

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Qualidade de vida no trabalho nos serviços de maior *turnover* do  
*Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Ana Gonçalves Fernandes**

4462

Orientador:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Nunes Jorge Oliveira

**Évora/Lisboa**

**Fevereiro, 2010**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Qualidade de vida no trabalho nos serviços de maior *turnover* do  
*Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.***

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Ana Gonçalves Fernandes**

4462

Orientador:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Nunes Jorge Oliveira



171 829

Évora/Lisboa

Fevereiro, 2010

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Fátima Jorge a orientação desta investigação.

À minha família e amigos um especial agradecimento pelas palavras de incentivo, e por todo apoio e paciência com que me brindaram ao longo deste mestrado, pois sem estes o caminho teria sido mais difícil de percorrer. Por isso um muito obrigado aos meus Pais, Júlio e Dina, à minha Irmã Joana e ao Bruno Godinho.

Por fim, gostaria ainda de agradecer à Professora Elisabete Carolino todo o apoio prestado na análise estatística dos dados recolhidos, orientação que foi essencial para o desenvolvimento desta tese.

Um obrigado à Enfermeira Directora Helena Almeida pela flexibilidade, prontidão e palavra de incentivo tão importante para o ultrapassar das dificuldades.

## RESUMO

O desempenho de uma actividade laboral prende-se, de um modo geral, com a necessidade de realização pessoal e profissional e a necessidade de subsistência. A qualidade de vida no trabalho envolve factores fundamentais, desde as condições físicas do local de trabalho à progressão na carreira que, por sua vez vão influenciar a produtividade, a motivação e os custos associados à falta de qualidade dos cuidados. Cabe a cada Organização ser responsável pela manutenção e melhoria qualidade de vida dos seus colaboradores e, deste modo, com o desenvolvimento de pessoal especializado e motivado, a Organização consegue diminuir os custos e aumentar a produtividade.

Esta investigação pretende identificar quais os factores que influenciam a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros que desenvolvem os seus cuidados nos Serviços com maior *turnover* do *Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.* (HNSR, E.P.E.), que são: o Serviço de Cirurgia, Medicina e a Urgência Geral.

Foi elaborado um questionário dirigido aos enfermeiros prestadores de cuidados com o intuito de recolher dados relativos aos factores que influenciam a qualidade de vida e as suas consequências (*turnover*, acidentes de trabalho e *stress* ocupacional).

Os enfermeiros destacaram como principais factores influenciadores da qualidade de vida no trabalho a sobrecarga de trabalho e a motivação para a realização do trabalho e como consequências da falta de qualidade de vida no trabalho a desmotivação e o desgaste físico e psicológico.

**Palavras – chave:** Qualidade de vida no trabalho; *Stress* ocupacional; Rotatividade.

# **THE QUALITY OF LIFE OF NURSES WORKING ON *HNSR*, *E.P.E.* DEPARTMENTS WITH HIGHER TURNOVER**

## **ABSTRACT**

The requirement of an employment is closely related to personal and professional fulfilments, and also to subsistence matters. The quality of life of the employee depends upon factors like physical labour conditions to range from career development. These factors will affect the performance and motivation of the employee. Each institution should be responsible for the maintenance and improvement of the quality of life of their employees. This will allow for the development of specialised staff which in turn may lead to a reduction on costs and to higher productivity.

The aim of this research project is to identify the factors that have a great influence on the quality of life of nurses working on *HNSR*, *E.P.E.* departments with higher turnover. The departments with higher turnover are: surgery, medicine and emergency.

In order to collect information about the different factors influencing quality of life and their ultimate consequences, such as turnover, labour accidents and occupational stress, a questionnaire was set up. Afterwards, this questionnaire was sent to nursing care staff of *HNSR*, *E.P.E.*

The nurses mention as major indicators influencing their quality of life at their job: the overload of work and motivation to care. The main stated consequences of the lack of quality life at work were: demotivation and burnout.

**Keywords:** Quality working life at work, Occupational Stress, Turnover.

# ÍNDICE GERAL

	Pág.
Agradecimentos.....	iii
Resumo .....	iv
Abstract.....	v
Índice de Tabelas .....	ix
Índice de Apêndices .....	x
Índice de Anexos .....	x
Abreviaturas e Siglas.....	xi
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
1.1. Gestão de recursos humanos.....	3
1.2. Qualidade de vida no trabalho.....	5
1.2.1. Fundamentos teóricos .....	5
1.2.2. Factores organizacionais que influenciam a qualidade de vida no trabalho .....	9
1.2.2.1. Condições físicas do trabalho .....	9
1.2.2.2. Características do trabalho.....	10
1.2.2.3. Papel na organização .....	12
1.2.2.4. Cultura e clima organizacional .....	13
1.2.2.5. Relacionamento interpessoal .....	15
1.2.2.6 Carreira profissional.....	16

1.2.3. Consequências da diminuição da qualidade de vida no trabalho...	19
1.2.3.1. Custos directos .....	21
1.2.3.2. Custos indirectos .....	25
1.3. <i>Stress</i> ocupacional e <i>burnout</i> nos enfermeiros .....	27
1.3.1. Teorias sobre <i>stress</i> e <i>burnout</i> .....	27
1.3.2. Programas de prevenção do <i>stress</i> para aumento da qualidade de vida no trabalho .....	30
<b>CAPITULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>34</b>
2.1. Tipo de estudo .....	34
2.2. Objectivos do estudo .....	35
2.3. Definição conceptual das variáveis .....	36
2.4. Caracterização da instituição e objecto de estudo .....	38
2.5. Instrumento de recolha de dados e sua implementação e tratamento da informação recolhida.....	40
2.6. Procedimentos éticos .....	42
2.7. Procedimentos de tratamento da informação recolhida.....	44
<b>CAPITULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....</b>	<b>47</b>
3.1. Análise descritiva .....	47
3.1.1. Análise do primeiro objectivo .....	47
3.1.2. Caracterização da amostra .....	48
3.1.3. Valores organizacionais .....	53
3.1.4. Condições físicas de trabalho .....	54
3.1.5. Influencia na qualidade de vida no trabalho.....	54

3.1.6. Satisfação dos enfermeiros .....	56
3.1.7. Sugestões para a melhoria da qualidade de vida no trabalho .....	57
3.1.8. Rotatividade .....	58
3.1.9 Assiduidade .....	64
3.1.10. Acidentes de trabalho .....	65
3.1.11. Serviço de saúde, higiene e segurança no trabalho .....	68
3.1.12. Diminuição da qualidade de vida no trabalho .....	68
3.2. Análise Inferencial.....	69
3.3. Análise de conteúdo .....	74
<b>CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>76</b>
<b>CAPITULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS, PLANO DE INTERVENÇÃO, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES .....</b>	<b>81</b>
5.1. Considerações finais .....	81
5.2. Plano de intervenção .....	84
5.3. Limitações e sugestões para investigações futuras .....	86
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>99</b>



## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Benefícios na implementação de um sistema de gestão e desenvolvimento de carreiras .....	17
Tabela 2 - Pedidos de transferência.....	40
Tabela 3 - Número de enfermeiros por serviço.....	48
Tabela 4 - Idade dos enfermeiros.....	48
Tabela 5 - Idade dos enfermeiros distribuída por serviços .....	49
Tabela 6 - Género dos enfermeiros por serviço.....	50
Tabela 7 - Estado civil dos enfermeiros por serviço.....	50
Tabela 8 - Enfermeiros com filhos por serviço .....	51
Tabela 9 - Tipo de contracto dos enfermeiros por serviço.....	51
Tabela 10 - Tempo de profissão.....	52
Tabela 11 - Horas de trabalho semanal .....	52
Tabela 12 - Importância dos valores organizacionais .....	53
Tabela 13 - Condições físicas .....	54
Tabela 14 - Factores que influenciam a QVT.....	55
Tabela 15 - Satisfação dos enfermeiros em relação ao trabalho.....	56
Tabela 16 - Sugestões de melhoria de QVT .....	57
Tabela 17 - Repetir a escolha do HNSR .....	58
Tabela 18 - Repetir a escolha do HNSR por faixas etárias .....	58
Tabela 19 - Sair do HNSR mantendo condições contratuais.....	59
Tabela 20 - Sair do HNSR mantendo condições contratuais por faixas etárias .....	59
Tabela 21 - Sair do HNSR melhorando as condições contratuais.....	60
Tabela 22 - Sair do HNSR melhorando as condições contratuais por faixas etárias .	60
Tabela 23 - Mudança de serviço .....	60
Tabela 24 - Mudança de serviço por serviço .....	61
Tabela 25 - Mudança de serviço por faixa etária .....	61
Tabela 26 - Motivo de saída com maior importância .....	62
Tabela 27 - Segundo motivo de saída .....	62
Tabela 28 - Terceiro motivo de saída.....	63
Tabela 29 - Motivo de saída – Quadro geral.....	64
Tabela 30 - Assiduidade.....	65
Tabela 31 - Motivo do atraso ou falta .....	65
Tabela 32 - Acidentes de trabalho em 2008 .....	66
Tabela 33 - Sinalização de acidentes de trabalho .....	66
Tabela 34 - Acidentes de trabalho por serviço.....	66

Tabela 35 - Motivo do acidente de trabalho .....	67
Tabela 36 - Causa de acidentes de trabalho .....	67
Tabela 37 - Importância do SSHST .....	68
Tabela 38 - Consequências da diminuição da QVT .....	69
Tabela 39 - Tabela resumo das regressões significativas .....	71

## ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXO

	Pág.
Apêndice 1 - Carta de apresentação ao HNSR .....	94
Apêndice 2 - Questionário .....	95
Apêndice 3 - Análise de conteúdo das questões abertas .....	96
Apêndice 4 - Principais resultados da análise inferencial .....	97
Apêndice 5 - Resumo da informação sobre pedidos de transferência .....	98
Anexo 1 - Dados fornecidos pelo HNSR .....	100

## ABREVIATURAS E SIGLAS

AO – Assistente Operacional

CEE – Comunidade Económica Europeia

EPE – Entidade Pública Empresarial

GRH – Gestão de Recursos Humanos

HNSR – Hospital Nossa Senhora do Rosário

Imp. – importância

Influ. – influência

n.d. – nenhuma data

OE – Ordem dos Enfermeiros

para. – parágrafo

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

Satis. – satisfação

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SSHST – Serviço de Saúde Higiene e Segurança no Trabalho

VD – Variável Dependente

## INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea o termo qualidade faz parte da vida diária do cidadão. Os meios de comunicação social proferem temas como: “qualidade alimentar”, “qualidade, higiene e segurança”, “qualidade de vida”, “qualidade de cuidados”... Recentemente foram criadas entidades reguladoras da qualidade que, através de auditorias, regidas por normas rígidas, detectam inconformidades e/ou conformidades para que a qualidade nos estabelecimentos de prestação de serviços seja uma realidade.

A qualidade como factor de escolha está inter-relacionada com outros factores como: a higiene, o atendimento, a segurança, entre outros. Com o aumento da oferta de serviços os consumidores têm maior opção de escolha, tornando a qualidade um factor preponderante para a fidelização dos clientes. Assim, a existência ou não, de qualidade de vida no trabalho (QVT) influencia a percepção dos utentes em relação à sua própria qualidade de vida enquanto utilizadores de uma instituição de saúde. Os sentimentos de confiança e de segurança sentidos pelos utentes é influenciado pelo comportamento dos profissionais de saúde, pelo que a satisfação e motivação desses é importante na fidelização e na aceitação do tratamento.

Estudos científicos confirmam que a falta de QVT resulta em aumento dos custos económicos para as instituições comparando com os custos associados a uma correcta valorização do potencial humano. Neste sentido, este trabalho pretende estudar a realidade dos Serviços com maior *turnover* de um hospital público, e intitula-se “Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do *Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.*”.

Este estudo tem como objectivo geral a identificação dos factores que influenciam a QVT dos enfermeiros do Hospital Nossa Senhora do Rosário, Entidade Publica Empresarial (*HNSR, E.P.E.*). Foram formulados quatro objectivos especificos que pretendem dar resposta ao objectivo geral: i) identificar quais os serviços com maior número de *turnover*, pedidos de transferência, acidentes de trabalho e absentismo do *HNSR, E.P.E.*; ii) listar os factores que os enfermeiros dos Serviços de *Cirurgia, Medicina e Urgência Geral* do *HNSR, E.P.E.* consideram ter mais influencia na sua QVT; iii) identificar as principais causas de *turnover/acidentes de trabalho/absentismo* e por fim, iv) propor um plano de intervenção que vise a QVT dos enfermeiros.

Para o desenvolvimento deste estudo descritivo, adoptou-se a estratégia dum estudo de caso, embora recorrendo a uma orientação mais quantitativa, sem negligenciar os

aspectos qualitativos do objecto de estudo. Para a recolha de dados, foi elaborado um questionário com perguntas abertas e fechadas de modo a dar visibilidade às situações vivenciadas pelos enfermeiros. Nesta investigação a variável independente refere-se aos “factores que influenciam a QVT” e as “consequências da falta de QVT” caracterizam a variável dependente. A amostra é não probabilística por quotas e faz parte da população alvo constituída por enfermeiros prestadores de cuidados a trabalhar o *HNSR, E.P.E.*

Foram utilizados três procedimentos de análise de dados (análise de conteúdo da informação qualitativa, análise descritiva e inferencial dos dados quantitativos), consoante a natureza da pergunta e a qualidade dos dados recolhidos. Na análise inferencial foi utilizada a regressão logística binária de modo a identificar tendências de respostas.

A estrutura deste trabalho de investigação encontra-se dividida em cinco capítulos: i) Enquadramento teórico, onde a pesquisa bibliográfica foi organizada por temas de interesse para a investigação; ii) Metodologia de investigação que engloba a base teórica da metodologia e os procedimentos adoptados; iii) Apresentação e análise dos dados pretende caracterizar e apresentar de forma simples os resultados obtidos; iv) Discussão de resultados permite estruturar as conclusões obtidas; v) Considerações finais, plano de intervenção e limitações e sugestões, é o último capítulo e permite ter a visão global das conclusões obtidas de modo a formular um plano de intervenções que vise a melhoria da QVT dos enfermeiros do *HNSR, E.P.E.*

## **CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Com a facilidade de acesso à informação os consumidores tomaram-se, cada vez mais, exigentes e utilizam os recursos disponíveis para demonstrar o seu descontentamento. Outrora o conceito da qualidade tinha limites vagamente definidos, actualmente esses limites tendem a estar delineados através da comparação de Serviços.

Para que a qualidade dos serviços seja uma realidade, os colaboradores devem estar capacitados com competência técnico-científica para o desenvolvimento da sua função. Por outro lado, QVT exerce grande influência no desenvolvimento dos colaboradores, devendo por isso ser garantida pelo empregador. Deste modo, a qualidade gera qualidade e a satisfação e bem-estar dos colaboradores torna a tarefa mais facilitada.

Actualmente, algumas organizações encaram os recursos humanos como o elemento fundamental no desenvolvimento e na qualidade da empresa. Como tal, essas adoptam uma postura motivadora perante as Pessoas para que desenvolvam as suas competências e, deste modo, a organização atinja os seus objectivos.

### **1.1. Gestão de recursos humanos**

Desde a revolução industrial, a gestão e a forma como os recursos humanos são encarados têm sido alvo de inúmeras modificações. Os trabalhadores deixaram de ser vistos como simples recursos para passarem a ser encarados como Pessoas detentoras de crenças, valores, e objectivos individuais. Actualmente, algumas organizações tendem a investir nos recursos humanos através, por exemplo, da qualidade das instalações onde operam.

Segundo Graça (2003, p.34), as instituições tem vindo a demonstrar um empenho crescente no investimento em actividades relacionadas com a segurança e promoção da saúde dos trabalhadores, como por exemplo na melhoria das condições físicas de trabalho. Para Sousa, Duarte, Sanches & Gomes (2006, p.8) a gestão dos recursos humanos permite à organização: melhorar as suas aptidões, de modo a atrair e reter os colaboradores com as competências necessárias para a empresa; desenvolver planos de aprendizagem contínua, de modo a expandir competências necessárias para atingir

os objectivos e permite melhorar os sistemas de remuneração relacionada com o desempenho. Assim, é da responsabilidade da Gestão de Recursos Humanos (GRH): a descrição explícita das funções dos colaboradores; a segurança em relação ao posto de trabalho e garantir aos colaboradores formação contínua. Segundo Caeiro (citado por Câmara, Guerra & Rodrigues, 2005, p.163) a GRH, desempenha um papel fundamental no aumento da produtividade através de uma forma indirecta, contribuindo assim para a QVT.

Num mercado em constante evolução e competitividade crescente, a QVT torna-se um factor importante para manter os objectivos da organização atingíveis. Com colaboradores munidos de competências necessárias para a organização, a produtividade vai ser influenciada por factores intrínsecos e extrínsecos que têm que ser tidos em conta para que o colaborador mantenha a sua performance, motivação e satisfação. Ao contrário dos outros recursos, as Pessoas têm características como o dinamismo, originalidade, criatividade que actuam como valor acrescentado para a organização, pelo que foram surgindo modelos, abordagens relacionadas com a gestão de Pessoas.

De uma forma simples Brewster (1994) e Legge (1995) fizeram uma análise crítica do modelo de GRH utilizando expressões informáticas: *hard* e *soft*. Segundo estes autores citados por Caetano & Vala (2002, p.10) na abordagem *hard* a palavra Recursos está associada a um custo, logo as Pessoas, como recurso organizacional associado a um custo, devem ser geridas da mesma forma que os restantes recursos. Por outro lado, na abordagem *soft*, ou abordagem de gestão de pessoal, a palavra “humanos” é considerada um investimento. Nesta perspectiva as pessoas são vistas como um recurso raro dotado de características que estão na essência da vantagem competitiva. Para a sua utilização estratégica, aspectos como a planificação, selecção, formação e sistema de recompensas têm de ter um grau de importância a considerar.

A abordagem *soft* evoluiu, e foi com Taylor que surge a primeira escola, através das ideias da Organização Científica do Trabalho, que considerava que esta abordagem conduzia a instituição a maiores níveis de produtividade. Neste contexto, assume-se a necessidade de analisar o ambiente de trabalho com vista à racionalização dos meios e fins.

A Escola das Relações Humanas teve início com Elton Mayo (1933) que analisou os efeitos da fadiga e da falta de pausas nas actividades dos grupos. Mayo constatou que a satisfação no trabalho se faz sentir através do reconhecimento do colaborador, sendo

para isso necessário que a empresa desempenhe uma função económica (produzir bens e serviços) e social (relacionada com a satisfação dos colaboradores) satisfatória.

Por fim, a Escola do Desenvolvimento surgiu em 1959 com Herzberg que procurou enfatizar a importância da satisfação dos colaboradores com o próprio trabalho e com as suas possibilidades de desenvolvimento e progressão (Lameira, 2002, p.10).

As referidas escolas deram início a uma linha de pensamento, relacionada com a gestão de Pessoas, que actualmente tem sido utilizada em algumas empresas.

## **1.2. Qualidade de vida no trabalho**

A análise de uma proposta de emprego é influenciada por vários factores relacionados com a QVT de onde se pode destacar a remuneração, o tipo de tarefa, o ambiente entre colegas, as condições físicas de trabalho, etc.

O tema da QVT está relacionado tanto com a qualidade como com a saúde, e se a evolução da sociedade caminha para a melhoria dos cuidados de saúde é fundamental que os cuidadores sejam, também, cuidados para melhor cuidar.

Os enfermeiros são, sem dúvida, uma das classes profissionais mais predominantes em instituições de saúde. O papel desempenhado por estes profissionais é crucial na prestação de cuidados de saúde, pelo que o presente trabalho focará os aspectos da QVT deste grupo profissional.

### **1.2.1. Fundamentos teóricos**

A QVT tem sido tema de reflexões visto que um dos principais objectivos da organização é oferecer serviços de qualidade e para tal tem de se destacar de entre as outras. O que a vai distinguir, segundo Siegel & Santos (2006, p.75), é a forma como as Pessoas envolvidas estão motivadas para o seu papel na organização, e para os projectos da Organização.



De modo a evidenciar a problemática em questão, em 1974 surgiu a Fundação Europeia para a melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND). Este órgão tem como função: i) avaliar e analisar as condições de vida e de trabalho; ii) emitir pareceres autorizados e conselhos aos responsáveis e principais agentes da política social; iii) e informar sobre as evoluções e as tendências, contribuindo assim para a melhoria da QVT. No que diz respeito às condições de trabalho esta fundação ocupa-se principalmente com questões como: i) a organização do trabalho, ii) os horários de trabalho, iii) a flexibilidade e o iv) acompanhamento das mutações das condições de trabalho (Comunidade Económica Europeia [CEE], 1975, p.81).

Na mesma linha de pensamento a directiva 89/392/CEE do Conselho, de 12 de Junho de 1989 (CEE, 1989, p.1-8) pretende promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no local de trabalho, pelo que divulgou as obrigações dos empregadores e dos empregados.

No que se refere às obrigações dos empregadores a directiva prevê que esses devam:

- Garantir a segurança e saúde dos trabalhadores em todos os aspectos ligados ao trabalho;
- Avaliar os riscos profissionais, incluindo a escolha dos equipamentos e a melhoria dos serviços de protecção e prevenção;
- Elaborar uma lista de acidentes de trabalho;
- Organizar a prestação de primeiro socorro, a luta contra incêndios, evacuação dos trabalhadores e adoptar as medidas necessárias em caso de perigo grave;
- Informar e consultar os trabalhadores em relação a questões de segurança e saúde no trabalho;
- Assegurar que cada trabalhador receba formação suficiente e adequada no sentido da segurança e saúde no trabalho.

Segundo a mesma directiva, as obrigações dos trabalhadores relacionam-se com a:

- Utilização correcta de máquinas e equipamentos de protecção individual;
- Demarcação de situações de trabalho com perigo imediato ou mau funcionamento dos sistemas de protecção;
- Confirmação das condições relativas às exigências de protecção sanitárias impostas.

Estes exemplos demonstram a importância que o tema foi adquirindo ao longo do tempo e em organizações europeias.

Mais tarde em 2002 a QVT foi definida por Sucesso citado por Siegel & Santos (2006, p.75) como a receita

“capaz de satisfazer as expectativas pessoais e sociais, o orgulho pelo trabalho, a vida emocional satisfatória, a auto-estima, a imagem da organização/instituição junto da opinião pública, o equilíbrio entre trabalho e o lazer, horários e condições de trabalho, as oportunidades de perspectivas de carreira, a possibilidade de uso do potencial, o respeito, os direitos e a justiça nas recompensas” (p.75).

No seguimento desta perspectiva Baomann (2007,p.4) refere que os ambientes favoráveis à prática caracterizam-se por: “enquadramentos políticos inovadores centrados no recrutamento e retenção; estratégias para a formação e promoção contínua; compensação adequada dos empregados; programas de reconhecimento; equipamento e materiais suficientes e ambiente de trabalho seguro”. Os autores supra citados reflectem sobre a qualidade no ambiente laboral como factor fundamental para a prestação de serviços de qualidade. Será que a qualidade gera qualidade? E a não qualidade o que gera?

Em 1973, Walton (referenciado por Siegel & Santos, 2006, p.76) dividiu, em 8 categorias, a análise da QVT. A primeira está relacionada com a remuneração mais adequada e justa ao trabalho realizado; a segunda com as condições de trabalho (carga horária, ambiente físico, entre outros); a terceira categoria menciona o uso e o desenvolvimento de capacidade humanas (desempenho); a quarta categoria, refere-se à possibilidade de progressão profissional (carreira profissional); a quinta categoria, relaciona-se com a integração social na organização (respeito à individualidade); a sexta reporta-se ao cumprimento dos direitos dos trabalhadores; a sétima categoria, refere-se ao equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal; e por fim, a oitava categoria, relaciona-se com a relevância social da vida no trabalho (qualidade de prestação dos serviços e atendimento aos seus empregados). Estas categorias sistematizam a avaliação da QVT, tornando a sua análise mais simples e completa.

Em 1975 Hackman e Oldham (citados por Sícoli, n.d., p.5) afirmaram que os trabalhadores que estão motivados, satisfeitos e desempenham as suas tarefas com qualidade, têm maior produtividade e são assíduos quando tiverem percebido o grau: i) de importância do seu trabalho; ii) de responsabilidade em relação aos resultados do seu trabalho e iii) de entendimento quanto à efectividade do seu trabalho. Para a avaliação destes factores os autores identificaram dois grupos, sendo o primeiro os: “resultados pessoais” onde existe a identificação das reacções e sentimentos que o trabalhador expressa (satisfação geral, motivação interna, produção de trabalho de alta qualidade, absentismo e baixa rotatividade). O segundo grupo intitulado: “satisfação contextual” relaciona-se com a satisfação, com a possibilidade de crescimento, segurança no trabalho, compensação, ambiente social e supervisão.

Estes autores realçam a importância da QVT para que a qualidade dos serviços seja uma realidade. Afinal o grande objectivo da QVT é a procura

“do equilíbrio psicológico, físico e social dos empregados, dentro do contexto organizacional, considerando as pessoas como seres integrados nessas três dimensões, através de acções que reflectem em um aumento na produtividade e na melhoria da imagem da empresa, tanto interna como externamente, levando a um crescimento pessoal e organizacional” (Arellano, 2004 citado por Siegel & Santos, 2006, p.77).

No que diz respeito aos enfermeiros, em 2001, a Ordem dos Enfermeiros (OE) elaborou um documento: “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, segundo o qual, as Comissões de Especialidade e Conselhos de Enfermagem Regionais têm por objectivo zelar “pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem” de modo a “promover o exercício profissional de enfermagem a nível dos elevados padrões de qualidade” (OE, 2001, p.3). No entanto, destaca-se o facto de que cabe às instituições “adequar os recursos e criar as estruturas” que promovam o exercício profissional de qualidade, demonstrando assim que a QVT potencia a qualidade de cuidados de saúde.

Para May *et al.* (1999 citado por Lameira, 2002, p.8) o objectivo dos programas de QVT é “melhorar as condições de trabalho, a maior parte das vezes segundo as perspectivas

dos trabalhadores e aumentar a eficácia das organizações”. Quando a cultura da empresa engloba os empregados, tende a transmitir segurança, satisfação, possibilita a diminuição do *turnover*/rotatividade e de custos associados ao absentismo e consequentemente, aumenta a retenção de elementos fundamentais para a empresa.

A avaliação da QVT é complexa e frágil, visto existirem inúmeros factores a avaliar. No entanto, é um requisito cada vez mais elaborado, explorado e estudado de modo a ter colaboradores mais satisfeitos e capazes de desenvolver competências e de fazer mover recursos visando a sua própria melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento da organização.

### **1.2.2. Factores organizacionais que influenciam a qualidade de vida no trabalho**

Os factores que influenciam a QVT estão relacionados com os factores causadores de *stress* ocupacional.

Várias investigações já foram desenvolvidas no âmbito da identificação dos factores indutores de *stress* como: condições físicas do trabalho, características do trabalho, relacionamento interpessoal, carreira profissional, etc. Existem factores internos (personalidade, mecanismos de *coping*, entre outros.) e externos ao indivíduo que podem influenciar a existência de *stress* que, por sua vez, influenciam a QVT. Contudo, a influencia destes factores encontra-se largamente dependente do próprio indivíduo. O presente trabalho incidirá apenas sobre os factores externos.

#### **1.2.2.1. Condições físicas do trabalho**

Por condições físicas do trabalho entende-se: “características físicas do ambiente de trabalho com aspectos relativos ao local de trabalho susceptíveis de criarem situações de perigo iminente ou crónico” relacionado com os pontos abaixo apresentados (Câmara *et al.*, 2005, p.47).

- Iluminação

A iluminação é um dos factores mais citado pelos investigadores. Ramos (2001, p.75) citando Quick *et al.* (1997) refere que a luz natural é a melhor forma de iluminação, uma vez que, tem influência a nível dos ritmos internos das pessoas. Como a quantidade e qualidade da iluminação influencia o normal funcionamento do organismo, torna-se fundamental proporcionar a intensidade óptima de luz artificial, visto que a sua deficiência ou excesso pode causar cefaleias e estados de “nervosismo”.

