

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS
ENFERMEIROS EM HOSPITAIS DO RECIFE: PROPOSTA DE
MODELO MOTIVACIONAL**

ANA REGINA BEZERRA RIBEIRO

Orientador: Abraham Benzaquen Sicsú, Doutor

RECIFE, ABRIL/2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS
ENFERMEIROS EM HOSPITAIS DO RECIFE: PROPOSTA DE
MODELO MOTIVACIONAL**

TESE SUBMETIDA À UFPE
PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE DOUTOR
POR

ANA REGINA BEZERRA RIBEIRO

Orientador: Abraham Benzaquen Sicsú, Doutor

RECIFE, ABRIL/2009

R484a **Ribeiro, Ana Regina Bezerra.**

Análise das condições de trabalho dos enfermeiros em hospitais do Recife: proposta de modelo motivacional / Ana Regina Bezerra Ribeiro. – Recife: O Autor, 2009.
x, 145 folhas, il : tabs. graf.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2009.

Inclui Referências Bibliográficas e Apêndices.

2. Engenharia de Produção. 2. Motivação. 3. Ergonomia.
4. Enfermeiros. 5. Análise Ergonômica do Trabalho - AET. I. Título.

658.5

UFPE
BCTG/ 2009-107



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA
DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO DE

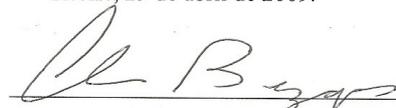
ANA REGINA BEZERRA RIBEIRO

**“ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS EM
HOSPITAIS DO RECIFE: PROPOSTA DE MODELO MOTIVACIONAL”**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERÊNCIA DA PRODUÇÃO

A comissão examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera a candidata ANA REGINA BEZERRA RIBEIRO **APROVADA**.

Recife, 29 de abril de 2009.


Prof. ABRAHAM BENZAQUEN SICSÚ, Doutor (UFPE)


Prof. JOSÉ LAMARTINE TÁVORA JUNIOR, Doutor (UFPE)


Profa. LAURA BEZERRA MARTINS, Doutor (UFPE)


Prof. JOÃO POLICARPO RODRIGUES LIMA, PhD (UFPE)


Prof. FREDERICO JA YME KATZ, PhD (UNICAP)

*“Este trabalho é dedicado aos meus filhos João Victor e Luís Eduardo,
que nasceram durante a caminhada deste doutorado,
eles fizeram os meus dias mais felizes e
me deram forças para conclusão desta tese,
através dos sorrisos e de frases amorosas, como:
Mamãe, eu te amo!
Vocês são muito especiais para mim!”.*

AGRADECIMENTOS

A conclusão de um doutorado é conseguida devido à superação de várias etapas. Durante essa jornada tive a honra de contar com a participação de várias pessoas, minha gratidão a todas:

Aos meus pais, em especial à minha mãe, por ter se deslocado do conforto do seu lar em Natal por várias vezes para me apoiar, promovendo as condições necessárias para escrever ou estudar, dividindo comigo algumas responsabilidades.

Ao meu esposo, Paulo Eugênio Barbosa, que teve privações de passeios ou de algumas férias para estar comigo enquanto eu estudava para conclusão do doutorado.

Ao meu orientador, professor Abraham Benzaquen Sicsú, pela amizade, dedicação, disponibilidade, incentivo e seriedade, vibrando comigo após todas as conquistas.

Aos professores Denise Dumke de Medeiros e José Lamartine Távora Junior pelas relevantes contribuições apresentadas para o desenvolvimento do trabalho e realização deste curso.

Às professoras Betânia Azevedo e Daniela Dias, porque sem suas aulas não seria possível alcançar o resultado na prova de proficiência em língua inglesa.

Aos meus amigos do Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, em especial, a Joyce Cajueiro, Gilka Barbosa, Maria Auxiliadora, Débora Eleonora, Vaneide Lopes e Renata Maciel.

À Faculdade Marista pela liberação e apoio dado na conclusão deste Doutorado.

