. ____ Especifique. _____

Relativamente à intensidade do seu trabalho:

1. Com que frequência...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente	Não se aplica
Não consegue ter intervalo para almoço.						
Não tem tempo para fazer todo o seu trabalho.						
Precisa de fazer horas extra.						
Precisa de trabalhar muito rapidamente.						
Tem de trabalhar com prazos muito apertados.						
Tem uma grande quantidade de tarefas para realizar.						

Relativamente ao significado que atribui ao seu trabalho e ao seu grau de satisfação no trabalho:

1. Numa escala de 1 a 5, em que 1 representa muito insatisfeito e 5 representa muito satisfeito, qual o seu grau de satisfação com:

	1	2	3	4	5
A sua vida actual					
O trabalho					
Salário					
Equilíbrio entre vida profissional e pessoal					
Segurança do seu emprego					
Ambiente de trabalho					
Horário de trabalho					
Relacionamento com os colegas de trabalho					
Relacionamento com as chefias					

Relativamente às relações que estabelece no seu trabalho:

1. No seu espaço de trabalho...

a) Conflitos ocorrem com frequência?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

b) As relações entre os chefes e os colaboradores são boas?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

c) É tratado com respeito?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

d) Confia no seu chefe?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

e) É possível discutir mudanças no trabalho com a chefia?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

2. Nas relações que estabelece no trabalho...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente	Não se aplica
Com que frequência sente que dedica aos seus utentes muito tempo e atenção, mas recebe pouco reconhecimento e apreciação deles?						
Com que frequência sente que investe mais na relação com os colegas do que recebe em troca?						
Com que frequência sente que dá muito de si comparado com o que recebe da instituição em que trabalha?						

Parte III – Opinião final

1. Numa escala de 1 a 5, em que 1 representa não relevante e 5 representa muito importante, que importância atribui aos seguintes elementos num emprego?

	1	2	3	4	5
Duração do trajecto casa-trabalho					
Flexibilidade de horário					
Oportunidade de formação					
Salário					
Benefícios sociais					
Contracto por tempo indeterminado					
Boa relação com os colegas de trabalho					
Boa relação com as chefias/superiores hierárquicos					
Perspectivas de carreira					
Equilíbrio entre vida pessoal e profissional					
Horário de trabalho					
Trabalho interessante					
Autonomia no trabalho					
Intensidade do trabalho					
Condições físicas de trabalho (ex.: ruído, temperatura...)					
Utilidade social do trabalho desenvolvido					

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO 2

**Qualidade do trabalho: Que especificidades?
(Questionário aplicado)**

Projecto de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

QUESTIONÁRIO

Qualidade do trabalho em Saúde: Que especificidades?

Eu, Ana Raquel Valente Batista, aluna do Mestrado em Gestão nos Serviços de Saúde, do ISCTE, a frequentar o 2º ano, estou a realizar um trabalho de investigação cujo tema é “Qualidade do trabalho em Saúde: Que especificidades?”.

Para a sua realização necessito da sua colaboração, através do preenchimento deste questionário, que permitirá obter dados relevantes para a conclusão do estudo.

Solicito a sua colaboração e, se possível, responda a todas as questões; se tiver dúvidas reflecta e escolha a alternativa que melhor lhe parecer. O preenchimento do questionário tem uma duração aproximada de 10 minutos.

Este questionário é anónimo, os dados nele contidos são confidenciais e não serão usados para outro fim que não seja o estudo em causa.

Agradeço antecipadamente, garantindo o anonimato das informações prestadas.

Grata pela colaboração

(Ana Batista)

Parte I – Identificação do inquirido

Idade: ____ anos

Estado Civil:

Solteiro(a) ____

Casado(a) / União de facto ____

Divorciado(a) / Separado(a) ____

Viúvo(a) ____

Habilitações Literárias:

Ensino Básico ____

Ensino Secundário ____

Licenciatura ____

Mestrado / Doutoramento ____

Profissão:

Médico(a) ____

Enfermeiro(a) ____

Técnico(a) de diagnóstico e terapêutica ____

Assistente operacional/Auxiliar de acção médica/Técnico auxiliar de saúde ____

Tem mais do que um emprego?