- Temperatura e ventilação

Ramos (2001, p.75) citando Mendelson *et al.* (2000) refere que a conjugação entre a temperatura adequada e a qualidade do ar circulante é de extrema importância para o bem-estar dos profissionais. Actualmente, assiste-se ao “Síndrome do edifício doente” – apelidado pela Organização Mundial de Saúde, onde a existência de ar condicionado, ambientes sem sistemas de renovação de ar, pode provocar sintomas como: rinite, cefaleias, náuseas, tonturas, entre outros.

- Barulho

O barulho pode ser stressante tanto por ser intenso (ex.: máquinas de uma pedreira) como por ser um som constante de telefones, impressoras, vozes humanas, entre outros. (Ramos, 2001, p.76).

- Espaço

Torna-se evidente que quando se pretende um espaço para trabalhar, algumas das seguintes condições são tidas em conta: i) protecção e segurança, ii) funcionalidade, iii) conforto físico e psicológico, iv) facilidade de contacto social e v) privacidade (Ramos, 2001, p.76).

### **1.2.2.2. Características do trabalho**

Neste subcapítulo pretende-se caracterizar o trabalho nas várias vertentes que se seguem:

- Características das tarefas

Como características do trabalho destacam-se a: “variedade das tarefas, a autonomia do indivíduo para as realizar, o relacionamento interpessoal requerido, o nível de conhecimentos e de competências exigido pela tarefa, a responsabilidade inerente à tarefa, os problemas de eficiência, as reuniões, o grau de proximidade ao supervisor, etc” (Ramos, 2001, p.77).

- Sobrecarga de trabalho

A sobrecarga de trabalho é o mais reconhecido pelos profissionais. Pode ser definido pela “sobrecarga quantitativa” que está relacionada com o excesso de trabalho para determinado espaço de tempo, esta situação pode induzir ao alargamento de horários ou à necessidade de levar trabalho para o lar. Desta forma, o tempo para a família fica afectado. Existe também a “sobrecarga qualitativa” relacionada com a complexidade da tarefa e existência das competências para a realizar. Numa empresa que orienta a sua estratégia para a redução de gastos fica evidente que tanto a “sobrecarga qualitativa” como a “quantitativa” vão ser fortes influências indutoras de *stress* assim como o facto de os colaboradores não conseguirem controlar o seu ritmo de trabalho (Ramos, 2001, p.78).

Relacionado com a sobrecarga de trabalho está, como já foi referido, o excesso de horas trabalhadas que funciona também como factor de *stress*. A utilização de horário flexível ou a disponibilidade permanente, por exemplo, pode aumentar a prevalência de doenças cardiovasculares, segundo estudos realizados por Cartwright e Cooper (1997) citado por Ramos (2001, p.78).

- Subcarga de trabalho

O facto de não existirem tarefas a realizar, a diminuição das responsabilidades também pode ser um factor stressante, visto que as capacidades do indivíduo não estão a ser utilizadas nem tão pouco estão a ser desenvolvidas. Esta situação prolongada pode levar ao mal-estar, insatisfação e mesmo ao abandono do emprego (Ramos, 2001, p.78).

Um facto semelhante é o denominado trabalho repetitivo, ou seja, um trabalho que não colocar grandes desafios, rotineiro e que não exige do indivíduo actualização de conhecimentos ou competências, é considerado factor stressante e gerador de falta de QVT (Ramos, 2001, p.79).

■ Trabalho por turnos

O trabalho por turno constitui uma necessidade social, uma vez que existem Serviços que necessitam de estar 24 horas em produtividade, os melhores exemplos são o hospital e a polícia. Por esse motivo é indispensável que exista trabalho por turnos. Ocasionalmente esta situação pode ser vantajosa com o intuito de quebrar a rotina dos horários fixos, permitindo haver uma certa flexibilidade. No entanto, quando o trabalho por turnos se realiza durante um período prolongado pode provocar desorganização do ritmo circadiano, caracterizado como variabilidade rítmica de um conjunto de funções biológicas e psicológicas. Este ritmo é responsável pelo controlo do ciclo sono-vigília, temperatura corporal, a memória e o humor, pelo que a sua desregulação provoca dificuldade do sono, alteração da libido, do apetite, do peso, problemas cardiovasculares e digestivos, apatia, irritabilidade, perturbação do sono, da saúde psicológica e da vida social (Gomes, 1998 citado por Ramos, 2001, p.81).

■ Novas tecnologias

Na actual sociedade, a utilização e implementação de novas tecnologias nos locais de trabalho é uma constante que pode ser considerada um factor de stress. O método de trabalho das pessoas pode necessitar de ser remodelado tão repentinamente que exige uma rápida adaptação e desenvolvimento de competências e de conhecimentos. Assim, a pressão para a contínua actualização em relação ao desenvolvimento tecnológico pode surgir como fonte de *stress* (DeFrank e Ivancevich, 1998; Carwright e Cooper, 1994 citados por Ramos, 2001, p.82)

### **1.2.2.3. Papel na organização**

As organizações são centros sociais onde as pessoas interagem mutuamente tendo em conta as suas necessidades dentro da própria organização. Para que a comunicação ocorra é necessário saber o que se pode esperar do outro. Assim, o conceito de “papel na organização” assume elevada importância para o indivíduo, permitindo compreender o funcionamento social da instituição onde trabalha.

Para Robbins, (1998) citado por Ramos (2001, p.82) o “papel define o padrão comportamental esperado pelos outros, atribuído a alguém de acordo com a sua posição na organização.” Quando o “papel” não está bem definido podem surgir ambiguidades, conflito ou sobrecarga de papéis.

- Ambiguidade do papel

A ambiguidade surge quando o papel que o indivíduo tem que desempenhar não está bem definido, ou seja, quando o próprio não tem uma correcta representação dos objectivos do trabalho, das expectativas dos seus colegas e das suas responsabilidades. Vários autores defendem a existência de uma relação entre a ambiguidade de papel e sintomas como o humor depressivo, baixa auto-estima, insatisfação profissional, redução da motivação, absentismo, ansiedade e abandono do trabalho (Cartwright e Cooper, 1994; Burke, 1988; Glowinkowski e Cooper, 1987 citados por Ramos, 2001, p.84).

- Conflito de papéis

O conflito de papéis está relacionado com o confronto entre o papel idealizado pelo indivíduo e o papel real do mesmo. O problema surge quando os dois papéis não são compatíveis. Outro exemplo está relacionado com o atingir de dois objectivos que concorrem entre eles, como por exemplo o enfermeiro chefe pede aos enfermeiros prestadores de cuidados domiciliários para disponibilizarem mais tempo com os utentes e, ao mesmo tempo dar apoio a novos utentes (Ramos, 2001, p.86).

- Responsabilidade

A responsabilidade é considerada por Ramos (2001, p.86) outro factor que pode influenciar a saúde do profissional. No caso específico dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, a responsabilidade destes por pessoas exige maior interacção, disponibilização de tempo e racionalização dos actos, pelo que pode estar directamente relacionado com o surgimento de *stress* ocupacional.

#### **1.2.2.4. Cultura e clima organizacional**

A organização representa o espaço destinado ao trabalho, nele fazem parte os instrumentos, técnicas e tecnologias específicas, assim como as Pessoas que se dedicam à execução das suas tarefas e concretização dos objectivos individuais e os objectivos gerais da organização. As pessoas integradas numa organização desempenham a sua tarefa tendo em vista o bem comum.

A “organização” foi definida como “uma unidade social conscientemente coordenada, constituída por pessoas comprometidas entre si, e que dirige a sua actividade para a



obtenção de determinados objectivos” (Ramos 2001, p.87, citando Robbinsm 1998; Friedman e Neville, 1970). Todas as organizações têm uma estrutura que permite caracteriza-la através da articulação das relações sociais e das actividades em rede. Outra característica incontornável das organizações é a sua estrutura de valores pela qual se rege e que têm como pedra basilar a sua história, a essa característica dá-se o nome de cultura organizacional. Por sua vez, o clima organizacional funciona com base nas duas características mencionadas, e têm grande influência no modo de pensar, sentir, de agir e de se relacionar dos seus colaboradores (Ramos 2001, p.87, citando Schein. 1990; Peiró *et al.*, 1992).

A estrutura organizacional pode ser caracterizada como centralizada, quando a tomada de decisão está na posse de um órgão de gestão ou de administração. Se, pelo contrário a opinião dos trabalhadores for efectivamente tomada em conta para posterior decisão, esta organização têm uma estrutura descentralizada. Segundo Ivancevich e Donnelly, (1975 citados por Ramos 2001, p.88) as estruturas organizacionais descentralizadas não provocam níveis de *stress* tão elevados como as centralizadas, visto que a possibilidade de participar na tomada de decisão provoca maior satisfação profissional. Segundo vários autores a participação na decisão promove o “investimento emocional” dando maior sentido às tarefas desempenhadas por cada um. Por sua vez, o sentimento de controlo e autonomia são incentivados levando ao bem-estar do colaborador e ao rendimento da empresa (Ramos 2001, p.88).

A cultura organizacional pode ser caracterizada por “forte” e segundo Câmara *et al.* (2005, p.175) “uma cultura forte pode ser um obstáculo ao desenvolvimento da própria organização” uma vez que, a sua característica unificadora, fortemente implementada, origina uma organização virada para o seu interior, deixando a flexibilidade de adaptação ao meio envolvente, de fora. A cultura organizacional combina em três aspectos fundamentais relacionados com: i) a partilha de crenças, princípios e valores por todos os membros da organização; ii) com o facto de ser a imagem de marca que distingue a organização de entre as outras e o iii) facto de se partilhar os mesmos valores origina normas de actuação em grupo. Assim, a cultura pretende criar uma identidade, um compromisso acrescido para com a organização, uma homogeneização dos comportamentos e um mecanismo de orientação e controle dos comportamentos dos colaboradores. Deal e Kennedy (1982) citados por Câmara *et al.* (2005, p.197) fazem a definição de cultura organizacional como um resumo de tudo o que foi referido: “a cultura é, por definição, difícil de agarrar, intangível, implícita e considerada como um dado adquirido. Mas todas as organizações estabelecem um núcleo base de pressupostos,

entendimentos e normas que governa, o comportamento quotidiano no local de trabalho”.

Outro constituinte de uma organização é o clima organizacional, que por sua vez está intimamente ligado ao estilo de liderança e ao tipo de comunicação existente na organização. Uma liderança pouco flexível (com cultura “forte”), autoritária que estabelece normas rígidas e com um fluxo de comunicação unidireccional (dos órgãos de administração para os Serviços) torna o clima organizacional stressante. Se pelo contrário, houver troca de informação e de opiniões, podem surgir soluções vantajosas tanto para a administração como para os colaboradores, levando à motivação e por sua vez, à produtividade. Quando, por exemplo, o sistema de avaliação e de recompensa funciona de forma clara e uniforme o clima organizacional vai beneficiar com a influência do empenho profissional, da qualidade dos serviços, da produtividade, e da diminuição da rotatividade.

#### **1.2.2.5. Relacionamento interpessoal**

O Homem enquanto ser social tem de se relacionar com os outros e no ambiente laboral as relações estabelecem-se da mesma forma. Do relacionamento interpessoal surge o desenvolvimento de competências e conhecimento, no entanto, as características pessoais (egocentrismo, perfeccionismo, exigência, individualismo, negativismo) podem dificultar o relacionamento interpessoal e nesse sentido podem surgir divergências, insatisfação e desadequação. Torna-se evidente que a comunicação, mais do que a troca de informação, representa um papel fundamental na relação interpessoal efectiva.

- Relacionamento com colegas

Segundo Ramos (2001, p.97) refere que a qualidade da relação entre colegas é um factor fundamental para a definição de um bom clima de trabalho promotor de desenvolvimento individual, rentabilidade, bem-estar e segurança no trabalho. O contrário vai desenvolver uma comunicação fraca, fechada e desinteressante, deste modo um ambiente favorável ao mal-estar, à diminuição da produtividade e ao *stress*.

- Relacionamento com superiores

A relação com os superiores está intimamente ligada ao estilo de liderança. Se esse for extremamente autoritário e distante, os subordinados não vão estabelecer uma relação

de confiança e de boa comunicação. Um estilo de liderança que favoreça a confiança e a comunicação demonstra disponibilidade para a resolução dos problemas sentidos pelos trabalhadores. O cargo de chefia já por si acarreta uma elevada responsabilidade que pode desenvolver níveis de *stress* elevados. Por sua vez, esses manifestam-se no modo como a chefia se relaciona com os subordinados tornando-se, por exemplo, mais exigente (Ramos, 2001, p.97-98).

■ Relacionamento com subordinados

A relação com os subordinados está relacionado com o referido anteriormente, mas também, com o facto de ser necessário motivar, corrigir, premiar ou castigar, preservando a relação e o bom ambiente de trabalho. O facto de estar disponível para ouvir atentamente, compreender, mostrar interesse e dar respostas assertivas aos subordinados é por si só uma tarefa (Ramos, 2001, p.98).

#### **1.2.2.6. Carreira profissional**

Actualmente as organizações devem ter em linha de conta o planeamento da carreira profissional dos seus colaboradores. Este planeamento permite desenvolver confiança na organização e contribuir para um emprego duradouro para os colaboradores de alto potencial, que facilmente circulam no mercado.

A carreira profissional é definida por Robbins (1998 citado por Ramos 2001, p.99) como a “sequência de experiências de trabalho de uma pessoa ao longo da sua vida”. A carreira está ligada ao empenho individual de cada pessoa, desta forma deve ser planeada, orientada e desenvolvida. Segundo Ramos (2001, p.99) o indivíduo não é o único interessado no desenvolvimento da carreira. A organização necessita de investir na carreira dos seus colaboradores e tem todo o interesse que os próprios o façam também, para promover o seu valor em relação aos seus concorrentes.

Tendo em conta a importância do colaborador na organização, torna-se fácil identificar os benefícios de um sistema de desenvolvimento de carreiras. Leibowitz *et al.* (1986) citado por Sousa *et al.* (2006, p.161) “advogam que estes sistemas são uma oportunidade para aumentar as sinergias interdepartamentais e as responsabilidades das chefias e colaboradores em relação à sua carreira”.

**Tabela 1:** Benefícios na implementação de um sistema de gestão e desenvolvimento de carreiras desenvolvimento de carreiras

Na perspectiva das chefias	Na perspectiva dos colaboradores	Na perspectiva da organização
Aumento da capacidade para gerir a própria carreira	Ajuda nas decisões da carreira e de mudança	Melhor uso das capacidades e conhecimentos dos seus colaboradores
Capacidade para manter os melhores colaboradores	Enriquecimento da actual função e aumento da satisfação no trabalho	Aumento da lealdade
Melhor comunicação entre chefia e o colaborador	Melhor comunicação entre o colaborador e a chefia	Alargar a informação a todos os níveis da organização
Capacidade de estabelecer o plano de desenvolvimento	Objectivos e expectativas mais realistas	Melhor comunicação na organização
Avaliação da produtividade e do desempenho	Informação sobre a organização actual e tendências futuras	Aumentar a sua reputação ao nível das preocupações com os seus colaboradores
Aumento da compreensão da própria organização	Aumento da responsabilidade na gestão da sua própria carreira	Aumento da eficácia dos sistemas e procedimentos relativamente aos recursos humanos
Melhorar colocação das pessoas em eventuais projectos		Clarificação dos objectivos organizacionais
Melhor correspondência entre os objectivos individuais e organizacionais		

Fonte: Caetano & Vala (2002, p.439) citando Leibowitz *et al.* (1986)

A construção de uma carreira profissional tem em conta vários aspectos como: avaliação de desempenho, formação e segurança/estabilidade de emprego.

▪ Avaliação de desempenho

A evolução da carreira está relacionada com a avaliação de desempenho. Essa baseia-se no trabalho desenvolvido pelo colaborador e o cumprimento dos objectivos pré-estabelecidos. Várias são as organizações em que a avaliação de desempenho está relacionada com o sistema de recompensa. Esta situação torna-se uma fonte de stress importante quando os parâmetros de avaliação não são conhecidos pelos avaliados e/ou não são claros e objectivos, deixando espaço para dúvidas. A avaliação de desempenho é a principal ferramenta para a evolução da carreira profissional (Ramos 2001, p.100).

Para Câmara *et al.* (2005, p.351) a avaliação de desempenho resulta em: “gestão de remuneração de acordo com a performance, identificação de potencial e construção de planos de carreira e programação de formação para a melhoria do desempenho”. Esta última, permite à organização estabelecer objectivos relacionados com a formação e desenvolvimento de competências dos colaboradores, importante para o crescimento da organização.

A avaliação de desempenho é vista por Câmara *et al.* (2005, p.353) como uma “tarefa-chave da gestão de pessoas, porque dela decorrem consequências importantes para a retenção, motivação e desenvolvimento dos empregados”. Com esta frase os autores conseguem resumir a importância do processo de avaliação de desempenho bem implementado e o sistema de recompensa bem integrado.

- Formação

Entende-se por formação “um processo, formal ou informal, de aquisição de conhecimentos ou adopção de atitudes e comportamentos, com relevância para a actividade no cargo e para o desenvolvimento pessoal e organizacional”, sendo que o principal objectivo passa pela maximização da eficácia e pelo desenvolvimento organizacional e portanto criar “mais-valias” para a organização (Câmara *et al.* 2005, p.415).

A formação torna-se fundamental para o bom desempenho do profissional, transmite segurança e autonomia. A formação adequada promove a melhoria do rendimento profissional e permite uma progressão na carreira através da avaliação de desempenho. As organizações também beneficiam com a formação dos colaboradores, uma vez que, vão fazer uso das novas competências adquiridas, mantendo-se deste modo actualizadas dentro da área onde exercem. Assim, segundo Ramos (2001, p.101) a falta de formação representa uma fonte de *stress* tanto para os colaboradores como para a organização. No entanto, o sucessivo apelo a formações, dentro e fora do horário laboral pode induzir, também, *stress* aos colaboradores que se vêm num situação de obrigação e medo de avaliação negativa *versus* assimilação e desenvolvimento de novas competências e tempo para a vida familiar e social, por exemplo.

- Segurança do emprego

Actualmente a segurança oferecida pela organização tem vindo a diminuir. Existe um mercado muito alargado de colaboradores pelo que a organização pode decidir pela

substituição ou despedimento em caso de não cumprimento dos objectivos. A insegurança afecta também a progressão na carreira, visto que essa passou a dar maior importância ao desempenho individual em vez da antiguidade no serviço. Deste modo o indivíduo tem de se manter actualizado, investir em formação e no desenvolvimento das suas competências de modo a assegurar o seu emprego. Deste modo torna-se evidente que a insegurança do emprego pode desencadear situações de *stress* (Ramos 2001, p.103).

### **1.2.3. Consequências da diminuição da qualidade de vida no trabalho**

O *stress* ocupacional pode ser uma das consequências da diminuição da QVT, esse pode revelar-se através de manifestações físicas (insónia, doenças cardiovasculares, doenças gastrointestinais, etc.) e de manifestações como angústia, desmotivação, sub-rendimento, mau desempenho, produtividade diminuída e reduzido envolvimento no trabalho.

De um modo geral foram identificadas, por vários autores (Payne e Firth-Cozens, 1987 citado por Melo, Gomes & Cruz, 1997; Comis, 1997; França & Rodrigues, 1999 citado por Domingos, 2005, p.31 e Martins, 2006, p.10) agentes/factores específicos causadores de diminuição da QVT, e consequentemente causadores de *stress* como: sobrecarga de trabalho, insegurança laboral, inadequação das capacidades dos trabalhadores, ambiguidades de papeis, trabalhar em domínio desconhecido, perfeccionismo, servir uma população que vive em ansiedade e medo, não participar nas decisões e planeamento de cuidados, subaproveitamento das qualidades pessoais, recursos inadequados, ambições não satisfeitas, deterioração das relações entre profissionais, um ambiente hostil entre as pessoas, pouca cooperação, presença de uma abordagem política inadequada, uma competição não saudável entre as pessoas, tipo de carga horária de trabalho (trabalhos por turnos, nomeadamente a dessincronização dos ritmos circadianos, alteração do equilíbrio homeostático), falta de formação, lidar com o sofrimento alheio, a falha de comunicação (falta de consideração pessoal e afronta à dignidade), acontecimentos pessoais, entre outras consequências.

Na mesma linha de pensamento Câmara *et al.* (2005, p.250) sintetizam os custos, relacionados com a falta de QVT com o *stress* ocupacional, quando os categorizam em custos (consequências) relacionados com: i) a saúde dos trabalhadores; ii) os acidentes

de trabalho, iii) o absentismo, iv) a rotatividade de pessoal e a v) diminuição da produtividade e qualidade.

O reconhecimento dos factores de diminuição da QVT torna o controlo dos mesmos mais acessíveis, tanto para os colaboradores como para a organização, e contribui para que o investimento para os alterar/contornar/minimizar seja mais eficaz.

Segundo Graça (2002, p.147) o *stress* é o segundo principal problema de saúde relacionado com o trabalho, de acordo com os resultados do Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho de 1995 e 2000 realizado pela EUROFOUND. Os valores de Portugal assemelham-se aos da União Europeia sendo que em primeiro lugar, como problema relacionado com o trabalho, encontra-se as “dores de costas” e em terceiro a “fadiga geral”. O mesmo autor realça dados importantes como a taxa de absentismo em 1998 rondar os 7,7% em Portugal sendo que as principais causas estavam relacionadas com a “incapacidade temporária para o trabalho”, devido a doença e a acidentes e o resto devia-se a “outras causas” como a maternidade/paternidade, assistência inadiável, faltas e licenças.

A saúde das organizações manifesta-se com a harmonia, capacidade de produção e vitalidade. Às organizações interessa que a saúde se traduza em aumento da produção e diminuição dos custos. Pelo que, para Leavit (1965) e Schein (1990) citados por Ramos (2001, p.163), as organizações são sustentadas por quatro dimensões inter-relacionadas de forma equilibrada (pessoas, estruturas, tecnologia e tarefas) de modo a manter a sobrevivência, a vitalidade e o sucesso empresarial.

Quick *et al* (1997 citados por Ramos, 2001, p.164) acrescenta três aspectos fundamentais que garantem a eficácia da organização que são: adaptabilidade, flexibilidade e produtividade. A adaptabilidade está relacionada com a capacidade de ajustamento ao longo da vida da organização à mudança, de modo a “se envolver na mudança de forma justificada, planeada e sustentada”. A flexibilidade dá resposta a alterações internas e externas em curto prazo. A produtividade é o aspecto quantificável da saúde organizacional que lida com a quantidade de produtos ou serviços fornecidos. Assim, pode-se concluir que a organização tem de estar pronta para a adaptabilidade externa e ter consciência das quatro (pessoas, estrutura, tecnologia e tarefa) dimensões internas que a ajuda a ter uma organização sustentada.

Este trabalho pretende-se focalizar as consequências do desajustamento interno, que levam à diminuição da QVT e que se encontram directamente relacionados com o

aumento dos custos directos e indirectos. Quick *et al.* (1997 citados por Ramos, 2001, p.165) apresentaram uma classificação que distingue custos directos decorrentes da participação (absentismo, atrasos, greves, *turnover*), do desempenho no trabalho (qualidade e quantidade da produtividade, reclamações, acidentes), dos cuidados de saúde e dos prémios de compensação e indemnização. De entre os custos indirectos distingue os decorrentes da perda da vitalidade (baixa moral, baixa motivação, insatisfação), das falhas de comunicação, dos erros na tomada de decisões, da qualidade das relações de trabalho.

Os benefícios do sistema de gestão de segurança, higiene e saúde no trabalho através da prevenção dos riscos e da vigilância e promoção da saúde, segundo Graça (2003, p.34), podem ser explicados pela diminuição do absentismo por doença ou acidente, a melhoria da imagem da organização, a melhoria da saúde e do bem-estar dos trabalhadores, do clima organizacional e da qualidade. Estes benefícios não são automáticos mas dependem de um esforço contínuo da organização que mais tarde fará beneficiar o colaborador, a empresa (com diminuição dos custos), o Estado (com a diminuição das despesas com o Serviço Nacional de Saúde), as seguradoras e a sociedade em geral.

### 1.2.3.1. Custos directos

Os principais custos directos observáveis são: absentismo, *turnover*/rotatividade, greve, alteração do desempenho no trabalho, acidentes de trabalho, custos de saúde e compensações e indemnizações.

- Absentismo

Designa-se por absentismo a não comparência no local de trabalho, de tal modo que as tarefas da pessoa faltosa ficam por fazer ou são realizadas pelos outros colegas. Segundo Quick & Lapertosa (1982) citado por Silva & Marziale (2000, p.44) o absentismo pode ser devido a: absentismo voluntário, doença, patologia profissional, absentismo legal (licença de maternidade, nojo) e absentismo compulsivo (suspensão, prisão). Outros dos autores citados por Silva & Marziale (2000, p.44) referem que os principais factores que levam ao absentismo são: i) repetitividade de tarefa, ii) desmotivação, iii) condições desfavoráveis no ambiente de trabalho e iv) integração desadequada. O absentismo na enfermagem é considerado preocupante, uma vez que



gera insatisfação e sobrecarga para os restantes trabalhadores e conseqüentemente diminui a qualidade dos cuidados prestados ao utente.

O absentismo está relacionado com custos directos como a contratação excepcional de outra pessoa ou com a diminuição da motivação dos colegas que têm de colmatar a falta da pessoa ausente (Ramos, 2001, p.165). No entanto, Robbins (1998) e Quick *et al.* (1997) citados por Ramos (2001, p.166), salientam que pode ser benéfico para a empresa que a pessoa falte um dia ou dois quando está cansada ou doente, do que comparecer e tomar decisões erradas ou contribuir para a diminuição da produtividade. Porém, atrasos regulares podem ser onerosos para a organização e mais tarde podem tornar-se em absentismo ou *turnover/rotatividade*, pelo que as organizações tendem a combater o absentismo e a falta de assiduidade com a atribuição de prémios (Ramos, 2001, p.166).

■ Turnover ou rotatividade

O fenómeno de rotatividade de pessoal ou *turnover* têm inerente um grau elevado de complexidade a qual Câmara *et al.* (2005, p.362) atribuem múltiplas causas. Câmara *et al.* (2005, p.362) consideram que de entre as causas existentes as razões salariais têm pouco peso na decisão e adiantam ainda que o factor “motivação” é mais significativo na decisão de mudança de posto de trabalho. Este factor engloba a motivação: “no ambiente de trabalho, na satisfação na função, no nível de *stress*, no estilo de gestão, no reconhecimento, nas oportunidades de desenvolvimento pessoal, no acesso à formação, entre outras” (Câmara *et al.* 2005, p.362). Os mesmos autores apontam algumas constatações empíricas relacionadas com o *turnover*, tais como:

“a rotação de pessoal baixa à medida que a idade e/ou os anos de serviço aumentam; a rotação tende a ser mais elevada entre as mulheres do que entre os homens com o mesmo nível de qualificações; a rotação é maior no pessoal com nível de qualificação mais baixo e que a rotação varia na razão inversa da taxa de desemprego” (Câmara *et al.*, 2005, p.363).

O *turnover* ou rotatividade está relacionado com o número e frequência da saída voluntária ou involuntária de pessoas da empresa. Uma organização saudável deve manter a taxa de *turnover* adequada de modo a assegurar a sua renovação mas evitando perder os melhores colaboradores. A mesma ideia é defendida por Chiavenato (1985, p.18) quando refere que “em toda organização saudável ocorre normalmente um

pequeno volume de entradas e saídas de recursos humanos, ocasionando uma rotação simples de manutenção do sistema”. No entanto, quando a rotação ou os desligamentos efectuados por iniciativa dos empregados aumentam substancialmente, o equilíbrio está posto em causa e a organização terá de localizar os motivos que estão a provocar a drenagem dos recursos. Quick *et al.* (2007) citado por Ramos (2001, p.167) referem que os custos com o recrutamento, selecção e formação com vista à substituição de uma pessoa correspondem a cinco vezes o salário mensal. Por outro lado, se o índice de rotatividade de pessoal for nulo seria resultado de um estado de inércia da organização. O índice de rotação ideal “seria aquele que permitisse à organização reter o pessoal de boa qualidade, substituindo aquele que apresenta distorções de desempenho” (Chiavenato 1985, p.20).