Aos meus professores do PPGEP, que me ensinaram muito sobre o assunto.

À secretaria do programa, em especial, a Juliane, que me ajudou a entender todos os processos acadêmicos.

Aos amigos e a minha família pelo apoio dado durante a realização do Doutorado.

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de fazer uma investigação para responder a seguinte questão de pesquisa: “como melhorar a motivação de enfermeiros que trabalham na área de saúde hospitalar, em condições insalubres de trabalho, alto grau de estresse, grande responsabilidade no sucesso do tratamento médico, rápidos avanços tecnológicos, trabalho padronizado e coletivo?” e de propor um modelo motivacional para esses profissionais com os dados das pesquisas teóricas e de campo. A pesquisa de campo foi realizada em três hospitais particulares de Recife, com a utilização de entrevistas com gerentes de recursos humanos. Constatou-se que, a equipe de enfermagem dos hospitais escolhidos necessita de uma melhor remuneração, treinamento, retreinamento e uso de novas tecnologias. Verifica-se, também, que a se fazem indispensáveis algumas ações para obtenção de uma maior autonomia na execução de sua função, em virtude desse profissional assumir a coordenação da equipe de enfermagem. Esses fatores estimulariam a motivação dos enfermeiros para um melhor desempenho no trabalho, obtendo uma melhor qualidade dos serviços prestados. Na construção do modelo motivacional optou-se pela aplicação dos conceitos motivacionais da Teoria ERG e da Teoria da Fixação de Objetivos, utilizando a ergonomia organizacional, com a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho – AET, para a fase de diagnóstico das necessidades dos enfermeiros.

Palavras-chave: Motivação, Ergonomia, Enfermeiros e Análise Ergonômica do Trabalho – AET.

ABSTRACT

This thesis has the objective of making an investigation to answer the following research question: “how to improve the motivation of nurses who work with hospital health care, with insalubrious working conditions, high levels of stress, great responsibility in the success of the medical treatment, with constantly changing technological advances, and with standardized and collective work?”, and to suggest a motivational model for these professionals based on the research and field data collected. The study was focused on the medical center in Recife through interviews with human resource managers of three private hospitals. It was perceived that the nursing staff of the chosen hospitals need better wage conditions, training, retraining and the use of new technologies. It was also observed that some actions must be taken in order to achieve more autonomy, because, nowadays, they are coordinating the nursing staff. These factors would stimulate the nurses` motivation, leading to a better work performance and, consequently, achieving a better quality in the services provided. In the construction of the motivational model, an option was made to apply the motivational concepts of the ERG Theory and of the Goal Setting Theory, using the organizational ergonomics, with the methodology of Ergonomic Work Analysis (EWA) for the diagnosis phase of the nurses` needs.

Key words: Motivation, Ergonomics, Nurses and Ergonomic Work Analysis (EWA).