Sim ____ Não ____

Se tem mais do que um emprego, o seu principal emprego é :

HCVP ____

Outra Instituição de Saúde ____ Especifique _____

Em relação ao seu principal emprego, há quantos anos trabalha na actual empresa? ____ anos

Parte II – Qualidade do trabalho

(Responda ao questionário de acordo com o seu principal emprego, caso tenha mais do que um emprego)

Relativamente ao seu salário:

1. Em que escalão se insere o seu último salário bruto?

Inferior a 500€ ____

Entre 500€ e 1000€ ____

Entre 1000€ e 1500€ ____

Entre 1500€ e 2000€ ____

Entre 2000€ e 2500€ ____

Entre 2500€ e 3000€ ____

Mais de 3000€ ____

Relativamente ao seu horário de trabalho e flexibilidade de horário:

1. Trabalha a tempo inteiro?

Sim ____ Não ____

2. Sobre a sua jornada de trabalho:

a) Trabalha por turnos.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

b) Trabalha aos domingos/feriados.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

c) Trabalha aos sábados.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

d) Trabalha à noite.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

3. Como estão organizadas as suas horas de trabalho?

a) As minhas horas de trabalho são informadas, no máximo, com uma semana de antecedência.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

b) O meu chefe pede-me com frequência para mudar as minhas horas de trabalho.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

c) As horas de trabalho entram em conflito com os meus compromissos familiares.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

Relativamente à segurança do emprego:

1. Receia perder o seu emprego nos próximos seis meses?

Sim ____ Não ____

2. Está satisfeito com o tipo de contrato?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

Relativamente à sua formação e competências:

1. Quanto tempo é necessário para alguém com a sua formação estar plenamente preparado para realizar o seu trabalho?

Não há necessidade de um período de integração ____

Menos de 1 semana ____ De 1 a 4 semanas ____ De 1 a 3 meses ____

De 6 meses a 1 ano ____ Mais de 1 ano ____ Não sei ____

2. Nos últimos 12 meses, teve oportunidade para melhorar as suas competências através de horas de formação, pagas ou disponibilizadas gratuitamente pela entidade patronal?

Sim ____ Não ____

3. Nos últimos 12 meses, fez algum curso pago por si, a fim de melhorar a sua qualificação?

Sim ____ Não ____

4. O trabalho que executa está relacionado com a sua formação?

Sim ____

Não, a minha formação está além das actividades que desenvolvo ____

Não, a minha formação não é suficiente para actividades que desenvolvo ____

Não sei ____

Relativamente à sua progressão na carreira:

1. Na sua instituição há boas oportunidades de progressão na carreira?

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

Relativamente à sua autonomia no seu trabalho:

1. Tem capacidade de escolher ou alterar a ordem das tarefas.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

2. Tem capacidade de escolher ou alterar os métodos de trabalho.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

3. Tem capacidade de escolher ou alterar o ritmo do trabalho.

Sim ____ Não ____ Não se aplica ____

Relativamente às condições físicas e psicológicas de trabalho, variáveis de saúde e risco de acidentes:

1. Acha que sua saúde é afectada pelo seu trabalho?

Sim ____ Não ____

2. No seu trabalho, com que frequência está exposto a:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente	Não se aplica
Ruído tão alto que tem de levantar a voz para falar com as pessoas						
Temperatura elevada						
Temperatura baixa						
Fumos, gases, vapores ou pó						
Produtos/substâncias químicas e/ou tóxicas, como medicamentos ou produtos de limpeza						
Radiações, como raios X, radioactividades e/ou lasers						
Substâncias infecciosas, como fluidos orgânicos						

3. Com que frequência o seu trabalho envolve:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente	Não se aplica
Levantar ou transportar pessoas						
Transportar ou movimentar cargas pesadas						
Estar em pé ou andar continuamente						
Fazer movimentos repetidos da mão ou do braço						
Trabalhar em posições dolorosas ou incorrectas						

4. Nos últimos 12 meses, foi submetido no trabalho a:

a) Ameaças de violência física/psicológica.