Para Chiavenato (1985, p.23) a rotatividade não funciona como uma causa mas como consequência de fenómenos (externos e internos) relacionados com a organização. Entende-se como fenómenos externos à organização: i) a situação de oferta versus procura de recursos humanos no mercado; ii) o ambiente económico; iii) as oportunidades de emprego entre outros. Como fenómenos internos à organização entende-se: i) a política salarial; política de benefícios; ii) tipo de supervisão; iii) oportunidades de crescimento profissional; iv) o tipo de relacionamento humano, v) as condições físicas ambientais; vi) a cultura organizacional; política disciplinar; vii) critérios de avaliação entre outros.

O *turnover* acarreta custos primários e secundários. Os custos primários são:

- Custos de recrutamento e selecção: despesas com anúncios, folhetos, despesas com a manutenção do órgão de recrutamento, entre outros.
- Custo de registo e documentação: gasto com formulários, registos, documentações, entre outros.
- Custos de integração: custos tempo de integração e aquisição de competências, entre outros.
- Custos de desligamento: custo de indemnização, pagamento relacionado com férias, documentação, entre outros.

Os custos secundários estão relacionados com:

- Reflexos na produção: perda de produção causada pela vaga; insegurança inicial do novo colaborador, entre outros.

## Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

- Reflexos na atitude do pessoal: imagem, atitude e predisposição que o colaborador que se desliga transmite aos colegas, entre outros.
- Custo extra-laboral: despesa com horas extraordinárias para cobrir a vaga, tempo adicional de produção causado pela deficiência inicial do novo colaborador, entre outros.
- Custo extra-operacional: acréscimo de acidentes devido à maior intensidade de trabalho no período de integração, problemas de controlo de qualidade entre outros. (Chiavenato, 1985, p.33).

Todos os factores enumerados e as constatações citadas obrigam as organizações a tomarem atitudes em relação ao tema da rotatividade e da QVT. Deste modo, torna-se fundamental considerar as consequências resultantes da falta de QVT e os custos do investimento nos recursos humanos.

- Greve

Entende-se por greve um desajustamento nas dimensões internas da organização, de tal modo que os trabalhadores consideram justificação para a paragem do trabalho. Esta manifestação de descontentamento por parte dos colaboradores comporta custos acrescidos para a organização devido à suspensão da produção, à necessidade de contratar mais pessoas para realizar as tarefas, como também pelos prejuízos causados aos clientes e fornecedores (Ramos, 2001, p.167). No caso da enfermagem existe a necessidade de garantir os serviços mínimos de modo a garantir a assistência aos casos urgentes e aos cuidados permanentes.

- Desempenho no trabalho

A falta de condições favoráveis à QVT pode desencadear o mau desempenho no trabalho. O desempenho designa o conjunto de comportamentos em que a pessoa se envolve de modo a contribuir para os objectivos organizacionais (Jex 1998 citados por Ramos, 2001, p.168). Com a diminuição do desempenho dos colaboradores o mesmo acontece com a eficiência, a eficácia e a produtividade da organização. Essas quebras de produtividade podem traduzir-se na redução da qualidade e quantidade da produção envolvendo custos acrescidos para a organização (Ramos, 2001, p.168).

- Acidentes de Trabalho

Os acidentes de trabalho são uma consequência da falta de QVT e do stress ocupacional. Como é sabido, os custos para com os acidentes de trabalho estão

relacionados com a gravidade da mesma, quer a nível da saúde do trabalhador quer a nível da produção perdida (Ramos, 2001, p.169). Os acidentes de trabalho permitem repensar os procedimentos, a utilização do material de protecção e a formação dos colaboradores, de modo a diminuir a frequência dos mesmos.

■ Custos de saúde

Os custos com a saúde estão relacionados com o *stress* ocupacional proveniente de uma ineficiente gestão da QVT. Os custos directos são os pagamentos de cuidados de saúde e os prémios de seguro. Duas manifestações frequentes do *stress* ocupacional são a depressão e os ataques cardíacos. No caso da depressão a pessoa apresenta alterações a nível do seu funcionamento psicossocial o que vai condicionar a sua função na organização, a quantificação dos custos neste caso é muito difícil de avaliar. Por outro lado, a pessoa que sofreu um ataque cardíaco necessita de internamento e de medicação, como também de assistência personalizada, o que facilita a contabilização dos custos. Graça (2000, p.42) menciona um estudo realizado, em 1995, onde 4 empresas japonesas foram exemplo da avaliação dos custos, directos e indirectos, com a saúde dos trabalhadores. Esse estudo, revela que o custo anual com a saúde dos trabalhadores é em média de 71900\$ sendo que 1168\$ referem-se aos custos directos.

■ Compensações e indemnizações

Este tipo de custos prende-se com o pagamento, ordenado judicialmente, aos trabalhadores que se queixam de terem sido lesados através de perturbações emocionais, doenças físicas e efeitos prejudiciais da continua relação com os factores de *stress* (Ramos, 2001, p.170).

### **1.2.3.2. Custos indirectos**

Os custos indirectos da falta de QVT estão relacionados com a perda de vitalidade, falhas de comunicação, qualidade das relações interpessoais no trabalho, erros na tomada de decisões e com oportunidades perdidas. Todos estes indicadores dos custos indirectos são dificilmente contabilizados mas, afectam de forma importante a capacidade de trabalho da pessoa vítima dos mesmos. Se por um lado, os custos directos têm associado um número, os custos indirectos têm um custo incalculável pelo que a preocupação da organização deve ser redobrada e tida em conta quando se fala de QVT.



- Perda de vitalidade

A perda de vitalidade das organizações traduz-se pela reduzida motivação, insatisfação no trabalho, falta de alegria na realização das tarefas, entre outros. Estes sintomas revelam-se em trabalhos “não saudáveis” e sem qualidade, onde as Pessoas são “empurradas pela obrigação de trabalhar”. Deste modo, a perda de vitalidade contribui para os vários custos directos, já mencionados anteriormente (Ramos 2001, p.172).

- Falhas de comunicação

Em qualquer trabalho existe a necessidade de estabelecer comunicação interpessoal. No exercício da actividade de enfermagem a comunicação é fundamental para a prestação de cuidados, uma vez que a transmissão de intervenções, a partilha de informação fazem parte da vida dos enfermeiros que cuidam com qualidade. A redução do número de contactos com os outros e a comunicação distorcida são um mecanismo de *coping*, momentaneamente eficaz no combate de situações de *stress* (Ramos 2001, p.172).

- Qualidade das relações interpessoais

Os normais momentos de partilha de informação, onde a criatividade e o crescimento individual são uma característica, podem ser substituídos por situações conflituosas, onde as Pessoas orientam as suas energias para a discussão, desconsiderando a realização do trabalho. Ramos (2001, p.173), refere que “das relações conflituosas à violência psicológica vai um curto espaço que, uma vez percorrido, decreta a decadência das relações interpessoais no trabalho, com todos os custos aí implicados”.

- Erro na tomada de decisões

A eficácia organizacional assenta nas boas decisões, pelo que, as decisões erradas podem ter custos associados. Para Quik *et al.* (1997) citados por Ramos (2001, p.173), existem dois aspectos na origem das decisões erradas: insuficiência de informação (qualitativa e quantitativa) e a diminuição da capacidade de julgamento. Estes dois aspectos surgem na consequência do desgaste acumulado pelo colaborador o que leva a uma dificuldade em ponderar alternativas e relacionar informação relevante para a tomada de decisão.

- Oportunidades perdidas

Numa organização severamente afectada pelo *stress* ocupacional as oportunidades de crescimento são encaradas pelos colaboradores como ameaças, e a perda de adaptabilidade, de flexibilidade e de produtividade tornam-se uma realidade organizacional (Ramos 2001, p.174).

Assim, a insatisfação e a desmotivação aumentam a incidência dos custos indirectos através da falta de vitalidade, diminuição da interacção com os doentes, falta de disponibilidade para com os doentes, irritabilidade entre outras atitudes naturais em Pessoas vítimas de *stress* ocupacional.

### **1.3. Stress ocupacional e *burnout* nos enfermeiros**

Existe uma relação estreita entre os utentes, o ambiente hospitalar, as normas da organização e o enfermeiro. Este último é directamente influenciado pelo ambiente de trabalho que o rodeia, como também é responsável por inúmeras alterações nesse meio. Neste âmbito surge a problemática do *stress* ocupacional, onde factores externos influenciam os profissionais que, por sua vez, vão influenciar toda a rede de cuidados subsequente.

#### **1.3.1. Teorias sobre *stress* e *burnout***

Segundo Martins (2003, para.17) citando Virginia Henderson (1966), a função dos enfermeiros é descrita como:

“ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das actividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência” (para.17).

Fica expresso, mais uma vez, o elevado grau de relação entre os enfermeiros e os seus utentes. Como em todas as profissões com grande componente relacional, os enfermeiros apresentam níveis de *stress* elevados, visto estarem em permanente interacção e conseqüentemente em permanente avaliação por parte das Pessoas (Frasquilho, 2005, p.91).

O *Burnout* tem sido alvo de estudos, observações e de reflexões, uma vez que, engloba um conjunto de sinais e sintomas que são prejudiciais para a saúde do indivíduo. Por exemplo, Freudenberg, um psicanalista, estudou a valorização da capacidade psicológica e a vulnerabilidade de cada indivíduo que se encontrasse em situação laboral de *stress*; Masloch C. (1976) interessou-se pelo estudo das estratégias cognitivas desenvolvidas pelos indivíduos em contexto laboral. Em 1922, Thomas Mann escreve "*burddenbrooks*"; em 1953, Schwartz e Will publicam um artigo sobre uma enfermeira de psiquiatria que apresentava sintomas de *burnout* entre outros autores interessados pelo tema (Queirós, 2005, p.23).

Em 1977 numa reunião científica realizada na APA (*American Psychological Association*), Cristina Maslach definiu o *burnout* como "uma situação, em que sofriam com maior periodicidade aqueles que, pela sua profissão, mantinham uma relação directa e prolongada com pessoas, e depois de um período de tempo instável terminavam por sofrer um importante desgaste profissional" (Queirós, 2005, p.24). Anos mais tarde, em 1981, Maslach e Jackson definiram *burnout* como

"um processo que conduz a resposta inadequada a um stressor laboral com implicações emocionais, de carácter crónico, e cujos traços principais são o esgotamento físico e psicológico, a atitude fria e despersonalizada para os solicitadores do serviço e o sentido dilacerante de fracasso quanto ao trabalho realizado" (Frasquilho, 2005, p.91).

Mais recentemente, Guimarães (2000) define a presença de *stress* ocupacional "quando há percepção, por parte do trabalhador, da sua incapacidade para realizar as tarefas solicitadas o que provoca sofrimento, mal-estar e um sentimento de incapacidade para enfrentá-las" (Domingos, 2005, p.29).

Pode-se então diferenciar *stress* de *burnout*, uma vez que, o último tem inerente alterações físicas, psicológicas e comportamentais resultantes de um período alongado sobre influência de factores de *stress*. Muitas vezes, são as próprias organizações de

saúde, como entidades empregadoras, que fomentam os factores de *stress*, quando estabelecem objectivos demasiado elevados aos colaboradores, com equipas de trabalho reduzidas originando excesso de trabalho, através de incentivos muito reduzidos ou inexistentes.

Groch e Olsen (1994), Schaufeli e Enzmann (1998) citados por Queirós (2005, p.33) dizem que a síndrome de *burnout*, sentido pelos profissionais de ajuda, onde os enfermeiros se incluem, podem apresentar os seguintes sintomas:

- Fisiológicos: fadiga, irritabilidade, cefaleias, problemas gastrointestinais, dores nas costas, alterações de peso, distúrbios de sono, aumento da tensão pré-menstrual, perda de ciclos menstruais, fadiga crónica, exaustão física, fraqueza física, úlceras, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, entre outros;
- Comportamentais: perda de entusiasmo, atrasos no trabalho, frustração e raiva, dificuldade em tomar decisões, resistência à mudança, afastamento e irritação face aos colegas, baixo rendimento e produtividade, redução da eficiência, aumento de ausências sem autorização, absentismo, aumento dos acidentes, inabilidade para organizar, resistência na ida para o trabalho...;
- Psicológicos: depressão, diminuição da auto-estima, pessimismo, culpa, mudança de valores, vazio, diminuição do empenho, aumento do consumo de café, tabaco, álcool, tranquilizantes e drogas ilícitas, desilusão, desapontamento, desmoralização, perda de motivação para trabalhar, entre outros;
- Clínico: cinismo e hostilidade face aos utentes, diagnóstico inadequado; gritar, falar alto, entre outros.

Todas estas manifestações de falta de QVT vão provocar custos elevados tanto a nível organizacional, dos profissionais e mesmo dos beneficiários dos cuidados. Assim, as condições de segurança para os utentes e a qualidade dos cuidados são negativamente afectadas quando a organização de trabalho não garante a QVT e apoio aos profissionais que nela laboram.



### **1.3.2. Programas de prevenção do *stress* para aumento da qualidade de vida no trabalho**

Numa óptica de GRH *soft* o investimento nos recursos humanos é fundamental para o desenvolvimento de competências, satisfação, motivação e, conseqüentemente, aumento de produção (Caetano & Vala 2002, p.10). O investimento nos recursos humanos pode traduzir-se em programas de prevenção do *stress*. Para tal, é necessário a aplicação de um estudo interno de modo a fazer um levantamento das necessidades (físicas, psicológicas e sociais) dos trabalhadores.

O *stress* ocupacional influencia de forma directa e indirecta a qualidade dos cuidados prestados, e conseqüentemente, a qualidade do serviço/organização será afectada assim como a segurança dos utentes. Quando a médio e a longo prazo o clima de trabalho gerador de insatisfação nos colaboradores se instala, pode originar processos de *stress* com conseqüências para a prestação diária de cuidados, assim como o inevitável *turnover*, que pode “manchar” a imagem da organização como entidade empregadora, fazendo com que os melhores profissionais não se sintam motivados em prestar cuidados nesse local (Domingos, 2005, p.31-34).

Baumann (2007, p.5) acrescenta que em “ambiente de prática profissional de qualidade, as necessidades e objectivos dos enfermeiros são cumpridos e os utentes são assistidos na satisfação dos seus objectivos individuais de saúde”. Se por exemplo, se houver cargas horárias intensas que apenas deixem tempo para os enfermeiros satisfazerem as necessidades físicas do utente, as restantes (psicologias, relacionais, sociais, espirituais) poderão ficar por satisfazer, não dando seguimento à visão holística do doente.

Para que o ambiente laboral tenha qualidade, tanto a nível de bem-estar social como psicológico, Kristensen (1999 citado por Baumann 2007, p.6) refere que têm de existir as seguintes condições:

- Exigências que se adequem aos recursos da pessoa (ausência de pressões no trabalho);
- Um elevado grau de previsibilidade (segurança no local de trabalho);
- Bom apoio social por parte dos colegas e gestores, bem como acesso a oportunidades de formação e desenvolvimento profissional;
- Trabalho com significado (identidade profissional);
- Um elevado nível de influência (autonomia, controlo sobre o planeamento de horários, liderança) e;

## Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

- Um equilíbrio entre o esforço e a recompensa (remuneração, reconhecimento, recompensas).

Para Ivancevich *et al.* (1999, p.252) citados por Ramos (2001, p.181) as intervenções de gestão do *stress* são como “qualquer actividade, programa, ou oportunidade iniciada por uma organização, que se focalize em reduzir a presença de stressores relacionados com o trabalho ou em assistir os indivíduos a minimizar os efeitos negativos da exposição a esses stressores”. Esta iniciativa por parte das organizações demonstra uma posição activa na valorização das Pessoas que colaboram na organização.

Várias empresas introduziram nos seus objectivos programas de QVT, onde a promoção da actividade física foi uma das grandes apostas. Silva e Marchi (1997 citados por Siegel e Santos, 2006, p.4) referem que os benefícios para a organização, após a aplicação/desenvolvimento de programas de promoção de actividade física são: i) redução dos custos de assistência médica; ii) diminuição do absentismo; iii) diminuição da rotatividade e; iv) elevação da moral. Por outro lado os funcionários beneficiam de:

“redução de factores de risco coronários; melhoria do sistema cardiorrespiratório; redução da quantidade de gordura corporal; aumento da massa muscular; melhoria da flexibilidade articular; melhora da qualidade do sono; redução do nível de stress; facilidade na manutenção do peso adequado; maior auto-estima; maior capacidade de concentração; aumento da resistência a doenças; aumento da produtividade no trabalho; atitude mais positiva em relação ao trabalho; melhoria dos relacionamentos; maior participação com a família em actividades sociais” (Silva e Marchi 1997 citados por Siegel e Santos, 2006, p.4)

Por fim, os utentes também beneficiam do investimento na QVT dos colaboradores, uma vez que a segurança, a empatia e a eficiência do serviço tende a aumentar.

Pelo facto das consequências do *stress* estarem frequentemente presentes na vida laboral dos enfermeiros, é relevante destacar que Bunce (1997) e Murphy (1988) referem existir cinco tipos de abordagem que estão relacionadas com as técnicas utilizadas no treino em gestão do *stress*. A primeira abordagem está relacionada com a estratégia educacional, onde se fornece às pessoas bases teóricas sobre o tema (causas e consequências) destacando o papel das percepções e da individualidade na relação com

o stress. A segunda estratégia é a cognitiva, destinada a promover formas adaptativas de interpretação do *stress*. A terceira estratégia assenta numa redução fisiológica associada às situações stressantes, sob a forma de controlo de respiração, exercícios de relaxamento, meditação, entre outros. O desenvolvimento de estratégias de promoção das competências (negociação e assertividade) fazem parte da quarta abordagem. Por último, a quinta estratégia está interligada com a mudança do ambiente e do método de trabalho, gestão de tempo e relacionamento pessoal. Segundo alguns autores, este treino tem um formato de acções de formação em contexto de trabalho, em que a duração pode ser variável (ex: 1 hora por dia durante uma semana), os participantes são voluntários e a avaliação é realizada uns meses após o treino (Ramos 2001, p.184).

A investigação científica sobre a eficácia dos referidos treinos tem demonstrado a sua contribuição significativa na redução da ansiedade, depressão, queixas somáticas, perturbações do sono, níveis de tensão muscular, entre outros (Murphy 1988 citado por Ramos, 2001, p.183).

Ramos (2001, p.183) acrescenta que este treino torna-se muito confortável para a organização, visto que o trabalhador tem de encontrar nele próprio as competências para ultrapassar a situação de *stress* e a organização não têm de alterar o núcleo do problema – o factor stressante. No entanto, existem os programas de gestão organizacional do *stress* que têm como alvo a organização e pretendem modificar condições organizacionais causadoras de *stress*.

Matteson (1987 citado por Ramos, 2001, p.184) define os programas de gestão do *stress* a nível organizacional como “qualquer esforço iniciado pela administração de uma organização focalizado em factores stressores (condições físicas, tipo de trabalho, etc.) específico do trabalho cuja intenção é reduzir quaisquer supostos efeitos e consequências negativas associadas ao *stress*”. Algumas estratégias inerentes aos referidos programas incluem: participação na tomada de decisões, horários flexíveis e reestruturação do trabalho. Alguns estudos demonstram ainda que o custo da realização destes programas é menor do que o custo inerente à manutenção das consequências organizacionais do *stress*, como o absentismo (Lourijssen *et al.* 1999, citado por Ramos, 2001, p.185).

Kompeir e Cooper (1999), Ivancevich *et al.* (1990) e Murphy (1988) salientam também que a gestão organizacional do *stress* é a estratégia mais importante na redução do *stress* apesar de: i) acarretar maiores custos e mudanças no funcionamento habitual da organização; ii) implicar mudança organizacional; iii) assumir que o ponto fundamental é

a redução ou eliminação dos factores stressantes; e iv) requerer uma mudança ao nível da integração da gestão do *stress* no conjunto de valores da empresa (Ramos, 2001, p.185).

A utilização das duas estratégias em simultâneo pode significar a redução efectiva dos níveis de *stress* e o aumento da QVT.

Como exemplo da aplicação destas estratégias, Sigel & Santos (2006, p.77), citando Melhores (2003), referem que as melhores empresas para se trabalhar tentam manter o equilíbrio entre a vida privada e o trabalho, oferecendo aos funcionários um estímulo para o desenvolvimento de actividades dirigidas para a saúde mental e física, disponibilizando como por exemplo: aulas de dança e ginásio; olimpíadas; subsídio para a prática de actividade física; torneios com várias modalidades; aulas desportivas com varias modalidades para os filhos dos funcionários, entre outros.

Este tipo de estratégias adoptadas pelas “melhores empresas para se trabalhar” devem ter resultados positivos tanto para os colaboradores como para a organização, caso contrario o órgão de gestão seria forçado a terminar a iniciativa alegando custos desnecessários. Logo, o aumento da satisfação e da motivação leva ao desempenho profissional com qualidade.

### Síntese

O desenvolvimento deste capítulo permite reconhecer que houve uma evolução no modo como os recursos humanos são vistos perante a organização da empresa. Chega-se à conclusão que a QVT é fundamental para o desenvolvimento, tanto pessoal como da própria organização empregadora. Essa deve levar em linha de conta vários factores que podem influenciar a QVT e, conseqüentemente, a prestação/*performance* dos seus colaboradores.

As conseqüências da diminuição da QVT podem envolver custos desnecessários que podem ser evitados facilmente com a utilização de uma política de GRH *soft*, onde é dada maior ênfase ao recurso de maior importância para a organização, as Pessoas.

## **CAPITULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

A fase metodológica de um trabalho permite a operacionalização do estudo de investigação. Para o desenvolvimento desta fase o tipo de estudo, as variáveis, o local do estudo e a população devem ser bem definidas, de modo a garantir a fiabilidade e a qualidade dos dados recolhidos e das conclusões obtidas.

No decurso da fase metodologia, Fortin (1999, p.40) entende que “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas à questão de investigação (...) e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita dos dados”.

Neste capítulo pretende-se descrever e explicar os elementos fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho de investigação como, o tipo de estudo, as variáveis em estudo, os objectivos, a população, a amostra, o instrumento de colheita de dados e o tratamento dos dados estatísticos.

### **2.1. Tipo de estudo**

Na fase metodológica de um trabalho de investigação pretende-se organizar toda a pesquisa científica feita anteriormente para delinear etapas, estratégias e fazer a análise dos dados de modo a desenvolver conhecimentos. Este conhecimento, na perspectiva de Fortin (1999, p.17), provém de um método denominado “investigação científica” que representa “o mais rigoroso e o mais aceitável (método) uma vez que assenta num processo racional (...) dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos”.

Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo de natureza descritiva e analítica visto que, permite “discriminar os factores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno” (Fortin, 1999, p.162). Contudo, a estratégia de abordagem situa-se igualmente no plano dum estudo de caso. Aliás, parafraseando Fortin (1999 p.165) “o estudo de caso é uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”. Este estudo pode ser considerado um estudo de caso, uma vez que, o estudo tem características específicas: investigação

desenvolvida num único hospital e apenas em serviços com determinadas características, como tal não é possível generalizar os resultados obtidos para outras realidades

Carmo & Ferreira (1998, p.183) citam Reichardt e Cook (1986), que afirmam que o “investigador não é obrigado a optar pelo emprego exclusivo de métodos quantitativos ou qualitativos e se a investigação o exigir poderá combinar a sua utilização”. Patton (1990) também, citado pelos mesmos autores afirma que “uma forma de tomar um plano de investigação mais sólido é através da triangulação”, ou seja, a utilização de diferentes métodos ou dados (Carmo & Ferreira 1998, p.183). No desenvolvimento deste trabalho foram utilizadas técnicas de análise diversificadas, entre as quais, a análise de conteúdo e a análise quantitativa de dados de modo a caracterizar a população e estabelecer predisposições de resposta.

Na verdade, o principal procedimento de análise utilizado no desenvolvimento deste estudo enquadra-se numa abordagem essencialmente de natureza quantitativa, visto que é uma “processo sistemático de colheita de dados (...) e é baseado na observação de factos objectivos. Este método tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferece também a possibilidade de generalizar os resultados” (Fortin 1999, p.22), pese embora este último aspecto, a da generalização, não constituir o fim último da pesquisa realizada.

De relevar que a colheita de dados foi realizada num único momento pelo que se caracteriza como transversal.

## **2.2. Objectivos do estudo**

Os Enfermeiros, como já foi referido anteriormente representam uma classe de profissionais de saúde que necessitam de interagir com os outros e com o meio para que possam desenvolver o seu trabalho. Assim, estes profissionais permanecem em constante contacto com o sofrimento, situações sociais desfavoráveis e com famílias que necessitam de ajuda e respostas para as suas preocupações. Torna-se plausível que os enfermeiros tentem encontrar mecanismos de *coping* para lidarem com estas situações de *stress*. A mudança de serviço pode ser um desses mecanismos. Por outro lado, as

condições de trabalho desfavoráveis e a desmotivação podem, também, representar um factor importante para a mudança.

Para Fortin (1999, p.100), “o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação, segundo o nível de conhecimento estabelecido no domínio em questão”.

Assim, o objectivo geral desta investigação consiste em identificar os factores que influenciam a QVT dos enfermeiros do *HNSR, E.P.E.*

Como objectivos específicos, apresentam-se os seguintes:

- Identificar quais os Serviços com maior número de *turnover*, pedidos de transferências, acidentes de trabalho e absentismo do *HNSR, E.P.E.*
- Listar os factores que os enfermeiros dos *Serviços Cirurgia, Medicina e Urgência Geral do HNSR, E.P.E* consideram ter maior influência na sua QVT.
- Identificar as principais causas de *turnover/acidentes de trabalho/absentismo*.
- Propor um plano de intervenções que vise melhorar a QVT dos enfermeiros.

### **2.3. Definição conceptual das variáveis**

As variáveis de um estudo têm de ser claras e bem definidas para que consigam medir exactamente o que é pretendido, e garantir desta forma a sua qualidade.

Segundo Fortin (1999, p.36), variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações estudadas numa investigação, podendo apresentar diferentes graus, enumerar qualidades, estabelecer diferenças e ser convertidas matematicamente para análise estatística.

A variável independente é descrita como “a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente”. Esta também pode ser designada de variável explicativa e, é muitas vezes chamada o tratamento ou a intervenção, ou simplesmente variável experimental (Fortin 1999, p.37). Por sua vez, a variável dependente é a que “sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado devido à presença da variável

independente.” Esta é, muitas vezes chamada de “variável crítica” ou de “variável explicada” (Fortin 1999, p.37).

Neste estudo a variável independente foi definida como os factores que influenciam a QVT e as consequências da falta de QVT (absentismo, acidentes de trabalho, greve, entre outros) como a variável dependente.

Foi elaborado um questionário com base na fundamentação teórica, que posteriormente foi validado e testado (Apêndice 2).

A primeira parte do questionário pretende avaliar diversos factores que influenciam a QVT (variável independente) numa escala de 5 graus, quanto:

- À importância, percebida pelos enfermeiros, que a organização atribui a alguns valores como: a competência técnica, estabilidade organizacional, trabalho em equipa, entre outros (12 alíneas: I1a, I1b, I1c, I1d, I1e, I1f, I1g, I1h, I1i, I1j, I1k, I1l).
- Às condições físicas de trabalho (7 alíneas: I2a, I2b, I2c, I2d, I2e, I2f, I2g).
- À influência de alguns factores (ex.: remuneração, motivação, autonomia) na QVT (22 alíneas: I3a, I3b, I3c, I3d, I3e, I3f, I3g, I3h, I3i, I3j, I3k, I3l, I3m, I3n, I3o, I3p, I3q, I3r, I3s, I3t, I3u, I3v).
- À satisfação dos enfermeiros em relação a alguns factores do trabalho (8 alíneas: I4a, I4b, I4c, I4d, I4e, I4f, I4g, I4h)

De modo a dar resposta ao último objectivo deste trabalho, foi colocada uma questão de resposta aberta onde foi pedido aos inquiridos sugestões de melhoria da QVT a implementar no serviço.