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	2
1.1 Justificativa.....	4
1.2 Objetivos	5
1.2.1 Objetivo Geral.....	6
1.2.2 Objetivos Específicos	6
1.3 Procedimentos Metodológicos	7
1.3.1 - Problema de Pesquisa	8
1.3.2 - Hipóteses de Pesquisa.....	9
1.3 Estrutura do Trabalho.....	9
1.4 Delimitação do Trabalho.....	10
2 - CONTEXTUALIZAÇÃO	12
2.1 – Serviços	12
2.2 – Qualidade em Prestação de Serviços.....	16
2.3 - Características do Serviço na Área Hospitalar.....	20
2.4 Qualidade em Serviços de Saúde	24
2.5 – O Fator Humano na Prestação de Serviços Hospitalar	29
3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
3.1 – Teorias da Motivação	33
3.1.1 – O Ambiente como Fator Motivacional – Elton Mayo	35
3.1.2 – Teoria X e Teoria Y – Douglas McGregor	36
3.1.3 – Teoria da Hierarquia das Necessidades – Abraham H. Maslow	37
3.1.4 – Teoria ERG (Existência, relacionamento e crescimento) – Clayton Alderfer.....	38
3.1.5 – Teoria dos Dois Fatores – Frederick Herzberg	39
3.1.6 – Teoria da Expectativa – Victor H. Vroom.....	41
3.1.7 – Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas – David McClelland.....	43
3.1.8 – Teoria da Equidade – J. Stacy Adams e G. C. Homans.....	44
3.1.9 – Teoria da Fixação dos Objetivos – Edwin Locke e Gary Latham	46
3.1.10 – Síntese das Características das Teorias Motivacionais.....	46
3.2 - Conceitos de Ergonomia.....	49
3.2.1 - A Ergonomia Organizacional	53
3.3 – Programas Corporativos de Ergonomia	60
3.4 - A Ergonomia Organizacional Aplicada à Área Hospitalar.....	62
3.5 - Ergonomia organizacional e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem	64
3.6 - Análise Ergonômica do Trabalho – AET.....	67
3.7 – Conclusão do Capítulo	74
4 - APLICAÇÕES DA ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO.....	77
4.1 – Central de Teleatendimento	77
4.2 – Empresa Coletora de Lixo Domiciliar	80
4.3 - Reciclagem artesanal de lâmpadas fluorescentes	81
4.4 – Produção de Detergente em Pó	83
4.5 - Área Hospitalar focada nos Recursos Humanos e Materiais em Unidades de um Hospital Universitário	85
4.6 – Conclusões do Capítulo.....	87

5 - CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO PÓLO MÉDICO DO RECIFE	91
5.1 - Pólo Médico do Recife: características, problemas e pontos fortes.....	91
5.2 - Relato das Condições de Trabalho dos Profissionais de Enfermagem	95
5.2.1 - Relato das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem –Hospital 1 ..	96
5.2.2 - Relato das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem – Hospital 2 .	99
5.2.3 - Relato das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem –Hospital 3	101
5.3 Análise comparativa dos três hospitais	103
5.4 – Conclusões do Capítulo.....	109
6 - MODELO MOTIVACIONAL APLICADO A PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	112
6.1 – Qualidade de Serviços de Saúde Hospitalar: uma visão humanística do sistema.....	112
6.2 – Características do trabalho do enfermeiro.....	114
6.3 – Teorias Motivacionais e Aplicabilidade a Área Hospitalar	115
6.4 – Utilização da Ergonomia Organizacional como Ferramenta de Melhoria das Condições de Trabalho dos Enfermeiros da Área de Saúde Hospitalar.....	118
6.5 – Aplicação da Análise Ergonômica do Trabalho para Análise das Condições de Trabalho	119
6.6 – Modelo de estímulo da motivação de enfermeiros na área de saúde hospitalar	120
6.7 – Conclusões do Capítulo.....	123
7 - CONCLUSÕES, SUGESTÕES E LIMITAÇÕES	126
7.1 – Conclusões	126
7.2 – Limitações	130
7.3 – Sugestões para Futuros Trabalhos.....	131
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICE	144