Sim ____ Não ____

b) Violência física.

Sim ____ Não ____

c) Violência psicológica.

Sim ____ Não ____

d) Assédio (ex.: moral e/ou sexual).

Sim ____ Não ____

e) Discriminação (ex.: sexual, idade, nacionalidade, origem étnica, religião e/ou deficiência).

Sim ____ Não ____

Relativamente à intensidade do seu trabalho:

1. Com que frequência...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente	Não se aplica
Não consegue ter intervalo para almoço						
Precisa de trabalhar muito rapidamente						
Tem de trabalhar com prazos apertados						

Relativamente ao significado que atribui ao seu trabalho e ao seu grau de satisfação no trabalho:

1. Numa escala de 1 a 5, em que 1 representa muito insatisfeito e 5 representa muito satisfeito, qual o seu grau de satisfação com:

	1	2	3	4	5
A sua vida actual					
O trabalho					
Salário					
Equilíbrio entre vida profissional e pessoal					
Segurança do seu emprego					
Ambiente de trabalho					
Horário de trabalho					
Relacionamento com os colegas de trabalho					
Relacionamento com as chefias					

Relativamente às relações que estabelece no seu trabalho:

1. Nas relações que estabelece no trabalho...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente	Não se aplica
Com que frequência sente que dedica aos seus utentes muito tempo e atenção, mas recebe pouco reconhecimento e apreciação deles?						
Com que frequência sente que investe mais na relação com os colegas do que recebe em troca?						
Com que frequência sente que dá muito de si comparado com o que recebe da instituição em que trabalha?						

Parte III – Opinião final

1. Numa escala de 1 a 5, em que 1 representa não relevante e 5 representa muito importante, que importância atribui aos seguintes elementos num emprego?

	1	2	3	4	5
Flexibilidade de horário					
Oportunidade de formação					
Salário					
Benefícios sociais					
Contracto por tempo indeterminado					
Boa relação com os colegas de trabalho					
Boa relação com as chefias/superiores hierárquicos					
Perspectivas de carreira					
Equilíbrio entre vida pessoal e profissional					
Trabalho interessante					
Autonomia no trabalho					
Intensidade do trabalho					
Condições físicas de trabalho (ex.: ruído, temperatura...)					
Utilidade social do trabalho desenvolvido					

Muito obrigado pela sua colaboração.

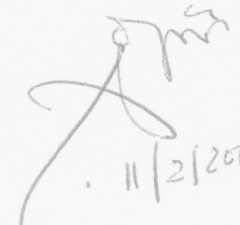
ANEXO 3

Autorização do Conselho de Administração

Ana Batista
Enf.^a n.º 1693
Piso 3 – Maternidade

o Pedido de Autorização
A de nos pedir a publicação
no âmbito do questionário. Muito
agradecido, atenciosamente, lal

Exma. Senhora
Enfermeira Directora HCVP
Enf.^a Helena Lagartinho

Adela

11/2/2011

Lisboa, 03 de Fevereiro de 2011


Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados para realização de investigação, no âmbito do Mestrado em Gestão nos Serviços de Saúde, do ISCTE.

Ana Raquel Valente Batista, aluna do Mestrado em Gestão nos Serviços de Saúde, do ISCTE, a frequentar o 2º ano e Enfermeira no Piso 3 – Maternidade, do referido hospital, venho requer a V. Ex.^a o pedido de autorização para proceder à recolha de dados necessários à realização da investigação referente à dissertação de mestrado intitulada “Job Quality em Saúde: Que especificidades?”.

Este questionário pretende ser aplicado aos profissionais da área da saúde, nomeadamente Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Psicólogos e Auxiliares de Acção Médica, que de livre vontade queiram responder ao mesmo e, no período de tempo compreendido entre 7 e 28 de Fevereiro de 2011.

Agradeço desde já a atenção dispensada ao meu pedido.

Com os melhores cumprimentos,


(Ana Batista)

Anexo: Questionário.