A segunda parte do questionário está relacionado com as consequências directas e indirectas (variável dependente) da diminuição da QVT. Neste sentido, foram realizadas questões relacionadas com:

- Rotatividade, nomeadamente o motivo da mesma (4 questões: II1, II2, II3, II4 e 2 sub-questões: II41, II42).
- Assiduidade (1 questão: II5 e 1 sub-questão: II51).
- Acidentes de trabalho (1 questões: II1AT e 3 sub-questões: II11AT, II12AT, II13AT).
- Importância do Serviço de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho (1 questão: II2AT).



Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do *HNSR, E.P.E.*

- Consequências da diminuição da QVT a nível pessoal e profissional (1 questão de resposta aberta: I13QVT).

Por fim, a terceira parte do questionário pretende fazer uma colheita de dados relacionados com a caracterização da população (Idade, sexo, anos de profissão, anos de trabalho no serviço, etc.).

## **2.4. Caracterização da instituição e objecto de estudo**

O presente estudo foi desenvolvido no *HNSR, E.P.E.*, durante o período de Fevereiro a Junho de 2009.

O *HNSR, E.P.E.* foi inaugurado em Janeiro de 1959 e foi inicialmente dirigido pela Santa Casa da Misericórdia contendo um total de 115 camas. O edifício actual foi inaugurado em Setembro de 1985 com cerca de 500 camas, sendo então designado Hospital Distrital do Barreiro. Só posteriormente, em Setembro de 1995 foi designado *HNSR*. Em 2002 passou a ser gerido em sociedade anónima e em 2005 foi transformado em *E.P.E.*.

Este Hospital tem 35 valências clínicas e presta cuidados ao nível do internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia, assistência domiciliária e assegura grande parte dos meios complementares de diagnóstico. A sua área de influência engloba os concelhos do Barreiro, Montijo, Alcochete e Moita (200 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2001).

A missão do Hospital permite “assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria contínua”. De entre os valores institucionais têm: o profissionalismo, o humanismo, a inovação, o rigor, eficiência e a responsabilidade.

O *Serviço de Cirurgia*, está dividido em duas alas, tem 54 camas de enfermaria e 6 camas de cuidados intermédios cirúrgicos, neste serviço trabalham 43 enfermeiros, incluindo o enfermeiro chefe. O *Serviço de Medicina*, está dividido em duas alas, está equipada com 54 camas de *Medicina*, 5 camas da unidade funcional de neurologia e 1 de dermatologia. No *Serviço de Medicina* trabalham 43 enfermeiros, incluindo a

enfermeira chefe. No *Serviço de Urgência Geral* existem 8 camas de unidade polivalente de adultos, 3 camas e 4 macas de serviço de observação e macas extras no corredor. Este serviço funciona com 55 enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe.

Para Fortin (1999, p. 202), a população é um “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. Desta forma, a população alvo “é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 1999, p.202). Assim, a população alvo deste trabalho são os enfermeiros prestadores de cuidados a trabalhar no HNSR e as quotas são o *Serviço de Cirurgia* (42 enfermeiros), *Medicina* (42 enfermeiros) e a *Urgência Geral* (54 enfermeiros).

A amostra, segundo Fortin (1999, p.202), trata-se de um subconjunto ou uma parte seleccionada da totalidade de observações abrangidas pela população.

A amostra é não probabilística uma vez que “há um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra ” (Fortin 1999, p.209). A amostragem é por quotas uma vez que “são formados estratos em função de certas características para serem representadas na amostra nas mesmas proporções com que elas aparecem na população (Fortin 1999, p.209).

Assim, a amostra é não probabilística por quotas sendo que os critérios de inclusão são: ser enfermeiro prestador de cuidados; trabalhar nos serviços de *Cirurgia*, *Medicina* e *Urgência Geral* e que queira participar no estudo.

O processo de escolha dos Serviços a participar no estudo teve por base a consulta dos pedidos de transferência referentes aos anos de 2007 e 2008 que deram entrada na direcção de enfermagem. Os dados recolhidos encontram-se dispostos na tabela a baixo (tabela 2). O estudo pretendeu envolver 138 enfermeiros dos serviços acima mencionados. Contudo apenas foi registada a participação de 84 enfermeiros, nomeadamente: 36 do *Serviço de Cirurgia*, 28 do *Serviço de Medicina*, 19 do *Serviço de Urgência Geral* e não foi possível identificar a proveniência de um dos questionários por omissão de resposta.

Tabela 2 – Pedidos de transferência

	2007	2008	TOTAL
<b>Cirurgia</b>	2 (15,39%)	2 (8,70%)	4 (11,11%)
<b>Medicina</b>	6 (46,15%)	11 (47,82%)	17 (47,22%)
<b>Urgência Geral</b>	0 (0%)	4 (17,40%)	4 (11,11%)
<b>Outros serviços</b>	5 (38,46%)	6 (26,08%)	11 (30,56%)
<b>TOTAL</b>	13 (100%)	23 (100%)	36 (100%)

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Analisando a tabela 2 verifica-se que o *Serviço de Medicina* apresenta-se sempre como o Serviço do HNSR, E.P.E. com maior número de pedidos de transferência, representando por si só 47,22% do total de pedidos de transferência nos dois anos analisados. Note-se ainda que do ano de 2007 para o de 2008 todos os Serviços com maior *turnover* do hospital mantiveram ou aumentaram o número de pedidos de transferência.

## 2.5. Instrumentos de recolha de dados, sua implementação e tratamento da informação recolhida

A elaboração do questionário revelou-se uma etapa bastante complexa e de grande importância visto ser necessário ter em conta os objectivos e as variáveis delineadas anteriormente, sem perder a validade do instrumento. Para Fortin (1999, p.240) “cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo”.

A escolha do questionário como método de colheita de dados permitiu abordar todos os conceitos do estudo. A facilidade e rapidez de resposta, proporcionada por este método permitiu melhor uma aceitação por parte dos enfermeiros.

Fortin (1999, p.249) clarifica e define questionário como: “um dos métodos de colheita de dados que necessita de respostas escritas a um conjunto de questões colocadas”. Este

instrumento de medida permite traduzir os objectivos de um estudo em variáveis mensuráveis, ajudando a organizar, normalizar e controlar os dados. Carmo e Ferreira (1998, p.148) acrescentam como vantagens do questionário a: sistematização; maior simplicidade de análise; maior rapidez na recolha tornando também a análise de dados mais económica. Desta forma as informações procuradas são rigorosamente colhidas, e permitem, um melhor controlo dos enviesamentos (Fortin, 1999, p.249). Por outro lado, Carmo e Ferreira (1998, p.148) salientam como desvantagens do questionário: dificuldade de concepção; não é aplicável a toda a população e a elevada taxa de não respostas.

Como já foi referido, o questionário foi desenvolvido tendo por base a fundamentação teórica e a observação de outros questionários dentro da mesma área de pesquisa. Especial ênfase foi dado ao questionário elaborado por Antunes (2006) durante o desenvolvimento da tese “A motivação dos enfermeiros dos hospitais do distrito de Castelo Branco – influência do vínculo laboral e factores determinantes”. Na concepção do questionário foram ainda levadas em conta diversas escalas nomeadamente: Escala de *Coping* ocupacional (Pinheiro *et al.* 2003, p.153-158; Tamayo e Tróccoli 2002, p.41); Escala de exaustão emocional e Escala de suporte organizacional percebida (Tamayo e Tróccoli 2002, p.41); Escala IMPAL – Inventário de mal-estar percebido em ambiente laboral (Figueroa, Schufer, Muinos, Marro & Coria, 2001 p. 653-659); MBI – *Maslach burnout inventory* (Carlotto e Câmara 2007, p.325-332).

O questionário está dividido em três partes, como consta no Apêndice 2. A primeira parte intitula-se de “Factores organizacionais que influenciam a QVT” e é constituído por quatro perguntas fechadas, com vários itens cada; e uma questão aberta de resposta curta. A segunda parte refere-se às “Consequências directas e indirectas da diminuição da QVT”. Sendo constituída por sete questões fechadas, das quais três apresentam sub-questões e uma questão aberta de resposta curta. A terceira parte é constituída por dez questões fechadas que pretende fazer uma “caracterização pessoal”.

Segundo Hill & Hill (2005, p.94) as perguntas fechadas têm as seguintes vantagens: i) facilidade na aplicação da análise estatística das respostas e ii) a possibilidade de analisar os dados de maneira sofisticada. Como desvantagens: i) respostas com pouca informação e ii) as respostas conduzem a conclusões simples.

Os mesmos autores referem que perguntas abertas podem levar à colheita de mais informação, que pode ser mais detalhada ou ainda inesperada. Contudo, as respostas às perguntas abertas podem ser por vezes, de difícil interpretação, pelo que existe a

necessidade de codificar as respostas. Por outro lado, são necessários dois avaliadores da interpretação e da codificação das respostas o que aumenta a morosidade do processo.

Tendo em conta esta descrição, a utilização dos dois tipos de questões no questionário pretende valorizar as vantagens e minimizar as desvantagens inerentes a cada um dos tipos de questão.

Para verificar a adequação do instrumento de colheita de dados, foi realizado um pré-teste em enfermeiros do *HNSR, E.P.E.*, que respeitavam os critérios de inclusão no estudo. Após este foram realizadas as devidas alterações e ajuste ao questionário, que foi novamente testado com a colaboração de novos enfermeiros do *HNSR, E.P.E.* prestadores de cuidados.

Os questionários foram entregues aos responsáveis pelos Serviços seleccionados a 5 de Maio de 2009 e foram posteriormente recolhidos a 5 de Junho de 2009. O seu preenchimento foi individual, anónimo e sem presença do investigador, tendo a recolha dos questionários sido realizada através de uma caixa sem possibilidade de abertura. Deste modo foram contornadas algumas variáveis "parasitas", como por exemplo o medo da não confidencialidade.

## **2.6. Procedimentos éticos**

Após a fase de elaboração do questionário, este foi entregue na administração do *HNSR, E.P.E.*, juntamente com: uma cópia do projecto de investigação, uma cópia do questionário e uma carta de apresentação (Apêndice 1), com o objectivo de solicitar a autorização da recolha dos dados nos Serviços. A resposta positiva ao pedido foi dada prontamente por parte da administração do Hospital.

Em seguida, procedeu-se ao protocolo de aplicação dos questionários tendo em atenção os procedimentos éticos exigidos.

Qualquer investigação efectuada junto de Seres Humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas que se podem colocar. Deste modo, os conceitos em estudo, o método de

colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem, por um lado contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas (Fortin 1999, p.113). Segundo Araújo (2000),

“Ética é a ciência crítica dos comportamentos, tendo em conta os valores e as normas. Como ciência, é um conhecimento estruturado (lógico), com uma racionalidade própria, e com uma capacidade crítica.(...) Um comportamento só é eticamente aceitável quando está orientado pelos valores éticos e pelas normas” (p.11-12).

Para Fortin (1999, p.113) a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado. Esse limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto Ser Humano.

Assim, para Fortin (1999, p.16) foram determinados, pelos códigos de ética, cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis ao ser humano: “o direito à autodeterminação, à intimidade, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal”, que serão descritos seguidamente:

■ Direito à autodeterminação

Baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual, qualquer pessoa é capaz de decidir por si própria, nomeadamente, sobre a sua participação ou não numa investigação. O direito ao consentimento informado é de extrema importância, uma vez que, os sujeitos devem possuir informação adequada quanto à pesquisa (consentimento livre e esclarecido), para que a sua participação seja voluntária (Fortin, 1999, p.116).

■ Direito à intimidade

O direito à intimidade diz respeito à liberdade da pessoa para decidir e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas que se relacionam com atitudes, valores, opiniões ou quaisquer outras informações pessoais que o participante aceite partilhar. Para tal, o investigador deve assegurar que no estudo a intimidade das pessoas envolvidas está protegida, salvaguardando o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos (Fortin, 1999, p.116-117).

- Direito ao anonimato e à confidencialidade

Com base neste direito, os resultados devem ser apresentados de forma, a que nenhum dos participantes possa ser reconhecido, pois os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito (Fortin, 1999, p.117).

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo

Este direito corresponde, segundo Fortin (1999, p.118), “às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem”. Pois, como menciona Frankena (1973), citada por Fortin (1999, p.118), “este direito é baseado no princípio da beneficência, segundo o qual os membros da sociedade desempenham um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam”.

- Direito a um tratamento justo e equitativo

Para Fortin (1999, p.119), o direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo. Deste modo, este princípio reporta a ausência de prejuízo para os participantes que desistam no decurso do estudo (Fortin, 1999, p.119).

Na etapa de colheita de dados, procurou-se obter o consentimento informado e esclarecido dos sujeitos, bem como a garantir de confidencialidade e anonimato. Foi garantido aos mesmos que os dados colhidos não teriam outra finalidade que não o estudo em causa, tendo sido a sua participação voluntária.

## **2.7. Procedimentos de tratamento da informação recolhida**

Quanto ao tratamento da informação recolhida pelo instrumento descrito acima, tal como foi referido anteriormente, os dados qualitativos capturados nas perguntas abertas foram tratadas segundo a técnica da análise de conteúdo. Os de natureza quantitativa foram tratados segundo procedimentos estatísticos, que serão descritos mais adiante.

Como se sabe, a análise de conteúdo foi definida por Bardin (2004, p.37), como uma técnica de “análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimento relativas às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Carmo e Ferreira (1998, p.252) referem que existem três etapas na utilização da análise de dados, sendo essas a descrição, definida como “a enumeração resumida após tratamento das características do texto”; a inferência que “é o procedimento intermédio que permite a passagem, explícita e controlada” da primeira fase para a terceira; e a interpretação que representa a etapa onde se atribui um significado as características. Os mesmos autores citam Bardin (1977) dizendo que a análise de conteúdo necessita de passar por várias etapas, como: definição dos objectivos e do quadro referencial teórico; constituição de um *corpus*; definição de categorias; definição de unidades de análise (unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração); quantificação (não obrigatório) e a interpretação dos resultados obtidos. Estes foram os procedimentos adoptados no presente estudo para o tratamento das duas questões de resposta aberta. Após a categorização (Apêndice 3) os dados foram introduzidos e analisados estatisticamente com a aplicação informática do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v.16), a par dos dados quantitativos recolhidos com as perguntas fechadas.

Quanto aos procedimentos estatísticos efectuados aos dados quantitativos, é de relevar que após a introdução dos dados no programa *SPSS*, adoptou-se para o seu tratamento técnicas relacionadas com a análise descritiva e a inferencial. A primeira análise permitiu a caracterização da amostra, designadamente através da frequência, mediana e desvio padrão do: i) número de enfermeiro por serviço; ii) idade dos enfermeiros; iii) género dos enfermeiros; iv) estado civil; v) número de filhos; vi) tipo de contrato; vii) tempo de profissão; e viii) horas de trabalho semanal. Igualmente foi efectuada a descrição da importância dos itens das escalas ordinais utilizadas nas perguntas relacionadas com as características locais do trabalho da enfermagem, entre as quais os seguintes aspectos: a) importância atribuída pelo *HNSR, E.P.E.*; b) satisfação com as condições físicas no local de trabalho; grau de influência dos factores na QVT; c) satisfação com o trabalho. De relevar que para Fortin (1999, p.272) a escala ordinal apresenta as diferentes categorias estão ordenadas, segundo uma ordem graduada e deste modo permite classificar os indivíduos segundo a sua avaliação face a determinada característica.



Posteriormente, com o objectivo de avaliar as tendências de resposta recolhidas procurou-se modelar as variáveis dependentes de cariz dicotómico, relacionadas com as “consequências da falta de QVT”, utilizando as variáveis independentes baseadas nos “factores que influenciam a QVT”. Para o efeito, recorreu-se à regressão logística binária.

Para que a apresentação dos resultados recorreu-se ao uso de tabelas, correspondentes aos extractos ou *outputs* do SPSS. Como se pode ver mais adiante, a apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização da amostra e das variáveis dependente e independente recorrendo à análise descritiva. Posteriormente é apresentada uma sistematização dos principais resultados da análise inferencial, aspectos que irão permitir compreender as tendências das respostas expressas pelos inquiridos, e consequentemente a problemática do estudo.

## **CAPITULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Neste capítulo pretende-se, através de forma sumária, efectuar a apresentação e análise dos dados recolhidos; para tal foram utilizados vários procedimentos de análise que se encontram desenvolvidos e sistematizados nos sub-capítulos seguintes.

### **3.1. Análise descritiva**

A análise descritiva dos dados “permite descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descreve os valores obtidos pela média das variáveis. As estatísticas descritivas incluem as distribuições de frequência, as medidas de tendência central (ex: média e mediana) e as medidas de dispersão (ex: amplitude, desvio padrão, variância e coeficiente de variação)” (Fortin 1999, p.277).

Os dados estatísticos vão ser tratados utilizando a estatística descritiva, recorrendo essencialmente às medidas de tendência central e de dispersão.

#### **3.1.1. Análise do primeiro objectivo**

Para concretizar o primeiro objectivo: “Identificar quais os Serviços com maior número de *turnover*, pedidos de transferências, acidentes de trabalho e absentismo do *HNSR, E.P.E.*” foi feita uma pesquisa em documentos cedidos pelo *HNSR, E.P.E.*

Através desses dados constatou-se que os três Serviços com mais pedidos de transferência foram: *Cirurgia, Medicina, Urgência Geral*.

Segundo os dados fornecidos pela Administração relativos ao Serviço de Saúde Ocupacional, os dois principais Serviços com registo de acidentes de trabalho no período de Janeiro a Outubro de 2008, foram a *Medicina* (8 incidentes) e a *Urgência Geral* (5 incidentes), como consta no Apêndice 5.

Os Serviços seleccionados estão entre os dez Serviços com maior absentismo, contudo os dados fornecidos não esclarecem o motivo do absentismo. A percentagem referente aos Serviços está entre 3,01% e 6,67%, como consta no Anexo 1.

### 3.1.2. Caracterização da amostra

A caracterização da amostra vai ser exposta em tabelas.

**Tabela 3 – Número de enfermeiros por Serviço**

	Total de enfermeiros	Enfermeiros participantes	% de participação	% da amostra
<i>Cirurgia</i>	42	36	85.7	42.9
<i>Medicina</i>	42	28	66.7	33.3
<i>Urgência Geral</i>	54	19	35.2	22.6
Total	138	83		98.9
<i>Missing</i>		1		1.2
<b>TOTAL</b>		84		100

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 3 comprova que o *Serviço de Cirurgia* teve uma participação de 85.7%, o de *Medicina* teve uma participação de 66,7% dos enfermeiros e a *Urgência Geral* teve a participação de 35,2% dos enfermeiros. Dos 84 enfermeiros inquiridos 42,9% correspondem aos enfermeiros do *Serviço de Cirurgia*; 33,3% (28 enfermeiros) correspondem ao *Serviço de Medicina* e 22,6% (19 enfermeiros) correspondem ao *Serviço de Urgência Geral*, como demonstra a Tabela 2.

**Tabela 4 – Idade dos enfermeiros**

<i>Missing</i>	2
Média	32
Mediana	29
Moda	26
Desvio padrão	8
Variância	66
Mínimo	22
Máximo	52

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho

Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

Na Tabela 4 pode verifica-se que a média de idade dos enfermeiros, dos três Serviços, é de 32 anos com um desvio padrão de 8. O enfermeiro mais novo tem 22 e o mais velho 52 anos. Na tabela 2 e 4 o campo *Missing* refere-se aos questionários não identificados por omissão de resposta.

**Tabela 5 – Idade dos enfermeiros distribuída por Serviços**

		<i>Cirurgia</i>	<i>Medicina</i>	<i>Urgência Geral</i>	<b>Total</b>
<b>20 – 30</b> <b>anos</b>	Frequência	17	22	6	45
	%	47.2%	78.6%	33.3%	54.9%
<b>31 – 40</b> <b>anos</b>	Frequência	11	4	4	19
	%	30.6%	14.3%	22.2%	23.2%
<b>41 – 50</b> <b>anos</b>	Frequência	7	2	8	17
	%	19.4%	7.1%	44.4%	20.7%
<b>51 – 60</b> <b>anos</b>	Frequência	1	0	0	1
	%	2.8%	0%	0%	1.2%
<b>TOTAL</b>	Frequência	36	28	18	82
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Com a Tabela 5 verifica-se que 54,9% dos enfermeiros laborando nos serviços em estudo têm idades compreendidas entre 20 e 30 anos, 45,1% dos enfermeiros tem idade superior a 31 anos, o que demonstrando que a equipa destes Serviços é bastante jovem e. O *Serviço de Medicina* é o serviço que apresenta equipas de carácter mais jovem com 78,6% de enfermeiros com idade entre 20 e 30 anos, sendo que o *Serviço de Cirurgia* e *Serviço de Urgência Geral* apresentam 47,2% e 33,3% respectivamente de enfermeiros nessa faixa etária. Note-se ainda que o, *Serviço de Urgência Geral* apresenta uma elevada percentagem (44,4%) de enfermeiros com idade entre 41 e 50 anos, no entanto apenas 19 de 55 enfermeiros participou no estudo.

**Tabela 6 – Género dos enfermeiros por serviço**

		<i>Cirurgia</i>	<i>Medicina</i>	<i>Urgência Geral</i>	<b>Total</b>
<b>Feminino</b>	Frequência	30	21	17	68
	%	83.3%	75.0%	89.5%	81.9%
<b>Masculino</b>	Frequência	6	7	2	15
	%	16.7%	25.0%	10.5%	18.1%
<b>TOTAL</b>	Frequência	36	28	19	83
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Na Tabela 6 é evidente a predominância do sexo feminino em quaisquer dos Serviços analisados, onde em termos médios 81,9% do total de enfermeiros é do sexo feminino enquanto 18,1% é do sexo masculino. A caracterização geral dos três Serviços reflecte-se nos Serviços individualmente.

**Tabela 7 – Estado civil dos enfermeiros por serviço**

		<i>Cirurgia</i>	<i>Medicina</i>	<i>Urgência Geral</i>	<b>Total</b>
<b>Solteiro</b>	Frequência	16	17	7	40
	%	45.7%	60.7%	36.8%	48.8%
<b>Casado</b>	Frequência	18	10	11	39
	%	51.4%	35.7%	57.9%	47.6%
<b>Divorciado</b>	Frequência	1	1	1	3
	%	2.9%	3.6%	5.3%	3.7%
<b>TOTAL</b>	Frequência	35	28	19	82
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A percentagem total de enfermeiros solteiros (48,8%) nos serviços analisados é muito próxima da percentagem de enfermeiros casados (47,6%). Por outro lado, os enfermeiros divorciados representam 3,7% do total da amostra estudada.

**Tabela 8 – Enfermeiros com filhos por serviço**

		<i>Cirurgia</i>	<i>Medicina</i>	<i>Urgência Geral</i>	<b>Total</b>
<b>Sim</b>	Frequência	20	5	12	37
	%	55.6%	17.9%	63.2%	44.6%
<b>Não</b>	Frequência	16	23	7	46
	%	44.4%	82.1%	36.8%	55.4%
<b>TOTAL</b>	Frequência	36	28	19	83
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Quando questionados sobre a existência de filhos a maioria dos enfermeiros responde negativamente (55,4%). Salienta-se que o serviço de Medicina é o Serviço que mais respondeu negativamente a esta questão. Contudo, é importante recordar que este é o serviço com maior número de enfermeiros jovens e solteiros (Tabela 5 e 7).

**Tabela 9 – Tipo de contrato dos enfermeiros por serviço**

		<i>Cirurgia</i>	<i>Medicina</i>	<i>Urgência Geral</i>	<b>Total</b>
<b>Contrato com termo certo</b>	Frequência	2	3	0	5
	%	5.6%	10.7%	0%	6.0%
<b>Contrato sem termo</b>	Frequência	18	21	10	49
	%	50.0%	75.0%	52.6%	59.0%
<b>Quadro</b>	Frequência	16	4	9	29
	%	44.4%	14.3%	47.4%	34.9%
<b>TOTAL</b>	Frequência	36	28	19	83
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

De um modo geral todos os novos enfermeiros contratados estabelecem um contrato individual de trabalho sem termo, assim 59% da amostra tem este tipo de contrato. Em seguida os enfermeiros que estão no “quadro” representam 34,9% e 6% refere ter um contrato com termo certo. De um modo geral os contratados estão em maioria nos Serviços em estudo.

Tabela 10 – Tempo de profissão

	Tempo de profissão	Tempo de serviço no serviço	Tempo de serviço no hospital
<b>Valid</b>	82	83	83
<b>Missing</b>	2	1	1
<b>Média (anos)</b>	8.906	5.719	7.352
<b>Mediana (anos)</b>	5.0	4.0	4.0
<b>Moda (anos)</b>	4.0	4.0	4.0
<b>Desvio Padrão</b>	7.9388	5.5084	6.9073
<b>Variância</b>	63.024	30.342	47.711
<b>Mínimo (anos)</b>	0.2	0.1	0.2
<b>Máximo (anos)</b>	31.0	20.0	23.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Na Tabela 10 constata-se que existe grande dispersão de dados, no que diz respeito à experiência (em anos) dos enfermeiros. Este facto pode ser avaliado analisando os elevados desvios padrão (variam entre 5,5 a 7,94) em relação às médias, como também através dos valores mínimos e máximos que variam entre 0,1 e 31 anos de experiência profissional. É possível constatar também que a média de anos de profissão nas subcategorias: tempo de profissão, tempo de serviço no serviço e tempo de serviço no hospital, é superior à mediana o que indica que em quaisquer dos casos os dados encontram-se enviesados à esquerda. Posto este viés a medida que melhor caracteriza a amostra é a mediana. Assim, 50% dos enfermeiros destes Serviços apresenta 5 ou menos anos de profissão e 4 ou menos anos de tempo no serviço ou de tempo de serviço no hospital.

Tabela 11 – Horas de trabalho semanal

		<b>Cirurgia</b>	<b>Medicina</b>	<b>Urgência Geral</b>	<b>Total</b>
<b>35h</b>	Frequência	17	10	14	41
	%	47.2%	35.7%	77.8%	50.0%
<b>40h</b>	Frequência	19	18	4	41
	%	52.8%	64.3%	22.2%	50.0%
<b>TOTAL</b>	Frequência	36	28	18	82
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Da amostra estudada 50% trabalha 35 horas semanais e 50% trabalha 40 horas. Porém, 77,8% dos enfermeiros inquiridos do *Serviço de Urgência Geral* trabalham 35 horas

semanais, enquanto a tendência inversa é verificada nos *Serviços de Cirurgia* (52,8%) e *Serviço de Medicina* (64,3%), apresentando um maior número de enfermeiros sob um contrato de 40 horas.

### 3.1.3. Valores organizacionais

A primeira pergunta do questionário relaciona-se com a perspectiva dos enfermeiros sobre a importância atribuída pela organização a determinados valores. A escala ordinal utilizada para esta pergunta tem cinco valores de importância, sendo: o 1, “sem importância”; 2, significa “dá-se pouca importância”; 3, significa “nem muito nem pouca importância”; 4, significa “dá-se importância” e o 5, significa que se “dá muita importância” a determinado valor organizacional.

Tabela 12 – Importância dos valores organizacionais

	Mediana	Moda
Imp. competência técnica	4	4
Imp. centralização do trabalho	3	3
Imp. bem-estar das pessoas	3	3
Imp. estabilidade da organização	3	3
Imp. poder das chefias	4	4
Imp. desenvolvimentos tecnológico e inovação	3	3
Imp. estabelecimento de procedimentos e normas	3	3
Imp. ouvir a opinião e sugestões das pessoas	3	3
Imp. trabalho em equipa	3	3
Imp. espírito de iniciativa	3	3
Imp. realização pessoal e profissional	3	3
Imp. novos serviços para a comunidade e profissionais	3	3

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Com a Tabela 12 verifica-se que os enfermeiros percebem que a organização “não dá nem muita nem pouca importância” à maioria dos valores organizacionais listados no questionário. Para cada valor organizacional a mediana e a moda não diferem, pelo que a avaliação com maior número de observações (moda) é igual à avaliação feita pelo indivíduo que separa a amostra em duas metades, após os dados serem ordenados. Logo, para a “competência técnica” e para o “poder das chefias” 50% amostra tem



valores inferiores ou iguais a 4 (alguma importância) e 50% da amostra apresenta valores superiores ou iguais a 4.

Conclui-se que, de um modo geral, na perspectiva dos enfermeiros o *HNSR, E.P.E.* não atribui nem muita nem pouca importância aos valores organizacionais enumerados no questionário.