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – O OUTPUT DA MAIORIA DOS TIPOS DE OPERAÇÕES É UM COMPOSTO DE BENS E SERVIÇOS	15
FIGURA 2 – POSIÇÃO DE MERCADO DAS ESTRATÉGIAS GENÉRICAS	16
FIGURA 3 – A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO.....	17
FIGURA 4 – MODELO DE FALHA NA QUALIDADE EM SERVIÇOS	18
FIGURA 5 – LIMITES DO COMPORTAMENTO HUMANO NA ÁREA HOSPITALAR.....	22
FIGURA 6 – O HOSPITAL SOB ENFOQUE SISTÊMICO.....	23
FIGURA 7 – MODELO BÁSICO DE MOTIVAÇÃO.....	34
FIGURA 8 – A HIERARQUIA DAS NECESSIDADES DE MASLOW	38
FIGURA 9 – OS CONTINUUM DA NECESSIDADE DE EXISTÊNCIA, RELACIONAMENTO E CRESCIMENTO DE ALDERFER	39
FIGURA 10 – FLUXOGRAMA – TEORIA DA EXPECTATIVA.....	42
FIGURA 11 – TEORIA DA EQUIDADE	45
FIGURA 12 – CLASSIFICAÇÕES DA ERGONOMIA.....	52
FIGURA 13 – A INTERDISCIPLINARIDADE DA ERGONOMIA	52
FIGURA 14 – FATORES QUE INFLUENCIAM NA CARGA DE TRABALHO.....	68
FIGURA 15 - ESQUEMA METODOLÓGICO DA ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO.....	70
FIGURA 16 – MODELO INTEGRADOR DA ATIVIDADE DE TRABALHO.....	73
FIGURA 17 - SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTRUTURA E RELAÇÕES.....	92
FIGURA 18 – QUALIDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES UMA VISÃO HUMANÍSTICA	113
FIGURA 19 – DIMENSÕES QUE ENVOLVEM A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELOS ENFERMEIROS	115
FIGURA 20 – TERIA ERG E AS DIMENSÕES DA QUALIDADE EM SERVIÇOS HOSPITALARES.....	117
FIGURA 21 – PREMISSAS DE UM MODELO MOTIVACIONAL APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	122

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – COMPARAÇÃO DAS SOCIEDADES.....	13
QUADRO 2 – SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DAS PRINCIPAIS TEORIAS MOTIVACIONAIS	48
QUADRO 3 - NÍVEIS DE RUÍDOS USUAIS NOS ESCRITÓRIOS	55
QUADRO 4 - LIMITES MÁXIMOS DE RUÍDOS QUE NÃO PROVOCAM PERTURBAÇÕES NAS ATIVIDADES	55
QUADRO 5 – QUADRO RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS, REAÇÕES E EFEITOS TERAPÊUTICO DAS CORES	59
QUADRO 6 - TEMPERATURAS DO AR RECOMENDADAS PARA VÁRIOS TIPOS DE ESFORÇOS FÍSICOS	60
QUADRO 7 - ELEMENTOS PARA UMA DESCRIÇÃO DA TAREFA.	71
QUADRO 8 – CIDADE DO RECIFE: EMPREGO FORMAL NO NÚCLEO DO PÓLO MÉDICO – 2002	93
QUADRO 9 - CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ESTRUTURAÇÃO DO CORPO DE ENFERMAGEM DOS TRÊS HOSPITAIS	103
QUADRO 10 – CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE TRABALHOS DOS ENFERMEIROS	104
QUADRO 11 – ASPECTOS RELACIONADOS AOS RECURSOS HUMANOS.....	105
QUADRO 12 - FATORES FÍSICOS, PSICOLÓGICOS E ERGONÔMICOS QUE INTERFEREM NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS E A EXISTÊNCIA DE ESTUDOS ERGONÔMICOS REALIZADOS.	106
QUADRO 13 – CONCEITOS MOTIVACIONAIS UTILIZADOS NA ÁREA HOSPITALAR.....	116

LISTA DE SIGLAS

ABERGO – Associação Brasileira de Ergonomia
AET - Análise Ergonômica do Trabalho
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CRM – Conselho Regional de Medicina
dB- Decibel
DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho
EPI´s - Equipamentos de Proteção Individual
ERG – *Existence, Relatedness and Growth* (Existência, relacionamento e crescimento)
ISO - *International Organization for Standardization*
LER - Lesão por Esforços Repetitivos
NR-17 – Norma Regulamentadora 17
PMR - Pólo Médico do Recife
RAIS - Relação Anual de Informações Sociais
RH – Recursos Humanos
SMS - Saúde, Meio Ambiente e Segurança Ocupacional
TMA - Tempo Médio de Atendimento
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Primeiro Capítulo

INTRODUÇÃO

“A dúvida é o principio da sabedoria”.

Aristóteles

1 – INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços médicos está relacionada à satisfação dos funcionários, que lidam com várias mudanças tecnológicas e de processos organizacionais e que precisam estar preparados para absorver tais alterações em suas funções, além de perceber os anseios e inquietações dos pacientes, procurando atender ou superar as suas expectativas.

Sabe-se que, os usuários dos serviços médicos sempre vão em busca de uma solução rápida para seus problemas de saúde. Nesse contexto, o atendimento eficiente passa a ser prioritário para o paciente, pois ele deseja aliviar sua dor ou curar sua enfermidade.

Segundo Malagón-Londoño et al. (2003), o hospital moderno agrega um centro de referência com sistema integrado de promoção e prevenção da saúde, além da reabilitação do paciente. Sendo o oposto do hospital antigo, que era responsável apenas pelos procedimentos diretos de tratamento englobados na recuperação da saúde. De acordo com o mesmo autor, outra característica dos hospitais nos dias de hoje é que eles são norteados pelas estratégias da Qualidade Total, obedecendo a padrões investigados e comprovados nos grandes centros assistenciais e de pesquisa do mundo.

Diante do exposto, hospitais modernos enfrentam, com o advento da Qualidade Total, os vários desafios de trabalhar vários conceitos, dentre eles: gerência estratégica, planejamento estratégico, reengenharia de processos, qualidade de vida e custos operacionais. Existe uma mudança na gestão dos hospitais, onde o foco principal passa a ser o paciente. Para ele, a organização deve dedicar todos os esforços para obter a sua plena satisfação.

Dessa forma, é importante para uma boa qualidade de serviços de saúde, perceber a necessidade e a expectativa do paciente, trabalhando para superá-la. Como explica Mirshawka (1994), na prestação de serviços de saúde, é o paciente quem atualmente decide o que vem a ser a qualidade do serviço. O paciente faz a avaliação durante o processo de atendimento, observando características tais como: sua imagem, suas expectativas e percepções sobre a qualidade, a maneira como o serviço foi entregue ou executado, o resultado final desse serviço de saúde e a extensão da sua satisfação.

Isso ocorre, pois o produto gerado na assistência à saúde diferencia-se da produção de bens. Ele é gerado e consumido ao mesmo tempo e sua utilidade é imediata, a avaliação do paciente é subjetiva e heterogênea, além de participar ativamente durante o atendimento. De modo que, é de fundamental importância desenvolver uma política de recursos humanos

efetiva, já que a qualidade dos serviços prestados é criada durante o momento do contato entre o paciente e os funcionários.

Vale ressaltar que, a tecnologia, também, é um fator de grande relevância para o setor de saúde, um meio que vem permitir a cura do doente de forma mais rápida e precisa. Porém, para gerenciar e operacionalizar a tecnologia no setor médico são indispensáveis à capacitação e a motivação dos funcionários.

O fator humano passou a ser o diferencial competitivo, tem efeito crucial sobre a percepção, por parte do receptor, da qualidade do serviço. Neste intuito, a motivação é um tema de grande relevância, pois explica porque as pessoas se empenham no trabalho. De acordo com Hersey e Blanchard (1986, p.18):

As pessoas diferem não só pela sua capacidade, mas também por sua vontade de fazer as coisas, isto é, pela motivação. A motivação das pessoas depende da intensidade dos seus motivos. Os motivos podem ser definidos como necessidades, desejos ou impulsos oriundos do indivíduo e dirigidos para objetivos, que podem ser consciente ou subconsciente.

Objetivando promover uma boa produtividade e qualidade da prestação de serviços de saúde, este estudo analisa as características do trabalho na área hospitalar, sugerindo melhorias nas condições de trabalho, no conforto, aumentando a satisfação dos enfermeiros no desenvolvimento de suas atividades.