### 3.1.4. Condições físicas de trabalho

Nesta questão, relacionada com as condições físicas no local de trabalho os enfermeiros classificaram as condições segundo uma escala de cinco níveis, onde o 1, refere-se as condições “muito más”, 2, significa “más”; 3, significa “nem boas nem más”; 4, significa “boas” e o 5, significa que as condições são “muito boas”.

Tabela 13 – Condições físicas

	Mediana	Moda
Estrutura física	3	3
Iluminação, climatização e ventilação	3	3
Recursos materiais	3	3
Equipamento auxiliar	3	3
Higiene e segurança	3	3
Espaço exclusivo do pessoal	3	3
Ruído	3	3

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Verificando a Tabela 13 constata-se que a avaliação, feita pelos enfermeiros, das condições físicas no local de trabalho está avaliada como sendo “nem boas nem más”, uma vez que, a moda apresenta-se com o número 3.

### 3.1.5. Influência na qualidade de vida no trabalho

Na terceira questão do questionário os enfermeiros avaliam a influência de alguns factores na QVT numa escala de cinco níveis, sendo que: o 1, significa “sem influencia”;

2, significa “muito pouco influente”; 3, significa “nem muito nem pouco influente”; 4, significa “influente” e o 5, “muito influente”.

Esta questão pretende dar resposta ao segundo objectivo da tese, citando: “Listar os factores que os enfermeiros dos Serviços de *Cirurgia, Medicina e Urgência Geral* do HNSR, E.P.E consideram ter maior influência na sua QVT”.

**Tabela 14 – Factores que influenciam a QVT**

	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>Influ. perspectiva de promoção e progressão na carreira</b>	4	5
<b>Influ. condições de trabalho</b>	4	4
<b>Influ. organização e funcionamento do serviço</b>	4	4
<b>Influ. colaboração e relação com colegas</b>	4	5
<b>Influ. Remuneração</b>	4	4
<b>Influ. colaboração e relação com superior</b>	4	4
<b>Influ. natureza do trabalho</b>	4	4
<b>Influ. colaboração e relação com subordinados</b>	4	4
<b>Influ. motivação para o trabalho</b>	5	5
<b>Influ. estabilidade do emprego</b>	4	5
<b>Influ. autonomia na realização das tarefas</b>	4	4
<b>Influ. Responsabilidade</b>	4	4
<b>Influ. sobrecarga de trabalho</b>	5	5
<b>Influ. subcarga de trabalho</b>	4	4
<b>Influ. conhecimentos sobre utilização de novas tecnologias</b>	4	4
<b>Influ. horário de trabalho</b>	4	4
<b>Influ. estilo de liderança</b>	4	4
<b>Influ. reconhecimento pelos colegas</b>	4	4
<b>Influ. reconhecimento pelos superiores</b>	4	4
<b>Influ. possibilidade de fazer o que gosta</b>	4	4
<b>Influ. existência de SSHST</b>	4	3
<b>Influ. acesso a formação e desenvolvimento profissional</b>	4	4

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 14 mostra o valor de tendência central para a maioria dos factores que influenciam a QVT é 4. O que significa que 50% da amostra considera “influente” ou “muito influente” os referidos factores para a sua QVT. Note-se ainda que a moda, ou valor com maior número de observações para a maioria dos factores listados é 4, o que significa que uma grande proporção de enfermeiros considera “influente” o papel destes

factores na sua QVT. No entanto, a “motivação para o trabalho” e a “sobrecarga de trabalho” destacam-se dos restantes factores, uma vez que a mediana e a moda foram avaliadas com 5, significando que estes factores assumem especial relevância na QVT dos enfermeiros inquiridos. Apenas a “existência de Serviço de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho (SSHST)” foi avaliada como “nem muito, nem pouco influente” na QVT dos enfermeiros.

Na última alínea da questão pedia-se para identificar outro factor com influência na QVT. Foram sugeridos cinco outros factores, cada um com frequência de 1, “espaço anti-stress”, avaliado com 4 no nível de influência; “remuneração igual”, avaliado com 5; “conhecimento das estratégias do hospital”, avaliado com 4; “reconhecimento dos enfermeiros”, avaliado com 5; e “falta de enfermeiros” avaliado com 4.

### 3.1.6. Satisfação dos enfermeiros

Os enfermeiros foram questionados quanto à satisfação das actuais circunstâncias da sua vida profissional. A escala utilizada tem cinco níveis, onde o 1, refere-se ao “muito insatisfeito”; 2, significa “insatisfeito”; 3, significa “nem satisfeito nem insatisfeito”; 4, significa “satisfeito” e o 5, ao “muito satisfeito”.

**Tabela 15 – Satisfação dos enfermeiros em relação ao trabalho**

	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>Satis. perspectivas de progressão</b>	2	1
<b>Satis. organização e funcionamento do serviço</b>	3	3
<b>Satis. colaboração e clima entre colegas</b>	4	4
<b>Satis. Remuneração</b>	2	2
<b>Satis. colaboração e clima com superior</b>	4	4
<b>Satis. trabalho que realiza</b>	4	4
<b>Satis. colaboração e clima com subordinados</b>	4	4
<b>Satis. considerando todos os aspectos</b>	3	3

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Quando questionados sobre a satisfação de determinados aspectos relacionados com a vida profissional, as respostas dos enfermeiros apresentam modas e medianas com grande amplitude de resultados. No que diz respeito à satisfação com a “colaboração e clima entre colegas, superiores e subordinados” e com o “trabalho que realiza”, os

enfermeiros apresentam-se de uma forma geral satisfeitos com estes parâmetros. No entanto, consideram-se “nem satisfeitos nem insatisfeitos” com a “organização e funcionamento do serviço”. E ainda, “insatisfeito” ou “muito insatisfeitos” quando questionados sobre as “perspectivas de progressão” e a “remuneração”.

Fazendo uma avaliação global de todos os aspectos sobre a satisfação dos enfermeiros face ao trabalho, os enfermeiros “não estão satisfeitos nem insatisfeitos”.

### **3.1.7. Sugestões para a melhoria da qualidade de vida no trabalho**

O questionário englobava duas questões de resposta aberta, uma das quais pedia aos enfermeiros para apresentarem sugestões de melhoria da QVT. As sugestões apresentadas foram categorizadas em: i) a melhoria da organização e articulação do trabalho entre a equipa multidisciplinar; ii) a melhoria da organização do trabalho através de protocolos actualizados; iii) formação em serviço e reuniões regulares; iv) a melhoria das condições físicas e do equipamento; v) a melhoria das condições contratuais e de carreira; vi) o aumento do número de enfermeiros e de Assistente Operacional (AO) e por fim, vii) diminuição da sobrecarga de trabalho; e reconhecimento.

A seguinte tabela 16 pretende resumir as sugestões de melhoria da QVT, transmitidas pelos enfermeiros. Existem enfermeiros que não responderam a esta pergunta e outros que deram mais do que uma sugestão.

**Tabela 16 – Sugestões de melhoria de QVT**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Melhoria da organização e articulação do trabalho entre a equipa multidisciplinar</b>	11	22
<b>Melhoria da organização do trabalho através de protocolos actualizados, formação em serviço e reuniões regulares</b>	3	6
<b>Melhoria das condições físicas e do equipamento</b>	3	6
<b>Melhoria das condições contratuais e de carreira</b>	11	22
<b>Aumento do número de enfermeiros e de AO e diminuição da sobrecarga de trabalho</b>	18	36
<b>Reconhecimento</b>	4	8
<b>Total</b>	50	100

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 16 permite-nos perceber que a categoria “aumento do número de enfermeiros e de AO e diminuição da sobrecarga de trabalho” representa 36% das sugestões elaboradas pelos enfermeiros da amostra. As categorias de “melhoria da organização e articulação do trabalho entre a equipa multidisciplinar” e “melhoria das condições contratuais e de carreira” surgem em 22% das sugestões dos enfermeiros. O “reconhecimento” com 8%, a “melhoria da organização do trabalho através de protocolos actualizados, formação em serviço e reuniões regulares” com 6% e a “melhoria das condições físicas e do equipamento” e com 6%, representam outras das sugestões apresentadas.

### 3.1.8. Rotatividade

Para avaliar a rotatividade foram elaboradas quatro questões relacionadas com a mudança de posto de trabalho. A primeira pergunta: “Se fosse possível voltar atrás, voltaria a escolher a Instituição onde trabalha para desenvolver a sua actividade?”, apresenta os seguintes resultados.

**Tabela 17 – Repetir a escolha do HNSR**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	67	79.8
<b>Não</b>	16	19.0
<b>Total</b>	83	98.8
<b>Missing</b>	1	1.2
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Verificando a Tabela 17 constata-se que 79,8% dos enfermeiros voltaria a escolher o HNSR, E.P.E. para desempenhar as suas funções e apenas 19% dos inquiridos não o voltaria a fazer.

**Tabela 18 – Repetir a escolha do HNSR por faixas etárias**

	<b>20 – 30 anos</b>	<b>31 – 40 anos</b>	<b>41 – 50 anos</b>	<b>51 – 60 anos</b>	<b>Total</b>
<b>Sim</b>	37	13	14	1	65
<b>Não</b>	7	6	3	0	16
<b>Total</b>	44	19	17	1	81

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do *HNSR, E.P.E.*

Pode ainda verifica-se, com a Tabela 18, que dos 16 enfermeiros que não voltariam a escolher o *HNSR, E.P.E.*, 13 têm idade compreendida os 20 e os 40 anos.

A segunda pergunta pretende averiguar se os enfermeiros saíam do *HNSR, E.P.E.*, para outro hospital mantendo o mesmo tipo de contrato.

**Tabela 19 – Sair do HNSR mantendo condições contratuais**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	22	26.2
<b>Não</b>	61	72.6
<b>Total</b>	83	98.8
<b>Missing</b>	1	1.2
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 19 salienta que 26,2% dos enfermeiros sairia do *HNSR, E.P.E* para outro hospital mantendo as mesmas condições contratuais.

**Tabela 20 – Sair do HNSR mantendo condições contratuais por faixas etárias**

	<b>20 – 30 anos</b>	<b>31 – 40 anos</b>	<b>41 – 50 anos</b>	<b>51 – 60 anos</b>	<b>Total</b>
<b>Sim</b>	12	4	5	0	21
<b>Não</b>	33	15	11	1	60
<b>Total</b>	45	19	16	1	81

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 20 mostra que dos 21 enfermeiros que mudariam de hospital mesmo mantendo as mesmas condições contratuais mais de metade (12) têm idades compreendidas entre os 20 e 30 anos.

A terceira questão está relacionada com a saída do *HNSR, E.P.E* para outro hospital com um contrato com melhores condições contratuais.

**Tabela 21 – Sair do HNSR melhorando as condições contratuais**

	Frequência	%
<b>Sim</b>	69	82.1
<b>Não</b>	13	15.5
<b>Total</b>	82	97.6
<b>Missing</b>	2	2.4
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 21 demonstra que 82,1% dos enfermeiros mudava de hospital se outro oferecesse melhores condições contratuais (ex. salário base, horas de qualidade) e 15,5% não saía do *HNSR, E.P.E* mesmo que o novo contrato de trabalho oferecesse condições mais aliciantes.

**Tabela 22 – Sair do HNSR melhorando as condições contratuais por faixas etárias**

	20 – 30 anos	31 – 40 anos	41 – 50 anos	51 – 60 anos	Total
<b>Sim</b>	39	16	13	0	68
<b>Não</b>	6	3	2	1	12
<b>Total</b>	45	19	15	1	80

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Com a Tabela 22 verifica-se ainda que o fenómeno ocorre independentemente da faixa etária. Exceptuando o único elemento com idade entre 51 e 60 anos, a maioria dos enfermeiros em cada uma das faixas etárias mudavam de hospital desde que as condições contratuais melhorassem.

Por fim, a quarta questão questiona os enfermeiros em relação à saída do serviço mantendo funções no *HNSR, E.P.E.*.

**Tabela 23 – Mudança de serviço**

	Frequência	%
<b>Sim</b>	35	41.7
<b>Não</b>	48	57.1
<b>Total</b>	83	98.8
<b>Missing</b>	1	1.2
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

A mudança de serviço é frequente em enfermagem, e permite o aumento do conhecimento em diferentes áreas. No entanto, se for do interesse dos enfermeiros, especializar cuidados em determinada área, a mudança de serviço fica limitada. A Tabela 23 revela que 41,7% dos enfermeiros mudaria de serviço dentro do HNSR, E.P.E. se essa opção lhe fosse colocada.

**Tabela 24 – Mudança de serviço por serviço**

	<b>Cirurgia</b>	<b>Medicina</b>	<b>Urgência Geral</b>	<b>Total</b>
<b>Sim</b>	11	21	3	35
<b>Não</b>	24	7	16	47
<b>Total</b>	35	28	19	82

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Por outro lado, o *Serviço de Medicina*, como mostra a Tabela 24, é o serviço com maior número de enfermeiros que afirmam a possibilidade de mudança de serviço.

**Tabela 25 – Mudança de serviço por faixa etária**

	<b>20 – 30 anos</b>	<b>31 – 40 anos</b>	<b>41 – 50 anos</b>	<b>51 – 60 anos</b>	<b>Total</b>
<b>Sim</b>	22	8	4	0	34
<b>Não</b>	23	10	13	1	47
<b>Total</b>	45	18	17	1	81

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 25 mostra que a faixa etária entre 20 e 30 anos contém a maioria dos enfermeiros com intenção de mudança de serviço. Assim, pode dizer-se que os elementos mais novos do *Serviço de Medicina* são os que demonstram maior probabilidade de mudança de serviço.

Os enfermeiros que responderam afirmativamente à mudança de hospital ou de Serviços enumeraram por ordem de importância de 1 a 3, sendo o 1 o mais importante e o 3 o motivo de menor importância, os motivos que os levaria a fazer essa escolha.



Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

**Tabela 26 – Motivo de saída com maior importância**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Condições físicas de trabalho desfavoráveis</b>	3	3.6
<b>Política salarial</b>	34	40.5
<b>Critérios de avaliação</b>	1	1.2
<b>Subcarga / sobrecarga de trabalho</b>	7	8.3
<b>Trabalho por turnos</b>	1	1.2
<b>Desgaste físico e psicológico</b>	1	1.2
<b>Problemas pessoais</b>	1	1.2
<b>Novos conhecimentos</b>	3	3.6
<b>Deficiente preenchimento</b>	19	22.6
<b>Total</b>	70	83.3
<b>Missing</b>	14	16.7
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Segundo a Tabela 26 o motivo com maior importância identificado como impulsionador da mudança, é a “política salarial” com 34 respostas, representando 40,5% dos enfermeiros. A “subcarga/sobrecarga de trabalho” foi escolhida por 8,3% dos enfermeiros, as “condições físicas de trabalho desfavoráveis” e os “novos conhecimentos” por 3,6%, sendo por isso outros dos motivos assinalados como os mais influentes na decisão de mudança. Das 70 respostas, 19 apresentam “deficiente preenchimento”.

**Tabela 27 – Segundo motivo de saída**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Condições físicas de trabalho desfavoráveis</b>	4	4.8
<b>Política salarial</b>	6	7.1
<b>Critérios de avaliação</b>	8	9.5
<b>Relacionamento com superiores</b>	2	2.4
<b>Subcarga/sobrecarga de trabalho</b>	13	15.5
<b>Desgaste físico e psicológico</b>	11	13.1
<b>Novos conhecimentos</b>	6	7.1
<b>Outro motivo</b>	1	1.2
<b>Deficiente preenchimento</b>	19	22.6
<b>Total</b>	70	83.3
<b>Missing</b>	14	16.7
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 27 demonstra que o segundo motivo de saída do serviço ou hospital, mais seleccionado pelos enfermeiros que responderam ao questionário é a “subcarga/sobrecarga de trabalho” com 13 enumerações, representando 15,5% dos enfermeiros. Em seguida, com 11 respostas é o motivo “desgaste físico e psicológico”, representando 13,1% dos enfermeiros. Com 8 respostas encontram-se os “critérios de avaliação”, representando 9,5% dos enfermeiros.

**Tabela 28 – Terceiro motivo de saída**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Condições físicas de trabalho desfavoráveis</b>	11	13.1
<b>Política salarial</b>	5	6.0
<b>Critérios de avaliação</b>	3	3.6
<b>Relacionamento com superiores</b>	1	1.2
<b>Relacionamento com subordinados</b>	1	1.2
<b>Relacionamento com colegas</b>	2	2.4
<b>Características das tarefas</b>	1	1.2
<b>Subcarga/sobrecarga de trabalho</b>	5	6.0
<b>Trabalho por turnos</b>	2	2.4
<b>Desgaste físico e psicológico</b>	15	17.9
<b>Novos conhecimentos</b>	4	4.8
<b>Outro motivo</b>	1	1.2
<b>Deficiente preenchimento</b>	18	21.4
<b>Total</b>	69	82.1
<b>Missing</b>	15	17.9
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

O motivo com menor grau de importância, dos três mencionados, para mudança de serviço é o “desgaste físico e psicológico” representando 17,9% dos enfermeiros. As “condições físicas de trabalho desfavorável” representam a resposta de 13,1% dos enfermeiros. Os motivos menos mencionados foram: “relacionamento com superiores”, “relacionamento com subordinados”, “características das tarefas” com 1 enumeração cada uma, representando 1,2% dos enfermeiros.

**Tabela 29 – Motivo de saída – Quadro geral**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Condições físicas de trabalho desfavoráveis</b>	18	11,8
<b>Política salarial</b>	45	29,4
<b>Critérios de avaliação</b>	12	7,8
<b>Relacionamento com superiores</b>	3	2
<b>Relacionamento com subordinados</b>	1	0,6
<b>Relacionamento com colegas</b>	2	1,3
<b>Características das tarefas</b>	1	0,6
<b>Subcarga/sobrecarga de trabalho</b>	25	16,3
<b>Trabalho por turnos</b>	3	2
<b>Desgaste físico e psicológico</b>	27	17,6
<b>Novos conhecimentos</b>	13	8,5
<b>Outro motivo</b>	2	1,3
<b>Problemas pessoais</b>	1	0,6
<b>TOTAL</b>	153	100,0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Numa visão global, e dando resposta ao terceiro objectivo específico, dos motivos enumerados pelos enfermeiros como influenciadores de rotatividade/*turnover* de hospital e/ou serviço, o mais mencionado com 29,4% das respostas foi o motivo relacionado com a “política salarial”. Em segundo, com cerca de 17,6% das respostas, encontra-se o “desgaste físico e psicológico”, e em terceiro, com 16,3%, encontra-se a “subcarga/sobrecarga de trabalho”. Os motivos menos mencionados com 0,6% das respostas foram: o “relacionamento com subordinados”, as “características das tarefas” e os “problemas pessoais”.

### **3.1.9. Assiduidade**

Em relação à assiduidade os enfermeiros foram questionados se tinham faltado nos últimos 12 meses. E, se fosse o caso, qual o motivo que justificou a falta ou atraso.

**Tabela 30 – Assiduidade**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	38	45.2
<b>Não</b>	46	54.8
<b>Total</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 30 demonstra que 45,2% dos enfermeiros respondeu que no último ano chegaram atrasados ou faltaram pelo menos uma vez.

**Tabela 31 – Motivo do atraso ou falta**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Doença</b>	11	13.1
<b>Patologia profissional</b>	2	2.4
<b>Legal</b>	10	11.9
<b>Ocasional</b>	13	15.5
<b>Total</b>	36	42.9
<b>Missing</b>	48	57.1
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Verificou-se ainda que 15,5% das respostas correspondem ao atraso “ocasional” (Tabela 31), relacionado com o trânsito, por exemplo. O segundo motivo mais mencionado foi a “doença” com 13,1%, e o terceiro motivo com 11,9% reflecte o motivo legal como a licença de nojo, maternidade ou casamento, por exemplo. O motivo menos frequente com duas respostas apenas está relacionado com a “patologia profissional”.

Com este subcapítulo pretendeu-se responder a parte do terceiro objectivo específico, definindo as principais causas de atraso ou falta. Assim, as principais causas de atraso são por motivos “ocasionais” e por “doença”.

### **3.1.10. Acidentes de trabalho**

Neste subcapítulo pretende-se identificar as principais causas de acidentes de trabalho, dando, deste modo, resposta a parte do terceiro objectivo específico.

Os enfermeiros foram questionados se no ano de 2008 sofreram algum acidente de trabalho. Em caso de resposta positiva o inquirido teriam de responder a mais três questões relacionadas com o tema.

**Tabela 32 – Acidentes de trabalho em 2008**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	17	20.2
<b>Não</b>	67	78.8
<b>Total</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 32 demonstra que 20,2% dos enfermeiros sofreram acidentes de trabalho no último ano.

**Tabela 33 – Sinalização de acidentes de trabalho**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	16	19.0
<b>Não</b>	1	1.2
<b>Total</b>	17	20.2
<b>Missing</b>	67	79.8
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Segundo a Tabela 33 dos 17 enfermeiros que sofreram acidentes de trabalho, 16 sinalizaram o incidente e apenas 1 não o fez.

**Tabela 34 – Acidentes de trabalho por serviço**

	<b>Cirurgia</b>	<b>Medicina</b>	<b>Urgência Geral</b>	<b>Total</b>
<b>Sim</b>	5	7	5	17
<b>Não</b>	31	21	14	66
<b>Total</b>	36	28	19	83

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Com a Tabela 34 verifica-se que dos 19 enfermeiros da *Urgência Geral* 5 (26,3%) sofreram acidentes de trabalho. No *Serviço de Medicina*, dos 28 enfermeiros inquiridos 7 (25%) sofreram acidentes de trabalho, assim também como 5 (13,9%) dos 36 enfermeiros do *Serviço de Cirurgia*.

**Tabela 35 – Motivo do acidente de trabalho**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Picada</b>	8	9.5
<b>Corte</b>	1	1.2
<b>Traumatismo</b>	2	2.4
<b>Queda</b>	1	1.2
<b>Contacto com produtos biológicos contaminados</b>	4	4.8
<b>Outro motivo</b>	1	1.2
<b>Total</b>	17	20.2
<b>Missing</b>	67	79.8
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 35 demonstra que a maior causa de acidentes de trabalho, nos Serviços estudados, são as “picadas”, com 8 sinalizações, seguida do “contacto com produtos biológicos contaminados” com 4 sinalizações.

**Tabela 36 – Causa de acidentes de trabalho**

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Acidental</b>	16	19.0
<b>Falta de condições físicas</b>	1	1.2
<b>Total</b>	17	20.2
<b>Missing</b>	67	79.8
<b>TOTAL</b>	84	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 36 mostra que 16 sinalizações tinham “acidental” como causa e apenas 1 foi assinalada como causa a “falta de condições físicas”.

Assim, com este subcapítulo dá-se por atingido o terceiro objectivo específico, ficando então definidas as principais causas de acidentes de trabalho no Serviços seleccionados, sendo estas: as “picadas” e o “contacto com produtos biológicos”.

### 3.1.11. Serviço de saúde, higiene e segurança no trabalho

Os enfermeiros responderam a uma questão relacionada com a importância do SSHST na melhoria dos níveis de QVT, tendo sido utilizada uma escala de 1 a 5, sendo o 1 correspondente a “muito pouco importante” e o 5 correspondente ao “muitíssimo importante”.

Tabela 37 – Importância do SSHST

	Frequência	%
Muito pouco importante	3	3.6
Pouco importante	5	6.0
Nem muito nem pouco importante	27	32.1
Importante	24	28.6
Muito importante	21	25.0
Total	80	95.2
Missing	4	4.8
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

Pela análise da Tabela 37 conclui-se que 53,6% dos enfermeiros questionados afirmam que o SSHST é “importante” (28,6%) ou “muito importante” (25%) para a melhoria dos níveis de QVT. Note-se ainda que 32,1% dos enfermeiros inquiridos considera o SSHST “nem muito, nem pouco importante”, e apenas 3,6% dos enfermeiros questionados menciona que o SSHST é “muito pouco importante”.

### 3.1.12. Diminuição da qualidade de vida no trabalho

A segunda questão aberta do questionário está relacionada com a identificação das principais consequências da diminuição da QVT. Alguns dos inquiridos sugeriram mais do que uma consequência para a diminuição da QVT. À semelhança da primeira questão aberta foram, também, criadas categorias a partir das respostas dadas para possibilitar o tratamento estatístico das mesmas.

Tabela 38 – Consequências da diminuição da QVT

	Frequência	%
<b>Desmotivação</b>	29	27.9
<b>Alterações e desgaste físico</b>	26	25
<b>Alterações e desgaste psicológico</b>	26	25
<b>Consequências para outros (família, colegas, utentes)</b>	15	14.4
<b>Stress e/ou burnout</b>	8	7.7
<b>TOTAL</b>	104	100.0

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009.

A Tabela 38 demonstra que 27,9% das respostas direccionam para a principal consequência da diminuição da QVT a “desmotivação”, em segundo lugar com 25% das respostas estão as “alterações e desgaste físico” e “alterações e desgaste psicológico”. As “consequências para outros” representam 14,4% das respostas dadas. O “stress e/ou burnout” representa 7.7% das respostas dadas relacionadas com as consequências da diminuição da QVT.

### 3.2. Análise inferencial

A análise inferencial permite a generalização dos resultados à população de onde a amostra foi retirada (Fortin 1999:283).

Neste subcapítulo pretende-se identificar tendências de resposta dos enfermeiros relacionadas com rotatividade, assiduidade e acidentes de trabalho (consequências da falta da QVT) consoante as respostas dadas sobre os factores de risco. Para tal, utilizou-se a regressão logística binária (uma vez que a variável resposta é dicotómica) para determinar os *Odds Ratio*, que indicam a predisposição para “para sair do hospital ou não”, “para mudar de serviço ou não”, para “chegar atrasado/faltar ou não” e “para sofrer ou não acidentes de trabalho”, tendo por outro lado como variáveis independentes: i) importância dada pela organização aos factores que influenciam a QVT; ii) avaliação das condições físicas do local de trabalho; iii) satisfação com o trabalho.



## Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

Os *Odds Ratio* que nos são dados na coluna  $\text{Exp}(\beta)$  apresentado na Tabela 48 referem-se à:

- Existência de predisposição para os enfermeiros responderem “sim” ou “não”, se o *Odds Ratio* igual a 1.
- Existência de predisposição para os enfermeiros responderem “sim”, em relação aos que escolheram o nível mais elevado da escala, se *Odds Ratio* > 1.
- Existência de predisposição para os enfermeiros responderem “não”, em relação aos que escolheram o nível mais elevado da escala, se *Odds Ratio* < 1.

Relativamente à significância dos *Odds Ratio* na população de onde foram retirados os dados, vai utilizar-se o intervalo de confiança a 95% para os *Odds Ratio*, onde: se 1 pertence ao intervalo, o *Odds Ratio* não é significativo; caso contrário, se 1 não pertence ao intervalo de confiança, o *Odds Ratio* é significativo (Apêndice 4) na população.

A análise revela que existem factores de qualidade de vida que influenciam as respostas relativas ao *turnover/rotatividade*, assiduidade e acidentes de trabalho. A grande maioria dos *Odds Ratio* não é significativa, no entanto, são indicativos de uma certa predisposição.

As variáveis independentes foram avaliadas utilizando uma escala de 1 a 5, sendo que 1 representa o valor mais baixo da avaliação e o 5 o valor máximo. Como variáveis dependentes foram usadas as seguintes:

- Escolha da mesma instituição para trabalhar (Variável Dependente [VD]1).
- Sair da instituição mantendo as mesmas condições contratuais (VD2).
- Sair da instituição melhorando as condições contratuais (VD3).
- Sair do serviço mantendo a mesma instituição (VD4).
- Faltar ou chegar atrasado (VD5).
- Sofrer acidentes de trabalho (VD6).

Foi a partir dos resultados apresentados que foi elaborada a tabela-resumo que se segue. Na Tabela 39 constam apenas os resultados mais significativos, onde, se pode observar que nalguns casos, a amplitude do intervalo de resultados é elevada, situação que poder ser justificada pela pequena dimensão da amostra de casos observados.

Tabela 39 – Tabela resumo das regressões significativas

Variável independente	Variável dependente	Sig.	Exp( $\beta$ )	95.0% C.I. Exp( $\beta$ )	
			Odds Ratio	Lower	Upper
Competência técnica	VD6 "Dá-se importância"	0,034	0,174	0,035	0,873
Centralização do trabalho	VD6 "Dá-se importância"	0,013	0,67	0,008	0,571
Espírito de iniciativa	VD2 "Sem importância"	0,043	24,000	1,111	518,581
Realização pessoal e profissional	VD1 "Não se dá nem muita nem pouca importância"	0,031	9,300	1,230	70,333
	VD4 "Sem importância"	0,024	21,000	1,504	293,253
Novos serviços para a comunidade e profissionais	VD1 "Não se dá nem muita nem pouca importância"	0,019	8,500	1,426	50,655
	VD3 "Dá-se pouca importância"	0,026	13,333	1,364	130,305
Condições físicas do local de trabalho	VD1	0,019	5,348	1,320	21,661
	VD4	0,032	0,284	0,090	0,898
Satisfação com o trabalho	VD2	0,003	0,165	0,051	0,537

Fonte: Dados recolhidos através do Questionário aplicado aos enfermeiros de 5 de Maio a 5 de Junho de 2009, segundo Apêndice 4.

Dos resultados apresentados na Tabela 39, baseados no Apêndice 4, pode dizer-se que quem atribui "importância" à competência técnica, e relativamente a quem atribui "muita importância" (*Odds Ratio* de 0,174 <1), diminui a possibilidade de responder que sofre acidentes de trabalho em 82.6% ( $100 \times (0,174 - 1) = -82.8$ ). Ou seja, os enfermeiros que percebem que a organização atribui importância à competência técnica, diminui em 82,6% a probabilidade sofrer acidentes de trabalho, relativamente a quem atribui muita importância.

A mesma tabela revela que quem atribui "importância" à centralização do trabalho, e relativamente a quem atribui "muita importância" (*Odds Ratio* de 0,67 <1), diminui a probabilidade de responder que sofre acidentes de trabalho em 33% ( $100 \times (0,67 - 1) = -33$ ). Por outras palavras, aos enfermeiros que percebem que a organização atribui "importância" à "centralização do trabalho", aumenta a probabilidade em 33% de responder que não sofre acidentes de trabalho, relativamente a quem atribui "muita importância".

Pode dizer-se que quem "não atribui importância" ao espírito de iniciativa, relativamente a quem considera que a instituição atribui "muita importância" (*Odds Ratio* de 24,000 >1),

aumenta a chance em 24 vezes de responder que sairia da Instituição, mesmo que mantendo as mesmas condições contratuais. Ou seja, os enfermeiros que percebem que a organização não dá importância ao espírito de iniciativa, tem 24 vezes mais predisposição de mudar de Instituição do que os que avaliam o espírito de iniciativa como “muito importante”.

A partir da Tabela 39 pode dizer-se que quem considera que a organização atribui “nem muita nem pouca importância” à “realização pessoal e profissional”, relativamente a quem considera que a organização atribui “muita importância” (*Odds Ratio* de 9,300 >1), aumenta a chance em 9,3 vezes dos enfermeiros responderem que voltariam a escolher a mesma instituição para trabalhar. Ou seja, os enfermeiros que percebem que a instituição atribui importância à realização pessoal e profissional, em relação aos que atribuem muita importância, têm 9,3 vezes mais predisposição de responder que voltaria a escolher a mesma instituição para trabalhar.

Contudo, quem considera que a organização “não atribui importância” à “realização pessoal e profissional” e relativamente a quem atribui “muita importância” (*Odds Ratio* 21,000 >1), aumenta a chance em 21 vezes dos enfermeiros responderem que mudariam de serviço mantendo a instituição. Ou seja, os enfermeiros que percebem, que a organização não dá importância à “realização pessoal e profissional”, têm 21 vezes maior predisposição de responder que mudavam de Serviço, mesmo que mantendo a mesma instituição, em relação aos que percebem que a organização atribui “muita importância”.

Com base na Tabela 39 pode dizer-se que quem considera que a organização atribui “nem muita nem pouca importância” aos “novos serviços para a comunidade e profissionais” e relativamente a quem considera que a organização atribui “muita importância” (*Odds Ratio* de 8,500 >1), aumenta a chance em 8,5 vezes dos enfermeiros responderem que voltariam a escolher a mesma instituição para trabalhar. Ou seja, os enfermeiros que percebem que a instituição não atribui “nem muita nem pouca importância” aos “novos serviços para a comunidade e profissionais” tem 8,5 vezes mais predisposição de voltar a escolher a mesma instituição para trabalhar, em relação aos que atribuem “muita importância”.

Pode dizer-se também, que quem considera que a organização atribui “pouca importância” aos “novos serviços para a comunidade e profissionais” e relativamente a quem atribui “muita importância” (*Odds Ratio* 13,333 >1), aumenta a chance em 13,3 vezes dos enfermeiros responderem que saíam da instituição melhorando as condições

contratuais. Ou seja, os enfermeiros que percebem que a instituição atribui “pouca importância”, aos “novos serviços para a comunidade e profissionais”, têm 13,3 vezes mais predisposição de sair do hospital melhorando as condições contratuais, em relação a quem atribui “muita importância”.

Com base na Tabela 39 pode dizer-se que o aumento de cada valor de avaliação, relativo à satisfação com as “condições físicas” (*Odds Ratio* de 5,348 >1), leva a um aumento de 34,8% na chance dos enfermeiros voltarem a escolher a mesma instituição para trabalhar. Em suma, quanto melhores as condições físicas, maior a possibilidade dos enfermeiros de voltarem a escolher este hospital para trabalhar.

Pode dizer-se também, que por cada valor de avaliação mais elevado, relativo à “satisfação com as condições físicas” (*Odds Ratio* de 0,284 <1), aumenta a chance em 28,4% dos enfermeiros responderem que não saem do serviço onde trabalham. Ou seja, quanto melhores as “condições físicas do local de trabalho”, maior a probabilidade de os enfermeiros ficarem no serviço.

No que diz respeito aos valores apresentados na Tabela 39 em relação à satisfação com o trabalho (*Odds Ratio* de 0,165 <1) pode dizer-se que por cada valor que aumenta na satisfação existe uma diminuição de 83,5% ( $100 \cdot (0,165 - 1) = -83,5\%$ ) de os enfermeiros saírem da instituição, mantendo as mesmas condições contratuais. Quanto maior a satisfação com o trabalho, maior a predisposição para os enfermeiros de ficarem na instituição.

Dos dados que não são significativos para a população em estudo, mas que revelam predisposição e que estão apresentados no Apêndice 4, destacam-se algumas tendências de resposta, tais como:

- A predisposição dos enfermeiros para saírem do serviço e/ou hospital, independente do grau de importância que consideram ser dado por parte da instituição à “competência técnica”. Ou seja, o grau de importância atribuído a esta variável não influencia a decisão de mudança de serviço/hospital.
- A predisposição dos enfermeiros para ficarem no serviço, independentemente do grau de importância que consideram ser dado por parte da instituição ao “bem-estar dos enfermeiros”.

Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do *HNSR, E.P.E.*

- A predisposição dos enfermeiros para mudarem de hospital, mesmo que mantendo as condições contratuais, é independente do grau de importância que estes consideram ser atribuído ao poder das chefias, por parte da organização.
- A predisposição dos enfermeiros para ficarem no serviço e/ou hospital é maior quanto maior a avaliação da satisfação em relação às condições físicas e a satisfação com o trabalho desempenhado, ou seja, quanto melhores as condições e a satisfação com o trabalho maior a predisposição dos enfermeiros de ficarem no serviço/hospital.

O grau de importância, percebida pelos enfermeiros, atribuído pelo *HNSR, E.P.E.* aos valores organizacionais não apresenta influência na decisão de mudança de serviço e/ou hospital.

### **3.3. Análise de conteúdo**

No questionário existem duas questões abertas, como já foi referido anteriormente, cujos dados foram analisados tendo por base a análise de conteúdo.

Desta forma, as duas questões abertas foram transcritas, analisadas e categorizadas e encontram-se no Apêndice 3. Para a questão cinco da primeira parte do questionário: “Apresente algumas sugestões para a melhoria da QVT no seu serviço” foram mencionadas as seguintes unidades de registo:

- Melhoria da organização e articulação de trabalho entre a equipa multidisciplinar;
- Melhoria da organização do trabalho através de protocolos/normas actualizadas, formação em serviço e reuniões regulares;
- Melhoria das condições físicas e do equipamento;
- Melhoria das condições contratuais e de carreira;
- Aumento do número de enfermeiros e/ou de assistentes operacionais (AO), diminuindo a sobrecarga de trabalho;
- Reconhecimento.

## Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

Na questão três da segunda parte do questionário: "Identifique as principais consequências da diminuição da QVT a nível pessoal e profissional" as unidades de registo utilizadas foram:

- Desmotivação;
- Alterações e desgaste físico;
- Alterações e desgaste psicológico;
- Consequências para outros (colegas, utentes, família);
- Stress e/ou *Burnout*.

As unidades de contexto encontram-se no Apêndice 3. Para facilitar a sua interpretação, foi atribuída a cada unidade de registo uma cor que identifica a parte da resposta correspondente a cada unidade de registo. As unidades de contexto foram posteriormente analisadas no programa SPSS 16.0 de modo a facilitar o tratamento estatístico das unidades de enumeração.

## CAPITULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com este subcapítulo pretende-se fazer a exposição dos resultados e a sua discussão, tal como Gil (1989, p.194) refere, as conclusões “constituem o ponto terminal da pesquisa, para o qual convergem todos os passos desenvolvidos ao longo do seu processo. A sua finalidade básica é ressaltar o alcance e as consequências dos resultados obtidos”.

A análise descritiva da amostra permite verificar que na escolha aleatória de um enfermeiro da amostra há maior possibilidade de se escolher uma enfermeira de 20 a 30 anos, solteira, sem filhos, com um contrato sem termo de 40 horas semanais, a trabalhar no *Serviço de Cirurgia* há 4 anos.

Este estudo tentou averiguar quais os factores que mais influenciam a QVT dos enfermeiros, constatou-se que a “motivação para o trabalho” e a “sobrecarga de trabalho” são os factores de maior peso, assim como a “perspectiva de promoção e progressão na carreira”, a “colaboração e a relação com os colegas” e a “estabilidade do emprego”.

Relativamente à satisfação com o trabalho, os enfermeiros apresentam valores de satisfação baixos no que diz respeito à “situação salarial” e à “perspectiva de progressão na carreira”. Estes mesmos factores foram avaliados como tendo “muita influência” na QVT, no entanto não estão dependentes da intervenção por parte da administração do hospital, mas sim das políticas de saúde em discussão no Ministério da Saúde. Contudo, a avaliação pouco satisfatória permite verificar o descontentamento por parte dos enfermeiros, que sugerem melhorias das condições contratuais e de carreira e aumento do número de colaboradores. Por outro lado, o factor relacionado com a “organização e funcionamento do serviço”, avaliado com o nível de satisfação 3 (“nem satisfeito, nem insatisfeito”) deve ser alvo de investimento dos próprios serviços. Assim, o conjunto de classes profissionais a laborar nos serviços devem elaborar normas e procedimentos bem delineados para que as dúvidas e os erros sejam corrigidos, e desta forma proporcionar a normalização de procedimentos por parte dos profissionais de saúde.

Os aspectos avaliados satisfatoriamente, nível 4, pelos enfermeiros estão relacionados com a colaboração e clima entre colegas, subordinados e os superiores hierárquicos e com a realização de tarefas. Esta avaliação positiva transmite um sentimento de coesão e de trabalho em equipa, de modo a tornar os cuidados exigentes, física e psicologicamente, numa experiência enriquecedora e satisfatória.

## Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

A análise descritiva permite verificar também, que: a maioria dos enfermeiros voltaria a escolher o HNSR, E.P.E. para trabalhar. Com a alteração do factor contratual, para melhoria das condições, verifica-se que apenas 15,5% dos enfermeiros continuava no HNSR, E.P.E. e cerca de 41,7% mudava de serviço, sendo que a faixa etária com maior percentagem de mudança é a dos 20-30 anos. Dos motivos enumerados os que mais influenciam a rotatividade relacionam-se com a política salarial, o desgaste físico e psicológico e a sobrecarga de trabalho.

De um modo geral, quando os enfermeiros chegam atrasados, o motivo apresentado é o de origem ocasional. Quando faltam ao trabalho o motivo mais mencionado é o de doença.

No que diz respeito aos acidentes de trabalho, os enfermeiros que sofreram acidentes de trabalho no ano de 2008, na sua maioria, procederam à sinalização do ocorrido. Numa escolha aleatória de um indivíduo da amostra, que tenha participado o acidente ao SSHST, há maior probabilidade de escolher um enfermeiro do *Serviço de Medicina* vítima de acidente de trabalho por picada acidental.

A análise inferencial permite dizer que: a “competência técnica” e a “centralização do trabalho” surgiram como factores que influenciam a predisposição para a existência ou não dos acidentes de trabalho. Os enfermeiros que consideram que a organização atribui importância à “competência técnica” têm menor predisposição a sofrer acidentes de trabalho. O mesmo acontece com a “centralização do trabalho”, os enfermeiros que consideram que a organização atribui “importância” à “centralização do trabalho” têm menor predisposição para sofrerem acidentes de trabalho. A “centralização do trabalho” refere-se à responsabilidade total pela tarefa, pelo contrário, se o trabalho for dividido por muitos elementos da equipa aumenta o risco de haver falhas e conseqüentemente acidentes de trabalho. No entanto, a “centralização do trabalho” aliado à “sobrecarga” pode causar *stress* ocupacional e contribuir para o aumento de acidentes de trabalho. Deste modo, o gestor de recursos humanos tem de ter em conta, aquando da divisão de trabalho, a qualidade e a quantidade de tarefas que o enfermeiro vai executar, para que o risco de ocorrerem acidentes de trabalho diminua. No entanto, esta questão não permite avaliar se o aumento da “sobrecarga quantitativa” vai alterar ou não a incidência de acidentes de trabalho.

O “espírito de iniciativa” revelou-se um factor de grande influência na predisposição relativamente à “mudança de hospital”, mesmo “mantendo as mesmas condições contratuais”. Quando os enfermeiros percebem que a instituição “não atribui



importância” ao “espírito de iniciativa” têm 24 vezes maior predisposição para mudar de hospital. Sendo o recurso humano, segundo as teorias estudadas, o recurso que tem maior importância numa instituição, o objectivo deve ser caminhar para a sua retenção e tornar a rotatividade saudável para a organização, de modo a haver renovação. Garantir que os profissionais mais competentes se fixem na organização é função da GRH. A construção de bons profissionais é demorada e necessita de formação, incentivos positivos e motivação e a constante saída e entrada de profissionais prejudica este processo. Segundo Antunes (2006, p.159), a “motivação dos recursos humanos é entendida na actualidade como peça fulcral de qualquer organização”, uma vez que, através da motivação dos enfermeiros a “excelência, efectividade e eficiência de serviços” pode ser atingida com qualidade. Para reforçar a importância dos recursos humanos atribuída pela abordagem de GRH *soft*, volto a citar Caetano & Vala (2002, p.10) que referem que a formação adequada, a recompensa e a integração na organização são factores fundamentais para o desenvolvimento de uma estratégia eficiente, capaz de utilizar a criatividade e a competência dos colaboradores como vantagem, tanto para os colaboradores como para a organização.

A “realização pessoal e profissional” revelou ser um factor que influencia os enfermeiros voltarem a escolher o mesmo hospital para trabalhar. Os enfermeiros que consideram que a instituição atribui “importância à realização pessoal e profissional” têm maior predisposição para escolher novamente o *HNSR, E.P.E.* para trabalhar. Pelo contrário, se a importância atribuída pelo hospital não for percebida, há maior predisposição para mudar de serviço. Este factor, “realização pessoal e profissional”, consegue interligar a necessidade de reconhecimento com a sugestão de melhoria das condições contratuais. Considerando, que actualmente, a situação de descontentamento por parte dos enfermeiros encontra-se relacionada com o desemprego, com o nível salarial não corresponder ao grau académico, com a existência de contratos diferentes para enfermeiros que desempenham as mesmas funções, com o “congelamento” da carreira. Todos estes factores influenciaram as respostas dos enfermeiros ao questionário onde procuraram demonstrar a sua desmotivação e preocupação com o futuro da Enfermagem. Como já foi referido anteriormente, Ramos (2001, p.99) descreve a carreira profissional como factor que influencia a QVT. Dentro deste factor, o autor faz referência à avaliação de desempenho, à formação e à segurança do emprego, tendo estes sido temas abordados pelos enfermeiros.

Os enfermeiros que avaliaram que, os “novos serviços para a comunidade e profissionais” (refeitório, parcerias com infantários e ginásios, livrarias, entre outros.) tem

“nem muita nem pouca importância” para a instituição, têm maior predisposição de voltar a escolher o mesmo hospital. Porém, quem considera que a instituição atribui “pouca importância” a estes factores tem maior predisposição de sair do hospital se melhores condições contratuais forem oferecidas. Assim, o investimento da instituição em “serviços para os enfermeiros e para a comunidade”, causa impacto na decisão de sair ou não do hospital. Cabe, à instituição desenvolver serviços de apoio que consigam suprir necessidades dos enfermeiros nos mais diversos domínios para que estes se fixem mais facilmente no hospital. Deste modo, uma possível medida para manter ou aumentar a motivação no trabalho e os níveis de produtividade seria o aumento de benefícios sociais. Para Chiavenato (2000 citado por Costenaro & Stecca 2004, p.246) benefícios sociais são: “facilidades, conveniências, vantagens e serviços que as organizações oferecem aos seus funcionários, podendo ser financiados parcial ou totalmente pela empresa”.

A satisfação com as “condições físicas” e a “satisfação com o trabalho” foram avaliadas e as conclusões são claras, quanto melhores as condições de trabalho e quanto maior a satisfação com trabalho desempenhado, menor vai ser a predisposição para a rotatividade quer de hospital, quer de serviço. Considera-se a satisfação um tema bastante influente na QVT visto que, a satisfação dos profissionais torna-os mais produtivos e motivados. França e Rodrigues (1999) referem que as “tensões nos locais de trabalho diminuem a eficiência das pessoas e conseqüentemente, a produtividade, gerando pressa, conflitos interpessoais, desmotivação e agressividade” (Domingos, 2005, p.34). Se a essência da Enfermagem parte da ajuda ao outro, deve ser tido em conta o bem-estar dos profissionais para que esses consigam transmitir confiança e segurança ao seu receptor de cuidados que, muitas vezes, são Pessoas que necessitam de uma grande dedicação, apoio e disponibilidade. A humanização dos cuidados tem sido alvo de reflexão mas, a “humanização não se tem estendido à Pessoa dos profissionais de saúde, cuja saúde é presumida e não promovida” (Martins, 2003, para.122), com vista a desenvolver esta lacuna McIntyre (1994) apresentou como “técnicas possíveis de redução do *stress* sócio-emocional a disponibilização de espaços privados para os profissionais de saúde; o treino de técnicas de redução de stress, como as técnicas de relaxamento, a disponibilização de grupos de discussão e aconselhamento individual ou em grupo” (citado por Martins, 2003, pág.123).

A desmotivação apresenta-se como a conseqüência da diminuição da QVT mais mencionada pelos enfermeiros. Em 2001, Lumertz citado por Costenaro & Stecca (2004, p.237-238) refere que a valorização profissional através do elogio provoca nos

colaboradores um sentimento de importância na organização e mantém-nos motivados. Contudo, a desmotivação como consequência da diminuição da QVT, afecta directamente a relação com o sentimento de reconhecimento. Os mesmos autores concluem que existem organizações que se destacam pelo comprometimento com os seus colaboradores, e esses, sentindo-se valorizados, fornecem respostas positivas na realização do seu trabalho. Como tal, é necessário que as organizações valorizem as relações com os colaboradores através da comunicação, motivação e das relações interpessoais (Costenaro & Stecca 2004, p.247).

Segundo a investigação realizada por Gray-Toft e Anderson (1981 citados por Martins 2003, para.112) os enfermeiros identificam como situações indutoras de *stress* a sobrecarga de trabalho e o sentimento de insegurança para lidar com exigências emocionais dos doentes. Como principais causas, os autores apontam o conflito e ambiguidade de papel e o nível de responsabilidade, uma vez que, a responsabilidade, por vezes, não é acompanhada com a autonomia da tomada de decisão.

Para Sousa (1996) citado por Martins (2003, para.125) o enfermeiro deve desenvolver técnicas, habilidades e capacidades de modo a reforçar a sua capacidade de interagir com os utentes seja qual for o seu estado de saúde garantindo assim o bem-estar da Pessoa. O sentimento de impotência face a situação/utente pode ser gerador de desgaste psicológico, factor mencionado em 25% das respostas relacionadas com as consequências da diminuição da QVT.

O reconhecimento demonstrou ser um factor de grande influência na QVT pelo que foi referido como sugestão de melhoria. Os autores Tamayo & Tróccoli (2002, p. 38) descrevem que as “crenças e as expectativas do indivíduo acerca da retribuição e do reconhecimento dado pela organização ao seu trabalho são questões directamente relacionadas à percepção de suporte organizacional”. O reconhecimento e a valorização do trabalho desenvolvido contribui para o bem-estar do enfermeiros e segundo vários autores, citados por Tamayo & Tróccoli (2002, p. 38), a percepção de apoio organizacional pode ser influenciado pela frequência, intensidade e sinceridade das expressões utilizadas e por factores relacionados com o pagamento, carreira profissional, enriquecimento do trabalho e pelas políticas organizacionais (Eisenberger *et al.* 1986). A necessidade de reconhecimento está associada às competências técnicas, ao espírito de iniciativa e à realização pessoal e profissional que, por sua vez, são avaliados pelos colegas com quem trabalham e pelo superior hierárquico, a quem cabe fazer o estímulo positivo, o incentivo à motivação e o reconhecimento das competências.

## **CAPITULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS, PLANO DE INTERVENÇÃO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES**

### **5.1. Considerações finais**

Os recursos humanos de uma instituição são a essência da mesma e transmitem a sua satisfação na prestação dos cuidados. Com base na fundamentação teórica verifica-se que este recurso tem vindo a revelar, cada vez mais, a sua importância na gestão estratégica das instituições. Em 1991 Barney, citado por Cunha, Gomes & Cunha (1999, p.58) já incluía no capital humanos “aspectos como as capacidades, a experiência e as motivações das Pessoas que trabalham na organização”.

No entanto, neste estudo de caso, consta-se que existem algumas alterações que podem ser adoptadas para melhorar QVT dos enfermeiros no HNSR, E.P.E e consequentemente melhorar os cuidados e a satisfação dos utentes desta instituição.

A utilização cuidada de uma vantagem competitiva deve seguir critérios, que segundo Barney (1991) citado por Cunha *et al.* (1999, p.59), devem ser: “o recurso tem que trazer valor positivo para a organização; tem que ser único ou raro entre os concorrentes; não pode ser imitado de forma perfeita e não pode ser substituído por outro recurso pela concorrência”. Se as instituições encararem os recursos humanos como uma vantagem e que devem ser tidas como um elemento único e insubstituível, a motivação e a satisfação dos enfermeiros, serão reforçados e, deste modo, os receptores de cuidados e a própria instituição saem valorizados. Note-se que o aumento da satisfação com as “condições físicas” e com os “factores relacionados com trabalho” favorecem a fixação dos enfermeiros no hospital.

Com a diminuição da rotatividade/*turnover* os seus recursos humanos garantem “o aprovisionamento de conhecimentos e capacidades acumulados ao longo do tempo, e garantem à instituição graus de perícia identificáveis e assinaláveis num determinado domínio de acção” (Kamoche 1996b citado por Cunha *et al.*, 1999, p.59).

Vários autores, caracterizam os enfermeiros, como um recurso “insubstituível”, sugerindo ainda algumas alterações a serem adoptadas pela instituição para permitirem melhorar a

QVT destes profissionais. Estas sugestões serão posteriormente realçadas no plano de intervenção, podendo também possivelmente permitir aumentar o nível de satisfação dos utentes e das suas famílias. A utilização do aumento da QVT dos enfermeiros pode influenciar a satisfação dos utentes? E a satisfação dos utentes influencia o tempo de internamento? A temática da qualidade de vida pode ser utilizada num vasto número de futuras investigações que são de interesse comum, tanto para os profissionais e utentes, tanto como para a própria instituição. Os resultados e conclusões poderão ser levados em conta no desenvolvimento de intervenções para melhorar o rendimento e tornar o cumprimento dos objectivos uma tarefa que beneficie todos os intervenientes.

Os resultados obtidos indicaram que os enfermeiros atribuíram uma importância superior aos custos indirectos, como a desmotivação, do que aos custos directos (absentismo, rotatividade, acidentes de trabalho). Quando questionados sobre as consequências da falta de QVT, os enfermeiros referiram custos relacionados com o *stress* ocupacional e as suas implicações. Contudo, nas respostas dos inquiridos não foram mencionados como última instância os custos directos. O que pode ser explicado pelo facto dos enfermeiros não lidarem directamente com a GRH mas sim com a qualidade dos cuidados prestados. Assim, os enfermeiros consideram que a qualidade os cuidados prestados são influenciados e afectados pelas consequências da falta de QVT.

A "motivação" e a "necessidade de reconhecimento" demonstraram ser, ao longo desta investigação, um factor valioso na QVT, pelo que cabe aos órgãos de gestão desenvolver e manter os recursos humanos na instituição através de sistemas de gestão de compensações justas e bem distribuídas, de atractivos e de programas de formação que potenciem o desenvolvimento individual (Cunha *et al.*, 1999, p.63) e consequentemente motive as Pessoas a continuar a trabalhar por um objectivo comum e importante para todos os elementos da instituição.

A "desmotivação" tem sido uma consequência da diminuição da QVT muito mencionada neste trabalho de investigação, visto os enfermeiros o referirem como sendo uma das consequências mais marcantes. Este sentimento é muitas vezes acompanhado pela diminuição da disponibilidade para com os que nos rodeiam e pela diminuição do rendimento. A necessidade de manter os enfermeiros motivados traz benefícios para a saúde do próprio e para o desenvolvimento dos cuidados com qualidade.

Houve necessidade de distinguir as alterações e desgaste físico e psicológico do *stress* e o *burnout* uma vez que, os próprios enfermeiros fizeram essa distinção. No entanto, as alterações físicas e psicológicas mencionadas estão englobadas, teoricamente, na

síndrome de *stress* ou de *burnout*. A desmotivação, foi mencionada com maior frequência que os restantes sinais e sintomas, tendo por isso sido atribuída uma importância superior. De um modo geral, as consequências da diminuição da QVT estão relacionadas com os sinais e sintomas característicos do *stress* e do *burnout*.

O “absentismo” como consequência da diminuição da QVT foi também aqui abordado. Como já foi mencionado na parte teórica, a EUROFOUND aponta como principal causa do absentismo, a existência de doença. Com esta investigação verifica-se também esta tendência na amostra em estudos, sendo esta também a principal causa de falta ao trabalho. Um estudo realizado nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escócia e Alemanha e apresentado por Baumann (2007, p.3) revela que a satisfação dos enfermeiros pode ser importante na diminuição do absentismo revelando que 41% dos enfermeiros estavam insatisfeitos com os seus empregos e 22% tinham ideia de abandoná-los no prazo de um ano. O mesmo estudo revelou a existência de uma relação entre o *stress* ocupacional e a moral dos enfermeiros, a satisfação profissional, o compromisso para com a organização e a intenção de abandono.

De um modo geral, as principais consequências mencionadas pelos enfermeiros estão associadas aos custos indirectos, difíceis de quantificar, como a desmotivação e os sintomas relacionados com as alterações e desgaste físico e psicológico. Os enfermeiros não referiram os custos directos (custos associados à saúde, licenças, diminuição da produtividade, etc.) como consequência da diminuição da QVT. Se por um lado, em termos organizacionais os custos directos tendem a assumir maior importância, por outro, para os enfermeiros são os custos indirectos, que têm maior impacto.

Com o desenvolvimento desta investigação considero ter conseguido identificar os factores que mais influenciam a QVT dos enfermeiros do HNSR, E.P.E.. Foram identificados em primeiro lugar, os Serviços onde havia mais pedidos de transferência, acidentes de trabalho e absentismo, através de dados fornecidos pela instituição. De um modo descritivo foram considerados como os factores que mais influenciam a QVT dos enfermeiros a “motivação para o trabalho”, a “sobrecarga de trabalho” e a “possibilidade de fazer o que gosta”.

O terceiro objectivo específico foi atingido quando foram identificadas as principais causas de *turnover* ou rotatividade, dos acidentes de trabalho e do absentismo. As principais causas da rotatividade estão essencialmente relacionadas com a “política salarial aplicada”, com o “desgaste físico e psicológico” e com a “sobrecarga de trabalho”. Os “acidentes de trabalho” observados com maior frequência são as picadas

acidentais com objectos perfurantes como as agulhas. O absentismo está na sua maioria relacionado com os atrasos ocasionais e com as licenças por doença.

Com base nos resultados obtidos foi elaborado um plano de intervenção com o objectivo de melhorar a QVT dos enfermeiros dos Serviços com maior *turnover* do HNSR, E.P.E. dando resposta a algumas necessidades transmitidas.

Concluindo, os resultados obtidos pretenderam dar resposta aos objectivos traçados, no entanto, os dados recolhidos não estão esgotados pelo que existe a possibilidade de tratamento de dados que poderiam ser úteis em futuras investigações.

## 5.2. Plano de intervenção

Constata-se que os motivos impulsionadores da rotatividade estão relacionados com os factores de insatisfação sobre os quais foram sugeridas alterações por parte dos enfermeiros do HNSR, E.P.E..

Para Zurriaga *et al.* (1995) citado por Martins (2003, para.128) a GRH deve adoptar algumas medidas como: proporcionar condições de trabalho atractivas e gratificantes, assegurar uma gestão apropriada dos profissionais, reconhecer a necessidade de educação permanente para o desenvolvimento da carreira, estabelecer um programa de educação permanente e criar um departamento de programas de aconselhamento psicológico.

O *Department of Health and Human Services* (Departamento de Saúde e Serviços Humanos), citado por Baumann (2007, p.7), "identificou três estratégias que os hospitais haviam adoptado e que tinham reduzido com sucesso a rotatividade dos enfermeiros e as taxas de vagas de enfermeiros: compromisso da gestão para com os enfermeiros; liderança forte na enfermagem; e salários e benefício competitivos".

Os enfermeiros tiveram a oportunidade de sugerir intervenções de melhoria, como as seguintes:

- Melhoria da organização e articulação do trabalho entre a equipa multidisciplinar;

Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do *HNSR, E.P.E.*

- Melhoria da organização do trabalho através de protocolos actualizados, formação em serviço e reuniões regulares;
- Melhoria das condições físicas e do equipamento;
- Melhoria das condições contratuais e de carreira; o aumento do número de enfermeiros e de AO e diminuição da sobrecarga de trabalho e,
- Reconhecimento.

Algumas intervenções sugeridas a adoptar pela organização em relação às “condições físicas” de trabalho:

- Diagnosticar situações responsáveis pela diminuição da QVT relacionadas com as condições físicas;
- Implementar programas que visem a segurança do espaço físico;
- Criação de espaços físicos adequados às necessidades dos enfermeiros (sala de reunião; vestuário; equipamentos adaptados, entre outros);
- Fazer avaliações regulares tendo em consideração a iluminação, climatização e ventilação do serviço.

Visto a “competência técnica”, a “centralização do trabalho” e a “realização pessoal e profissional” terem grande peso na prevenção de acidentes sugere-se:

- Elaboração de normas de procedimentos claras e facilmente exequíveis com o melhor número de intervenientes, visto a privacidade dos utentes, em algumas intervenções, poder estar em causa.
- Definição das actividades desempenhadas por cada classe profissional;
- Alertar os enfermeiros para comportamentos de risco em ambiente hospitalar (posicionamentos, normas de procedimentos actualizadas, entre outros)
- Consciencializar os enfermeiros da importância dos equipamentos de protecção;
- Oferecer programas de formação orientados para as necessidades dos enfermeiros;
- Desenvolver actividades recreativo-didáticas em grupo (por exemplo: desenvolver poster sobre determinado tema e divulgá-lo, jogos, entre outros)

A valorização do “espírito de iniciativa” foi outro factor referido como tendo influência na saída da instituição. A sugestão relacionada com este factor relaciona-se com a necessidade de “reconhecimento”, pelo que seria importante:

- Incentivar os enfermeiros a participar na detecção de situações que podem ser melhoradas, apontando sugestões de melhoria. Posteriormente, a organização



Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

deverá garantir o reforço positivo aos enfermeiros que participam activamente para a melhoria dos serviços, premiando assim a sua iniciativa.

- Apoiar as iniciativas de modo a motivar o desenvolvimento de novos projectos, através da i) resposta positiva; ii) na avaliação de desempenho; iii) de regalias e flexibilidade quanto ao horário de trabalho, atribuição de prémios (monetários ou em horas de descanso), entre outras intervenções que reduzam a insegurança na participação activa na QVT.

Como já foi referido, no capítulo anterior, os “novos serviços para a comunidade e profissionais” também têm demonstrado influência na fixação ou não no hospital, como tal sugere-se:

- Reuniões, acompanhadas por psicólogos, que ajudassem a lidar com os factores de *stress*;
- Fazer um levantamento das necessidades dos enfermeiros;
- Desenvolver protocolos de parceria (por exemplo: estabelecer protocolos com infantários de modo a flexibilizar o horário; com os ginásios de modo a incentivar a prática de desporto; com dentistas; aulas práticas com utilização de técnicas de relaxamento; criar um espaço para uma loja com material auxiliar);
- Atribuição de seguros de saúde;

Uma das sugestões mais referidas relaciona-se com as condições contratuais e de carreira. A igualdade de condições contratuais é muitas vezes referida também como factor de desmotivação e de *stress* ocupacional ou comparticipação parcial.

Por vezes, não depende directamente das instituições a melhoria das condições de contrato ou a negociação do número de colaboradores a contratar. Uma vez que estas são definidas centralmente pelo ministério da saúde. Porém, cabe à Instituição outras intervenções que podem melhorar a QVT do seu recurso humano tão precioso, sendo que de este dependem a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes.

### **5.3. Limitações e sugestões para investigações futuras**

Inerentes a qualquer trabalho científico encontraram-se as suas limitações. Reconhecê-las permite-nos sugerir novas linhas de investigação que consideramos de interesse

académico. Nesta investigação foi dada primazia à QVT, no entanto, ficou claro que os temas da satisfação e motivação no e com o trabalho poderiam ter sido aprofundados. Teria interesse verificar se o tipo de contrato influencia a QVT ou a perspectiva dos enfermeiros em relação à sua motivação para o trabalho. Neste estudo foi utilizado o questionário como método de colheita de dados, no entanto, se disponibilizasse de mais tempo, poder-se-ia tido utilizado a entrevista a enfermeiros gestores (chefe de serviço), de modo a fazer a triangulação dos resultados.

Os utentes foram ao longo desta investigação um elemento fundamental para perceber a importância da QVT, visto serem eles os receptores dos cuidados. Assim, considero pertinente que se faça uma investigação sobre a satisfação dos utentes perante os cuidados de enfermagem prestados antes e depois das intervenções de melhoria da QVT e que se realize uma investigação sobre a satisfação dos enfermeiros do sector privado *versus* sector público.

Salientam-se ainda outras limitações inerentes ao estudo, tais como: i) o número de participações; ii) o tempo disponível para a elaboração e correcção do relatório final; iii) a inexperiência do investigador. Por outro lado, considero que o questionário poderá ter sido um pouco extenso e que com isso tenha contribuído para a diminuição da motivação para a participação no estudo.

## BIBLIOGRAFIA

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P. Calle, M. & Domínguez, V. (2004). "Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid". *Revista Española de Salud Pública*, 78 (4), 505-516 .
- Almeida, P.& Rebelo, G. (2004). *A era da competência*. Editora RH. Lisboa
- Antunes, N. (2006). *A motivação dos enfermeiros dos hospitais do distrito de Castelo Branco – Influencia do vínculo laboral e factores determinantes*. Dissertação de mestrado em gestão de unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior, Departamento De Gestão e Economia. Covilhã.
- Araújo, H. (2000). *Para uma crítica dos comportamentos, temas de ética fundamental*. Editorial Franciscana. Braga.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa.
- Baumann, A. (2007). *Ambiente favoráveis à prática = condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Caetano A. & Vala J.(2002). *Gestão de recursos humanos – contextos, processos e técnicas* (2ª edição). Editora RH. Lisboa.
- Câmara, B., Guerra, P. & Rodrigues, J. (2005). *Novo Humanator* (6ª edição). Editora Dom Quixote. Lisboa.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006). *Administração Pública – Modernização, Qualidade e Inovação* (2ª edição). Edição Sílabo. Lisboa.
- Carlotto, M. & Câmara, S. (2007). "Propriedades psicométricas do maslach burnout inventory em uma amostra multifuncional". *Estudos de psicologia*, 24(3), 325-332.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de investigação – guia para a auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.
- Carvalho J. & Filipe, J. (2006). *Manual de estratégia – conceitos, prática e roteiro*. Edições Sílabo. Lisboa.

Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

CEE - Comunidade Económica Europeia. (1989, Junho). *Directiva 89/391/CEE do Conselho*. Recuperado a 18 de Dezembro de 2008 do <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:PT:HTML> e [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/health\\_hygiene\\_safety\\_at\\_work/c11113\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/c11113_pt.htm)

CEE - Comunidade Económica Europeia. (1975, Maio). *Regulamento nº1365/75 do Conselho*. Recuperado a 18 de Dezembro de 2008 do <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31975R1365:PT:HTML> e [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/employment\\_rights\\_and\\_work\\_organisation/c11111\\_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/employment_rights_and_work_organisation/c11111_pt.htm).

Ceitel, M. (2006). *Gestão de recursos humanos para o século XXI*. Edições Sílabo. Lisboa.

Chiavenato, I. (1985). *Administração de recursos humanos 2*. Brasil. Atlas.

Comis, P. (1997). "O stress e a organização". *Revista CIPA*, 18 (211). Recuperado no site: <http://www.perspectivas.com.br/pes3.htm>.

Costenaro, A. & Stecca, J. (2004). "Motivação profissional: um indicador de qualidade de vida". *Revista Electrónica de Contabilidade*, 1 (1), 226-249.

Cunha, M., Gomes, J. & Cunha, R. (1999). "Recursos Humanos e Vantagem Competitiva: a perspectiva da organização baseada nos recursos". *Revista Portuguesa de Gestão*, nº1, 57-66.

Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (burnout)*. Climepsi editores. Lisboa.

Domingos, G. (2005). "Stress ocupacional". *Dirigir*, nº 89, pp. 28-36.

Figueroa, N., Schufer, M., Muinos, R., Marro, C. & Coria, E. (2001). "Um instrumento para a avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego". *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14 (3), 653-659.

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

Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

Frasquilho, M. (2005). "Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento". *Saúde Mental*, 23 (2), 89-98.

Gil, A. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (2ª edição). Editora Atlas. São Paulo.

Ghiglione, R.; Matalon, B. (1997). *Inquérito, teoria e prática* (3ª edição). Celta Editora. Oeiras

Graça, L. (2000). *Quanto Custa a Protecção da Saúde no Trabalho?*. Textos sobre saúde e trabalho. Recuperado a 26 de Setembro de 2009 do site: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos42.html>

Graça, L. (2002). *Absentismo e stress no trabalho*. Textos sobre saúde e trabalho. Recuperado a 18 de Dezembro de 2008 do site: [www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos147.html](http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos147.html)

Graça, L. (2003). "O relatório anual de actividades dos serviços de saúde e segurança no trabalho". *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, v.21, nº2.

Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª edição). Edições Sílabo. Lisboa

HNSR, E.P.E. *História*. Recuperado a 18 de Junho de 2009 do [http://www.hbarreiro.min-saude.pt/Hospital/Historial/?sm=1\\_0](http://www.hbarreiro.min-saude.pt/Hospital/Historial/?sm=1_0).

Lameira, S. (2002). *Factores organizacionais e sócio-demográficos associados à qualidade de vida no trabalho e à produtividade no trabalho*. Dissertação de mestrado em psicologia social e organizacional. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.

Lobo, F. (2003). *Clima organizacional no sector público e privado no norte de Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª edição). Sílabo. Lisboa.

Martins, C. (2003). "Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar". *Revista Millenium*, nº28.

Qualidade de vida no trabalho nos Serviços de maior *turnover* do HNSR, E.P.E.

- Martins, V. (2006). "O stress e a exaustão no trabalho. Satisfação profissional e burnout". *Jornal do Centro hospitalar de Lisboa ocidental*, E.P.E, nº8, pp.10-11.
- Melo, B., Gomes, A., Cruz, J. (1997). "Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino". *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 2 (1), 53-71.
- Moreno, C., Fischer, F. & Rotenberg, L. (2003). "A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas". *São Paulo em Perspectiva*, 17 (1), 34-46.
- Moura, E. (2002). *Gestão dos Recursos Humanos - Influências e Determinantes do Desempenho*. Edições Sílabo. Lisboa.
- OE – Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Recuperado em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).
- Pereira, A. (2006). *SPSS – guia prático de utilização* (6ª edição). Edições Sílabo. Lisboa
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados Para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo. Lisboa
- Pinheiro, F., Tróccoli B. & Tamayo, M. (2003). "Mensuração de coping no ambiente ocupacional". *Psicologia: Teorias e Pesquisa*, 19 (2), 153-158.
- Queirós, J. (2005). "Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses". Coimbra, *Formasau* edições Sinais Vitais.
- Ramos, M. (2001). "Desafiar o desafio – prevenção do stresse no trabalho". *RH editora*. Lisboa.
- Rocha, J. (2006). *Gestão da Qualidade – aplicação aos serviços públicos*. Escolar Editora. Lisboa.
- Rocha, J. (2007). *Gestão de recursos humanos na administração pública* (2ª edição). Escolar editora. Lisboa
- Sícoli, C. (n.d.) *Qualidade de vida e fontes de pressão no trabalho do consultor organizacional*. Recuperado em [www.gestaodepessoas.com.br](http://www.gestaodepessoas.com.br).
- Siegel, R. & Santos, P. (2006). "Qualidade de Vida no Trabalho". *Revista de Divulgação Técnico-Científica do ICPG*, 2 (8), 75-80.

Silva, A. & Marziale, M. (2000). "Absentismo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (4), 44-51.

Sousa, A. (2001). *Introdução à gestão – uma abordagem sistémica*. Verbo. Lisboa.

Sousa, M., Duarte, T., Sanches, P. & Gomes, J. (2006). *Gestão de recursos humanos – métodos e práticas* (2ª edição). Lidel edições técnicas. Lisboa.

Stacciarini, J. & Tróccoli, B. (2001). "O stress na actividade ocupacional dos enfermeiros". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2), 17-25. Recuperado em [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf).

Tamayo, M. & Tróccoli, B. (2002). "Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho". *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 37-46.

Tavares, E. (2007). *Stress profissional e fontes de pressão no emprego como repercussões na qualidade de vida de fisioterapeutas*. Tese de mestrado em gestão de unidades de Saúde. Universidade da Beira Interior, Departamento de Gestão e Economia. Covilhã.

Zorinho, C., Serrano, A. & Lacerda, P. (2007). *Gerir em complexidade – um novo paradigma da gestão* (2ª edição). Ed. Sílabo Lisboa.

## **APÊNDICES**



## **Apêndice 1 – Carta de Apresentação ao HNSR**



## Carta de Apresentação

Na qualidade de Orientadora da Dissertação conducente ao grau de Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde – Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde da **Ana Gonçalves Fernandes**, cabe-me o papel de apresentar a VExas., de forma sumária, o tema e os objectivos do seu projecto de trabalho final de Mestrado.

O projecto intitulado "Qualidade de Vida no Trabalho nos Serviços de Maior *Turnover* no HNSR" tem como objectivo geral a identificação dos factores que influenciam a qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros do HNSR. Definimos como objectivos específicos os seguintes: *i)* Identificar quais os serviços com maior *turnover*, pedidos de transferência, acidentes de trabalho e absentismo do HNSR; *ii)* listar os factores que os enfermeiros dos serviços consideram ter maior influência na sua QVT; *iii)* identificar as principais causas de *turnover*, acidentes de trabalho e absentismo; *iv)* propor um plano de intervenção que vise melhorar a QVT (qualidade de vida no trabalho) dos enfermeiros.

No desenvolvimento do projecto foram concebidos instrumentos de recolha de dados, nomeadamente, um questionário a aplicar aos enfermeiros de alguns Serviços, nomeadamente o de Medicina, Cirurgia e Urgência Geral. A análise de um conjunto de documentos com relevância para a caracterização da Gestão de Recursos Humanos da Organização será objecto de análise complementar. Neste âmbito solicitamos a autorização para o uso da designação da Instituição *HNSR*, unicamente para a realização deste Trabalho Final de Mestrado.

Sabendo que o tema da Gestão de Recursos Humanos e da Qualidade de Vida no Trabalho é de grande pertinência no âmbito das Organizações da Saúde, onde se inclui o HNSR, contamos com a Vossa receptividade e disponibilidade para colaborar neste projecto.

Com os melhores cumprimentos.

Universidade de Évora, 07 de Abril de 2009.

A Orientadora

Prof.ª Doutora Fátima Jorge

(Departamento de Gestão)

## **Apêndice 2 – Questionário**

Com este Questionário pretende-se recolher dados de modo a serem analisados no âmbito da Dissertação, intitulada "Qualidade de vida no trabalho nos serviços de maior *turnover* do HNSR", do V Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde – Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde. Este questionário é confidencial e anónimo, como tal, todos os dados recolhidos serão tratados de modo a garantir o anonimato dos participantes.

## **I – Factores Organizacionais que influenciam a Qualidade De Vida No Trabalho**

**1. Apresentamos-lhe uma série de valores organizacionais. Na sua opinião, em que medida, nesta organização se dá importância a cada um dos seguintes valores organizacionais? (Assinale com uma cruz ou circunferência o número da escala que considera adequado: 1 – Não se dá importância e 5 – Dá-se muita importância).**

a) Competência técnica .....	1	2	3	4	5
b) Centralização do trabalho .....	1	2	3	4	5
c) Bem-estar das pessoas .....	1	2	3	4	5
d) Estabilidade da Organização .....	1	2	3	4	5
e) Poder das chefias .....	1	2	3	4	5
f) Desenvolvimento tecnológico e inovação .....	1	2	3	4	5
g) Estabelecimento de procedimentos e normas .....	1	2	3	4	5
h) Ouvir a opinião e as sugestões das pessoas .....	1	2	3	4	5
i) Trabalho em equipa .....	1	2	3	4	5
j) Espírito de iniciativa .....	1	2	3	4	5
k) Realização pessoal e profissional .....	1	2	3	4	5
l) Novos serviços para a comunidade e profissionais .....	1	2	3	4	5

**2. Classifique as condições físicas do seu local de trabalho, em relação aos seguintes itens:** (Assinale com uma cruz ou circunferência o número da escala que considera adequado: 1 – Muito más e 5 – Muito Boas).

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a) Estrutura física .....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Iluminação, climatização e ventilação .....                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Recursos materiais indispensáveis para a execução do seu trabalho ..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Equipamentos auxiliares .....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Higiene e segurança .....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) Espaço de uso exclusivo do pessoal .....                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) Ruído .....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**3. Avalie a influência, que na sua perspectiva, os itens abaixo listados têm nos níveis de Qualidade de Vida no Trabalho:** (Assinale com uma cruz ou circunferência o número da escala que considera adequado: 1- Muito pouco influente e 5- Muito influente)

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Perspectivas de promoção/ progressão na carreira .....           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Organização e funcionamento do Serviço onde trabalha .....       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Condições físicas de trabalho .....                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Remuneração que recebe .....                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) Colaboração e clima de relação com o seu superior imediato ..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) A natureza do trabalho que realiza .....                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h) Colaboração e clima de relação com os seus subordinados .....    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i) Motivação para o trabalho .....                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j) Estabilidade do seu emprego .....                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k) Autonomia na realização de tarefas .....                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| l) Responsabilidade inerente à sua actividade .....                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

m) Sobrecarga de trabalho .....	1	2	3	4	5
n) Subcarga de trabalho .....	1	2	3	4	5
o) Conhecimentos sobre a utilização das novas tecnologias (seringas infusoras, monitores, etc ...) .....	1	2	3	4	5
p) Horário de trabalho .....	1	2	3	4	5
q) Estilo de liderança .....	1	2	3	4	5
r) Reconhecimento do seu trabalho pelos colegas .....	1	2	3	4	5
s) Reconhecimento do seu trabalho pelos seus superiores .....	1	2	3	4	5
t) Possibilidade de fazer aquilo que gosta .....	1	2	3	4	5
u) Existência de um Serviço de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho .....	1	2	3	4	5
v) Acesso às oportunidades de formação e desenvolvimento profissional .....	1	2	3	4	5
w) Outros aspectos. Qual(is)? _____	1	2	3	4	5

**4. Gostaríamos de saber em que medida se considera satisfeito com o seu trabalho. Isto é, tudo somado, e nas actuais circunstâncias da sua vida profissional, até que ponto está satisfeito com cada um dos aspectos do seu trabalho? (Numa escala de 1 a 5, assinale com uma cruz ou circunferência o número correspondente à sua escolha, sabendo que: 1- Muito insatisfeito e 5 – Muito satisfeito, se a situação não se aplicar deixe a resposta em branco).**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a) Em relação às suas perspectivas de promoção/ progressão, diria que está .....                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Em relação à organização e funcionamento do serviço onde trabalha, diria que está .....           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho, diria que está ..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Em relação à remuneração que recebe, diria que está .....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Em relação à colaboração e clima de relação com o seu superior imediato, diria que está .....     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) Em relação ao trabalho que realiza, diria que está .....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- g) Em relação à colaboração e clima de relação com os seus subordinados, diria que está ..... 1 2 3 4 5
- h) Tudo somado, e considerando todos os aspectos do seu trabalho e da sua vida neste Serviço, diria que está ..... 1 2 3 4 5

**5. Apresente algumas sugestões para a melhoria da Qualidade de Vida do Trabalho no seu Serviço.**

---

---

---

**II - Consequências directas e indirectas da diminuição da QVT**

**ROTATIVIDADE E ASSIDUIDADE**

1. Se fosse possível voltar atrás, voltaria a escolher a Instituição onde trabalha para desenvolver a sua actividade? Sim \_\_\_ Não \_\_\_
2. Se surgisse a oportunidade, saía da Instituição onde actualmente desempenha funções, mantendo o mesmo tipo de contrato (salário base, horas de qualidade, número de horas semanais, etc)? Sim \_\_\_ Não \_\_\_
3. Se surgisse a oportunidade, saía da Instituição onde actualmente desempenha funções para outra com melhores condições contratuais? Sim \_\_\_ Não \_\_\_
4. Se surgisse a oportunidade, saía do Serviço onde actualmente desempenha funções para ir para outro na mesma Instituição? Sim \_\_\_ Não \_\_\_
- 4.1 Se a resposta foi "Sim", na pergunta 2 e/ou 3, porque motivo o faria: (assinale 3 motivos por ordem crescente de importância sendo 1 o mais importante e o 3 o que tem uma importância inferior)

- a) Condições físicas de trabalho desfavoráveis ..... \_\_\_
- b) Política salarial ..... \_\_\_
- c) Critérios de avaliação ..... \_\_\_
- d) Relacionamento com os superiores ..... \_\_\_
- e) Relacionamento com os subordinados ..... \_\_\_
- f) Relacionamento com os colegas ..... \_\_\_
- g) Características das tarefas ..... \_\_\_

- h) Subcarga / sobrecarga de trabalho ..... \_\_\_\_\_
- i) Trabalho por turnos (necessidade de horário fixo) ..... \_\_\_\_\_
- j) Desgaste físico e psicológico ..... \_\_\_\_\_
- k) Problemas pessoais ..... \_\_\_\_\_
- l) Novos conhecimentos (especialidade, etc) ..... \_\_\_\_\_
- m) Outro motivo? Qual? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

5. Durante os últimos 12 meses faltou ou chegou atrasado? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

5.1 Se a resposta foi "Sim" seleccione (com uma cruz) o motivo que justificou a falta ou o atraso.

- a) Voluntário ..... \_\_\_\_\_
- b) Doença ..... \_\_\_\_\_
- c) Patologia profissional..... \_\_\_\_\_
- d) Legal (licença de maternidade, nojo, casamento, etc.)... \_\_\_\_\_
- e) Compulsivo (suspensão, etc.) ..... \_\_\_\_\_
- f) Desmotivação ..... \_\_\_\_\_
- g) Características do trabalho ..... \_\_\_\_\_
- h) Condições desfavoráveis do ambiente de trabalho ..... \_\_\_\_\_
- i) Integração desadequada ..... \_\_\_\_\_
- j) Ocasional (trânsito, etc) ..... \_\_\_\_\_
- k) Outro motivo? Qual? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

## **ACIDENTES DE TRABALHO**

1. No ano de 2008 sofreu algum acidente de trabalho? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

1.1. Se a resposta foi "sim", seguiu o procedimento de sinalização de acidente de trabalho (ou "não", não reportou o acidente)? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

1.2. Se a resposta foi "sim" seleccione (com uma cruz) o motivo do acidente de trabalho?

- a) Picada ..... \_\_\_\_\_
- b) Corte ..... \_\_\_\_\_
- c) Traumatismo..... \_\_\_\_\_
- d) Agressão ..... \_\_\_\_\_
- e) Queda ..... \_\_\_\_\_
- f) Contacto com produtos biológicos contaminados ..... \_\_\_\_\_
- g) Outro motivo? Qual? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_



**1.3. Se a resposta foi "sim", seleccione (com uma cruz) a causa do acidente de trabalho foi:**

- a) Acidental ..... \_\_\_\_\_
- b) Falta de material ..... \_\_\_\_\_
- c) Outra pessoa ..... \_\_\_\_\_
- d) Falta de condições físicas ..... \_\_\_\_\_
- e) Outra causa? Qual? \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

**2. Avalie a importância do Serviço de SHST (serviço de saúde, higiene e segurança no trabalho) na melhoria dos níveis de QVT (qualidade de vida no trabalho) percebido no HNSR (1- Muito pouco importante 5- Muitíssimo importante).**

1	2	3	4	5

**3. Identifique as principais consequências da diminuição da QVT a nível pessoal e profissional.**

---

---

---

### **III – Caracterização Pessoal**

---

- 1. Idade: \_\_\_\_\_
- 2. Sexo: Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_
- 3. Estado civil: \_\_\_\_\_
- 4. Tem filhos: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- 5. Vinculo Laboral (assinalar com cruz)
  - a) Contrato com termo certo \_\_\_\_\_
  - b) Contrato sem termo \_\_\_\_\_
  - c) Contrato administrativo de provimento \_\_\_\_\_
  - d) Quadro \_\_\_\_\_
- 6. Tempo de profissão: \_\_\_\_\_ anos, \_\_\_\_\_ meses
- 7. Tempo de serviço neste Hospital: \_\_\_\_\_ anos, \_\_\_\_\_ meses

8. **Tempo de trabalho neste serviço:** \_\_\_\_ anos, \_\_\_\_ meses

9. **Tempo de trabalho semanal:** \_\_\_\_ horas

10. **Serviço** (assinale com uma cruz o serviço a que pretence):

a) Cirurgia \_\_\_\_

b) Medicina \_\_\_\_

c) Urgência Geral \_\_\_\_

Agradeço a participação das/os Sr.<sup>a</sup> e Sr. Enfermeiras/os que disponibilizaram o seu tempo para responder a este Questionário.

Bem-haja pela sua colaboração.

Ana Fernandes



### **Apêndice 3 – Análise de conteúdo das perguntas abertas**

## Análise de conteúdo das perguntas abertas

**Questionários – Pergunta 5 (I parte)** “Apresente algumas sugestões para a melhoria da QVT no seu serviço”.

- ..... – Melhoria da organização e articulação de trabalho entre a equipa multidisciplinar
- ..... – Melhoria da organização do trabalho através de protocolos/normas actualizadas, formação em serviço e reuniões regulares
- ..... – Melhoria das condições físicas e do equipamento
- ..... – Melhoria das condições contratuais e de carreira
- ..... – Aumento do número de enfermeiros e/ou de assistentes operacionais, diminuindo a sobrecarga de trabalho
- ..... – Reconhecimento

Q2 – Existência de protocolos de actuação; Trabalho de equipa multidisciplinar; tempo para reunião de equipa.

Q5 – Espírito de equipa de todos os elementos da equipa multidisciplinar; melhor organização.

Q6 – Bastaria que se conseguisse trabalhar em equipa efectivamente, com respeito pelos papéis de cada um.

Q10 – Melhor relação entre a equipa pluridisciplinar; melhorar a motivação para a ... do trabalho; ser reconhecido pela organização; actualização da carreira.

Q12 – Aumento do rácio enfermeiro/utente para diminuir a sobrecarga de trabalho, que não permite prestar cuidados de saúde com a qualidade que deveria acontecer, uma vez que, não resta tempo para valorizarmos a dimensão psico-socio-cultural de cada utente.

Q13 – Maior valorização dos cuidados directos prestados ao doente do ponto de vista técnico e de relação com doente e família, relativamente a projectos, trabalhos escritos, formação, etc.

Q14 – Alteração da estrutura física e circuito dos doentes.

Q17 – Aumento remuneração; espaço físico melhorado.

Q23 – Diminuição das horas de trabalho semanais de 40 para 35 e uma remuneração justa e adequada a cada tipo de serviço, não é justo enfermeiros que trabalham numa medicina receberem exactamente o mesmo ou menos que outros que trabalham em serviços mais leves fisicamente, devia existir um “premio”

- Q24 – Aumento da remuneração; recursos materiais em maior quantidade e qualidade; melhoria das instalações (ao nível da climatização).
- Q26 – Aumentarem o rácio de doente/enf
- Q28 – Mudança de 40 horas para 35 horas de trabalho semanais.
- Q31 – Melhoria das condições físicas; mais pessoal.
- Q32 – Mudança de horário de 40 horas para 35 horas semanais.
- Q35 – Menor sobrecarga de trabalho e valorização do progresso, relativa à prestação de cuidados nomeadamente de enfermagem.
- Q36 – Mais enfermeiros e auxiliares, melhor relacionamento de trabalho enf/Auxiliares e organização do serviço.
- Q38 – Aumento do número de profissionais de saúde.
- Q39 – Aumento do número de enfermeiros e AAM a trabalhar no serviço; espírito de trabalho em equipa multidisciplinar, realização de normas para todos os procedimentos executados; ter ao dispor no serviço uma variedade de materiais para a execução de ?, reabilitação e prevenção de úlceras, camas articuladas e modernizadas de forma a dar mais conforto à pessoa/cliente e facilitar o seu manuseio pelos profissionais.
- Q41 – Mais profissionais de enfermagem e auxiliares de modo a diminuir a sobrecarga de trabalho. Maior incentivo aos profissionais, uma vez que, tanto trabalham neste serviço e pouco reconhecimento têm. A progressão e remuneração também iriam ajudar muito uma vez que podemos gostar muito daquilo que fazemos mas também não queremos ser voluntários.
- Q42 – Mais profissionais, progressão e remuneração.
- Q45 – Diminuir a sobrecarga de trabalho com a admissão de mais pessoal (auxiliares e enfermeiros).
- Q47 – Diminuir a sobrecarga de trabalho, proporcionar os recursos materiais indispensáveis para a realização do nosso trabalho.
- Q49 – Maior colaboração interdisciplinar e mais organização e sistematização dos procedimentos e internamentos.

Q53 – Aumento do pessoal (enfermeiros e auxiliares); de uma forma indirecta a actualização da nossa carreira.

Q54 – Melhorar a relação e colaboração das equipas médicas que influencia a organização do trabalho de enfermeiros. Igualdade de salários nos contractos individuais sem termo a 40 horas, visto que existe diferenças e gera mau estar nos colegas mais novos, com salários mais baixos.

Q55 – Aumento do número de enfermeiros na equipa de enfermagem; substituição de alguns equipamentos.

Q56 – Substituição de todas as camas antigas; melhorar a climatização do serviço; melhorar organização do trabalho médico.

Q60 – Mais recursos humanos; melhoria da estrutura física do serviço.

Q64 – Formação em serviço; melhores espaços para a equipa; melhores condições do material (ex: cama).

Q67 – Aumento das dotações seguras nos serviços o que diminui a sobrecarga do trabalho e aumentaria a qualidade dos cuidados e a satisfação pessoal e profissional/ motivação pelos cuidados prestados.

Q71 – Pagamento de horas de qualidade como aos meus colegas com contracto mais antigo e não apenas os 25% seja qual for o dia da semana.

Q73 – Melhoria do equipamento – camas articuladas mais bombas infusoras.

Q76 – Maior número de enfermeiros e AAM por turno; revisão da carreira de enfermagem.

Q79 – Melhoria da organização da equipa médica que influencia directamente o trabalho de enfermagem. Aumentar o rácio enfermeiro/doente e também de AAM, pois muitas vezes fazemos tarefas que lhes compete por estes também serem insuficientes.

**Questionários – Pergunta 3 (Parte II)** “Identifique as principais consequências da diminuição da QVT a nível pessoal e profissional”

- ... – Desmotivação
- ... – Alterações e desgaste físico
- ... – Alterações e desgaste psicológico
- ... – Consequências para outros (colegas, utentes, família ...)
- ... – Stress e/ou Burnout

Q2 – Desmotivação; stress; Piores cuidados de saúde.

Q5 – Desmotivação, desorganização, pouco espírito de equipa.

Q6 – Desgaste psicológico, Ansiedade.

Q7 – desmotivação, doença psiquiátrica.

Q10 – Cansaço, falta de disponibilidade para cuidar de todos os doentes por falta de pessoal, irritabilidade, revolta

Q12 – Sobrecarga de trabalho por afluência externa de utentes; dificuldades nas relações interpessoais laborais com colegas e outros profissionais de saúde; não haver reconhecimento do esforço individual de cada profissional de saúde.

Q13 – Cansaço físico e psicológico; desmotivação.

Q14 – Aumento do cansaço físico e psicológico.

Q21 – A nível pessoal o cansaço e falta de paciência para as actividades domésticas. A sensação de burnout a nível profissional.

Q22 – Desgaste psicológico e físico.

Q23 – Cansaço físico e stress

Q25 – Condições físicas de trabalho desfavoráveis, vencimento; desgaste físico e psicológico.

Q26 – Lesões musculo-esqueléticas; depressão; desinteresse profissional.

Q28 – envelhecimento precoce.

Q29 – desmotivação profissional; distrações no exercício profissional; perturbações ao nível relacional e do sono.



- Q31 – Desmotivação, cansaço, não investimento a nível académico e/ou profissional.
- Q32 – Envelhecimento precoce.
- Q33 – Maior insatisfação e menor motivação.
- Q35 – Stress, depressão, desmotivação, défice de qualidade na prestação de cuidados, surgimento de momentos de conflito e inclusive situações de suicídio.
- Q36 – Desmotivação e desinteresse.
- Q39 – Frustração profissional, desmotivação, aumento do stress, desgaste físico e psicológico.
- Q40 – Desgaste físico e emocional; falta de motivação.
- Q41 – Falta de disponibilidade de tempo; sobrecarga de trabalho; sobrecarga psicológica.
- Q42 – Falta de disponibilidade, desmotivação profissional, stress, cansaço físico e psicológico.
- Q43 – Sobrecarga de trabalho, desgaste físico e psicológico e característica das tarefas.
- Q45 – Desmotivação profissional, desgaste físico e psicológico.
- Q47 – desmotivação, burnout.
- Q49 – Fadiga física e intelectual, desmotivação, irritabilidade para com colegas e familiares.
- Q53 – A nível profissional reflecte-se na diminuição da qualidade dos cuidados prestados; A nível pessoal tem importância a vários níveis ... nos relacionamentos, disponibilidade, nível físico.
- Q54 – A nível profissional, diminuição da qualidade dos cuidados. A nível pessoal diminuição de qualidade em geral, tristeza ou por vezes ? com determinadas situações que se poderão evitar.
- Q55 – Desmotivação profissional.
- Q56 – Instabilidade profissional; desconhecimento do futuro a médio prazo; doença.
- Q57 – Desmotivação.



Q58 – Desmotivação.

Q59 – Cansaço físico, desmotivação profissional.

Q61 – Desmotivação para o trabalho, pouca iniciativa para a realização de tarefas, síndrome burnout.

Q65 – Desmotivação no trabalho e diminuição do rendimento.

Q66 – Desmotivação, desinteresse, sacrifício.

Q67 – Aumento do cansaço físico e psicológico; diminuição da motivação.

Q71 – Desgaste psicológico e prestação de cuidados menos adequados aos doentes.

Q72 – Desmotivação a nível profissional e cansaço a nível pessoal.

Q78 – Poucas perspectivas de subir na carreira, má relação com chefes, sobrecarga de trabalho.

Q79 – Desinteresse, insatisfação e desmotivação no trabalho, a nível pessoal podem desenvolver-se depressões, angustia por vir trabalhar, etc.

Q81 – Desmotivação.

Q82 – Desmotivação, menor produtividade, maior frequência de erros humanos.

Q83 – Desgaste psicológico; desmotivação no trabalho.

## **Apêndice 4 – Principais resultados da análise inferencial**

## Principais resultados da análise inferencial

Quadros obtidos após a regressão logística binária:

Percepção dos enfermeiros sobre a importância atribuída pela organização à competência técnica vs sofreu Acidentes de trabalho para trabalhar

### Dependent Variable

#### Encoding

Original Value	Internal Value
Não	0
Sim	1

### Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
Imp. comp.técnica	Dá-se pouca importância	10	1.000	.000	.000
	Dá-se importância	26	.000	1.000	.000
	Dá-se alguma importância	34	.000	.000	1.000
	Dá-se muita importância	14	.000	.000	.000

### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 11a			6.463	3	.091			
11a(1)	-1.609	1.193	1.821	1	.177	.200	.019	2.071
11a(2)	-.223	.701	.101	1	.750	.800	.202	3.162
11a(3)	-1.748	.823	4.513	1	.034	.174	.035	.873
Constant	-.588	.558	1.111	1	.292	.556		

Percepção dos enfermeiros sobre a importância atribuída pela organização à **Centralização do trabalho versus se teve acidentes de trabalho.**

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
Não	0
Sim	1

**Categorical Variables Codings**

		Frequency	Parameter coding			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Imp. centralização do trabalho	Não se dá importância	2	1.000	.000	.000	.000
	Dá-se pouca importância	8	.000	1.000	.000	.000
	Dá-se importância	35	.000	.000	1.000	.000
	Dá-se alguma importância	32	.000	.000	.000	1.000
	Dá-se muita importância	6	.000	.000	.000	.000

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 11b			6.904	4	.141			
11b(1)	-21.203	28420.722	.000	1	.999	.000	.000	.
11b(2)	-1.099	1.155	.905	1	.341	.333	.035	3.205
11b(3)	-.916	.898	1.041	1	.308	.400	.069	2.326
11b(4)	-2.708	1.095	6.111	1	.013	<b>.067</b>	<b>.008</b>	<b>.571</b>
Constant	.000	.816	.000	1	1.000	1.000		

Percepção dos enfermeiros sobre a importância atribuída pela organização ao **espírito de iniciativa** versus se saia do hospital mantendo condições contratuais.

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
Não	0
Sim	1

**Categorical Variables Codings**

		Frequency	Parameter coding			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Imp. espírito de iniciativa	Não se dá importância	4	1.000	.000	.000	.000
	Dá-se pouca importância	17	.000	1.000	.000	.000
	Dá-se importância	29	.000	.000	1.000	.000
	Dá-se alguma importância	24	.000	.000	.000	1.000
	Dá-se muita importância	9	.000	.000	.000	.000

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 11j			5.136	4	.274			
11j(1)	3.178	1.568	4.108	1	<b>.043</b>	<b>24.000</b>	1.111	<b>518.581</b>
11j(2)	1.386	1.173	1.398	1	.237	4.000	.402	39.827
11j(3)	.934	1.146	.665	1	.415	2.545	.269	24.057
11j(4)	.799	1.175	.462	1	.497	2.222	.222	22.229
Constant	-2.079	1.061	3.844	1	.050	.125		

Percepção dos enfermeiros sobre a importância atribuída pela organização à **realização pessoal e profissional** versus se **voltaria a escolher o mesmo hospital para trabalhar**

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
Não	0
Sim	1

**Categorical Variables Codings**

		Frequency	Parameter coding			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Imp. Realização pessoal e profissional	Não se dá importância	7	1.000	.000	.000	.000
	Dá-se pouca importância	23	.000	1.000	.000	.000
	Dá-se importância	33	.000	.000	1.000	.000
	Dá-se alguma importância	12	.000	.000	.000	1.000
	Dá-se muita importância	8	.000	.000	.000	.000

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 11k			8.731	4	.068			
11k(1)	-.223	1.057	.045	1	.833	.800	.101	6.347
11k(2)	.316	.859	.135	1	.713	1.371	.254	7.392
11k(3)	2.230	1.032	4.667	1	<b>.031</b>	<b>9.300</b>	<b>1.230</b>	<b>70.333</b>
11k(4)	1.887	1.274	2.192	1	.139	6.600	.543	80.235
Constant	.511	.730	.489	1	.484	1.667		

Percepção dos enfermeiros sobre a importância atribuída pela organização à **realização pessoal e profissional** versus **sair do serviço mantendo hospital** para trabalhar.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 I1k			6.103	4	.192			
I1k(1)	3.045	1.345	5.122	1	.024	21.000	1.504	293.253
I1k(2)	.836	.918	.829	1	.363	2.308	.381	13.963
I1k(3)	.452	.897	.254	1	.614	1.571	.271	9.122
I1k(4)	.762	1.005	.575	1	.448	2.143	.299	15.355
Constant	-1.099	.816	1.810	1	.178	.333		

Percepção dos enfermeiros sobre a importância atribuída pela organização aos **novos serviços para a comunidade e profissionais** versus **se voltava a escolher o mesmo hospital** para trabalhar.

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
Não	0
Sim	1

**Categorical Variables Codings**

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
Imp. novos serviços comunidade e profissionais	Não se dá importância	6	1.000	.000	.000
	Dá-se pouca importância	25	.000	1.000	.000
	Dá-se importância	36	.000	.000	1.000
	Dá-se alguma importância	15	.000	.000	.000

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 I1I			6.225	3	.101			
I1I(1)	.000	1.025	.000	1	1.000	1.000	.134	7.451
I1I(2)	.460	.721	.407	1	.524	1.583	.386	6.501
I1I(3)	2.140	.911	5.522	1	.019	<b>8.500</b>	<b>1.426</b>	<b>50.655</b>
Constant	.693	.548	1.602	1	.206	2.000		

Percepção dos enfermeiros sobre a importância atribuída pela organização à **novos serviços para a comunidade e profissionais vs sofreu sair do hospital melhorando condições** para trabalhar

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 I1I			5.058	3	.168			
I1I(1)	20.615	15191.515	.000	1	.999	8.975E8	.000	.
I1I(2)	2.590	1.163	4.960	1	.026	<b>13.333</b>	<b>1.364</b>	<b>130.305</b>
I1I(3)	.799	.700	1.302	1	.254	2.222	.564	8.759
Constant	.588	.558	1.111	1	.292	1.800		



**Satisfação com as condições físicas do local de trabalho versus se voltaria a escolher o mesmo hospital para trabalhar.**

**Dependent Variable**

**Encoding**

Original Value	Internal Value
Não	0
Sim	1

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 avaliaglobal2	1.677	.714	5.520	1	.019	5.348	1.320	21.661
Constant	-3.269	1.972	2.750	1	.097	.038		

**Satisfação com as condições físicas do local de trabalho versus se mudava de serviço mantendo o mesmo hospital.**

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 avaliaglobal2	-1.258	.587	4.589	1	.032	.284	.090	.898
Constant	3.295	1.696	3.775	1	.052	26.972		

**Satisfação com o trabalho versus se mudaria de hospital mantendo as mesmas condições contratuais.**

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 avaliaglobal4	-1.803	.603	8.940	1	.003	.165	.051	.537
Constant	4.426	1.793	6.095	1	.014	83.604		

## Tendência de respostas com valores não significativos

Importância, percebido pelos enfermeiros, dada pela organização à competência técnica versus sair do serviço e/ou hospital.

### Dependent Variable

#### Encoding

Original Value	Internal Value
Não	0
Sim	1

### Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
Imp. comp.técnica	Dá-se pouca importância	10	1.000	.000	.000
	Dá-se importância	26	.000	1.000	.000
	Dá-se alguma importância	33	.000	.000	1.000
	Dá-se muita importância	13	.000	.000	.000

### Competência técnica versus sair do hospital melhorando condições contratuais

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 I1a			1.295	3	.730			
I1a(1)	.492	1.305	.142	1	.706	1.636	.127	21.104
I1a(2)	.332	.984	.114	1	.736	1.394	.203	9.585
I1a(3)	-.393	.879	.200	1	.655	.675	.121	3.780
Constant	1.705	.769	4.918	1	.027	5.500		

Predisposição para ficar no serviço independentemente da importância atribuída ao bem-estar das Pessoas.

**Categorical Variables Codings**

		Frequency	Parameter coding			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Imp. bem-estar das pessoas	Não se dá importância	9	1.000	.000	.000	.000
	Dá-se pouca importância	23	.000	1.000	.000	.000
	Dá-se importância	32	.000	.000	1.000	.000
	Dá-se alguma importância	11	.000	.000	.000	1.000
	Dá-se muita importância	8	.000	.000	.000	.000

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 11c			2.951	4	.566			
11c(1)	-20.510	14210.366	.000	1	.999	.000	.000	
11c(2)	-19.645	14210.366	.000	1	.999	.000	.000	
11c(3)	-19.516	14210.366	.000	1	.999	.000	.000	
11c(4)	-20.643	14210.366	.000	1	.999	.000	.000	
Constant	21.203	14210.366	.000	1	.999	1.615E9		

Predisposição para mudar de hospital com as mesmas condições contratuais independentemente do grau de importância atribuída ao poder das chefias.

**Categorical Variables Codings**

		Frequency	Parameter coding		
			(1)	(2)	(3)
Imp. poder das chefias	Dá-se pouca importância	3	1.000	.000	.000
	Dá-se importância	21	.000	1.000	.000
	Dá-se alguma importância	45	.000	.000	1.000
	Dá-se muita importância	14	.000	.000	.000

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 l1e			.849	3	.838			
l1e(1)	.606	1.387	.191	1	.662	1.833	.121	27.797
l1e(2)	.606	.799	.575	1	.448	1.833	.383	8.778
l1e(3)	.171	.738	.054	1	.817	1.186	.279	5.039
Constant	-1.299	.651	3.979	1	.046	.273		

Predisposição para ficar no serviço e/ou hospital quanto maior a satisfação com as condições físicas do local de trabalho e a satisfação com o trabalho.

**Satisfação com as condições físicas versus sair do hospital mantendo as mesmas condições contratuais**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 Sat.								
Condições físicas	-1.209	.632	3.664	1	.056	.298	.087	1.029
Constant	2.409	1.785	1.822	1	.177	11.121		

**Satisfação com as condições físicas versus sair do serviço**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 Sat. Condições físicas	-1.258	.587	4.589	1	.032	.284	.090	.898
Constant	3.295	1.696	3.775	1	.052	26.972		

**Satisfação com o trabalho versus sair do hospital mantendo as mesmas condições contratuais**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 Satisfação com o trabalho	-1.803	.603	8.940	1	.003	.165	.051	.537
Constant	4.426	1.793	6.095	1	.014	83.604		

**Satisfação com o trabalho versus sair do serviço**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 Satisfação com o trabalho	-.688	.478	2.067	1	.150	.503	.197	1.284
Constant	1.742	1.484	1.377	1	.241	5.708		

**Apêndice 5 – Resumo da informação sobre pedidos de  
transferência**

	Serviço de origem	Sexo	Anos no Serviço	Anos de Serviço	1ª Opção	2ª Opção	3ª Opção
2007	Medicina	F	5	5	BO	Imunoterapia	
		F	7	7	U.Geral	UCI	
		F	7	11	C. Externa	U. endoscopia	Imunoterapia
		F	4	4	Cirurgia I	cirurgia II	urg. Geral
		F	2	9	C. Externa oncologia	Exames espec	
	M	6m	?				
	Cardiologia	F	13	13	T.Endoscop	Cons. Externa	BO
		F	15	16	Imunoterapia		
		F	10	16	Imunoterapia		
	Cirurgia	F	7?	?	Obstetricia		
M		3	3	BO	UCI		
U. Pediatrica	F	8	14	Imunoterapia	U.T. Oftalmo.	Ginecologia	
Imunoterapia	M	4	4	Cirurgia II			
2008	Medicina	F	1	1	Psiquiatria	Obstetricia	Ginecologia
		F	6?	?	Consulta Ex	Imunoterapia	H.D. Pneumologia
		M	3	3	Obstetricia		
		M	3	10	Ginecologia	Cardiologia	
		F	6	6	Consulta E.	C. oftalmologia	
		F	3	14	Psiquiatria	ginecologia	urg pediatrica
		F	2m	5	Obstetricia	ginecologia	
		F	5	5	UCI	Pediatria	U. Geral
		F	1	1	U. Geral		
		F	6	6	U. Geral		
	F	2m	2m	Cardiologia	Cirurgia	Urologia	
	Pneulogia	F	4	4	Psiquiatria		
	Gastroenterologia	M	6	6	Obstetricia		
Neurologia	F	3	3				
Cirurgia	F	1d	11	C.Externa	Obstetricia		
	F	3	3	Neonatalogia	Obstetricia	C. Externa	
Urologia	F	4	10	BO	Ex. Especiais	Imunoterapia	
Ortopedia	M	8	12	Psiquiatria			
Ginecologia	F	3	3	B.Partos			
U.Geral	F	21	21	C.Externa			
	F	15	23	Cardiologia	Ginecologia	Urologia	
	F	16	19	C.Externa			
	F	7	11	C.Externa	U. Endoscopia		

Motivação	Tempo de espera	Data do Pedido	Data da transferencia	Serviço de Acolhimento
horario fixo	1a11m	30/Janeiro	Novembro 2008	ortopedia
Novos conhecimentos;	1a6m	17/Janeiro	Junho 2008	U.Geral
Razoes pessoais; novos conhecimentos; desgaste psicologico	5m	16/Abril	Agosto 2007	U.T. Endoscopia
Novos conhecimentos;	2m	02/Março	Abril 2007	U.Geral
razoes pessoais; horario fixo	1a8m	10/Maio	Dezembro 2008	C. Ambulatorio
(FALTA IMPRESSO)		12/Setembro		(Horario Fixo)
horario fixo;	4m	07/ Março	Julho 2007	Imunoterapia
Novos conhecimentos; menos stress		11/Julho		
serviço com menos exigencia fisica		25/Julho		
(FALTA IMPRESSO)	1a2m	30/Março	Maio 2008	Obstetricia
Novos conhecimentos; Gosto pelo BO	4m	08/Junho	Setembro 2007	BO
Motivos de saude	5m	07/Novembro	Março 2008	Imunoterapia
(FALTA IMPRESSO)	5m	26/Março	Agosto 2007	Cirurgia II
incompatibilidade com chefia; novos conhecimentos		6/Maio		
(FALTA IMPRESSO)	2m	7/Maio	Junho 2008	Ginecologia
Gosto pessoal; possivel especialidade		06/Agosto		
novos conhecimentos	5m	05/Setembro	Janeiro 2009	cardiologia
Desgaste fisico e emocional. Horário fixo. Filho menor		03/ Dezembro		
novos conhecimentos		16/Janeiro		
possivel especialidade; problemas psicologicos	6m	29/ Abril	Set / Out 2008	rescisão de contracto
novos conhecimentos	3m	08/Setembro	Novembro 2008	U. Geral
Aprofundar conhecimentos		17/Outubro		
Desgaste fisico e psicologico; novos conhecimentos; valorização pessoal		18/Novembro		
Problemas de saude (cardiaco); excesso de trabalho		09/Dezembro		
novos conhecimentos		10/Março		
Novos conhecimentos; Possivel espacialidae	3m	06/ Agosto	Outubro 2008	Obstetricia
Horario fixo	7m	17/Abril	Outubro 2008	BO
horario fixo; motivos pessoais; interesse na area da mulher e criança	8m	07/Março	Outubro 2008	C.Saude
Horario fixo:		10/Outubro		
Stress psicologico por parte da chefia: horario fixo		27/Junho		
Novos conhecimentos;	9m	07/Março	Novembro 2008	Psiquiatria
Especialidade	1m	27/Outubro	Novembro 2008	B.Partos
Condições de saude	FALTA	17/Janeiro	FALTA	C. Externa
Estar a muito tempo na urg, necessidade de sair do serviço	6m	15/Setembro	Fevereiro 2009	Ginecologia
Filho pequeno necessita de horario fixo		16/Setembro		(Horario fixo)
Filho pequeno necessita de horario fixo		19/Setembro	Setembro 2008	(Horario fixo)



## **ANEXO**

## **Anexo 1 – Dados fornecidos pelo HNSR, E.P.E**

Serviços	Número de <b>reclamações</b> a enf. Janeiro a Setembro 2008	Janeiro a Setembro de 2007
Bloco de partos		1
Consulta externa	1	1
Gastrenterologia		1
Obstetrícia / ginecologia		1
Oftalmologia		
Cirurgia	1	1
Medicina interna		1
Neurologia	1	
Núcleo Apoio Domiciliário		
Obstetrícia		
Pediatria		2
Psiquiatria	2	
Senologia		1
Serviço de Urgência	5	3
Triagem	3	4
UCI	1	
Urgência Pediátrica	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>17</b>
Serviços	Número de <b>elogios</b> a enf. Janeiro a Setembro 2008	Janeiro a Setembro de 2007
Bloco de partos	1	
Consulta externa		
Gastrenterologia		
Obstetrícia / ginecologia		
Oftalmologia		
Cirurgia		
Medicina interna	1	
Neurologia		
Núcleo Apoio Domiciliário		
Obstetrícia		
Pediatria		
Psiquiatria		
Senologia		
Serviço de Urgência		
Triagem		
UCI		
Urgência Pediátrica		
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

## Acidentes de trabalho

Ocorridos até 28 de Novembro de 2008

Total de Acidentes: 23

Enfermeiras: 21

Enfermeiros: 2

Medicina	8
Pneumologia	1
Cirurgia	1
Consulta externa	1
Pediatria	1
Cardiologia	1
Bloco operatorio	2
Urg. pediátrica	1
obstetricia	2
Urgência geral	5

Picada	8	Medicina 4; Pneumologia 1; Obstetrícia 1; Urgência 1; BO 1
In Iteneri (Não sei a que se refere)	3	Urgência Pediátrica 1; Urgência 1; Obstetrícia 1
Corte	3	BO 1; Medicina 1; Urgência 1
Traumatismo/embate	2	Cardiologia 1; Urgência 1
Agressão	1	Urgência
Queda	2	Pediatria 1; Medicina 1
Projecção Biológica	4	Cirurgia 1; Consulta externa 1; Medicina 2

## Absentismo dos enfermeiros

Serviço	Nº de faltas	Nº de Enf. no serviço	%
Medicina I	312	21	4,07
Cardiologia	153	23	1,82
Gastroenterologia	56	5	3,07
Pneumologia	552	23	6,58
Oncologia	54	9	1,64
Cirurgia I	487	20	6,67
Cirurgia II	184	24	2,10
Ortopedia	270	18	4,11
Urologia	138	19	1,99
Obstetrícia	246	20	3,37
Ginecologia	385	17	6,20
Pediatria	541	18	8,23
Neonatologia	404	12	9,22
UCI	243	22	3,03
Psiquiatria	405	25	4,44
Pedopsiquiatria	20	2	2,74
Urgência geral	594	54	3,01
Urgência Pediátrica	91	13	1,92
Urgência Obstétrica	320	23	3,81
Urgência Ambulatório	84	6	3,84
BO	597	42	3,89
Esterilização	54	2	7,4
Consultas Externas	533	21	6,95