Neste contexto, o objeto de estudo é o enfermeiro, profissional de nível superior da área de saúde, responsável, inicialmente, pela promoção, prevenção e pela recuperação da saúde dos indivíduos, dentro de sua comunidade. E, atualmente, eles estão assumindo funções de planejamento, execução e avaliação dos cuidados que são prestados aos pacientes. (Gomes e Oliveira, 2008)

O aprofundamento do problema se deu pela necessidade de responder a seguinte questão: como melhorar a motivação dos enfermeiros que trabalham na área hospitalar, em condições insalubres de trabalho, com alto grau de estresse, grande responsabilidade no sucesso do tratamento médico, rápidos avanços tecnológicos e trabalho coletivo?

Para responder a essa pergunta o caminho escolhido foi conhecer a realidade de trabalho dos enfermeiros, em especial dos que realizam suas funções em hospitais, descobrindo os riscos ocupacionais e os fatores que levam esses profissionais ao estresse. Com base nesses fundamentos, propõem-se melhorias em suas condições de trabalho. A abordagem considerada mais adequada para a investigação do tema foi a ergonomia hospitalar, utilizando a Análise Ergonômica do Trabalho - AET como metodologia de investigação.

A análise ergonômica do trabalho possibilita ao pesquisador compreender o trabalho a partir da análise das atividades e das situações de trabalho, ou seja, confrontando o ideal com o real e buscando perceber a relação entre fatos e situação de trabalho que estejam contribuindo para o desconforto do trabalhador.

O tema escolhido para investigação é: “Análise das condições de trabalho dos enfermeiros em hospitais do Recife: proposta de modelo motivacional”. A escolha do tema foi baseada em cinco critérios: a) a identificação da ergonomia organizacional como ferramenta para análise das condições de trabalho de enfermeiros; b) a contribuição, em termo de reforço e aprofundamento das investigações já realizadas no campo da Gestão da Qualidade de Sistema de Saúde; c) a oportunidade de realizar uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre as diversas teorias motivacionais existentes; d) a possibilidade de analisar a aplicabilidade dessas teorias às instituições do setor; e) o desenvolvimento de um modelo motivacional dirigido para a área de saúde hospitalar focando o cargo de enfermeiro, já que a mesmo possui singularidades no que diz respeito aos funcionários.

O tema em estudo contém originalidade à medida que, apesar de existirem alguns estudos sobre a aplicação da ergonomia organizacional aos serviços hospitalares, nenhum tinha o objetivo de relacionar fatores ergonômicos como estímulo da motivação para o trabalho, verificando aspectos organizacionais, físicos e psicológicos de enfermeiros com intuito de melhorar as condições de trabalho e o desempenho das atividades realizadas por esses profissionais, melhorando a satisfação destes profissionais e a qualidade dos serviços prestados. Foi escolhida a ferramenta da Análise Ergonômica do Trabalho – AET para melhor estruturar o trabalho destes profissionais de saúde, otimizando o clima organizacional e reduzindo o grau de estresse.

1.1 Justificativa

O tema pesquisado é importante, já que a área hospitalar carece de estudos ergonômicos no Brasil, particularmente em Recife. É relevante, pois contribui com estudos realizados sobre área de serviços hospitalares, onde existem poucos estudos científicos envolvendo o comportamento organizacional dos hospitais em Recife. Desta forma, pesquisar sobre as condições de trabalho oferecidas, motivação dos funcionários e o impacto na qualidade dos serviços hospitalares diferenciará a presente pesquisa.

De acordo com Mélo (2007, p. 5), “o Pólo Médico do Recife (PMR) vem se destacando com um desenvolvimento considerado razoável, se comparado com o setor em outras cidades do Nordeste”. Observa-se, um complexo de saúde centralizado no bairro da Ilha do Leite com uma concentração de hospitais, clínicas especializadas, laboratórios e centros de diagnóstico, que acompanham o desenvolvimento tecnológico, incorporando tecnologia de ponta. Segundo Fernandes e Lima (2006, p. 32), “o núcleo do PMR empregava aproximadamente 20,2 mil pessoas em 2001 e abrangia cerca de 1,8 mil estabelecimentos. Incluindo-se os demais elos da cadeia, alcança-se um total de 34.715 pessoas formalmente ocupadas, vinculadas a 3.089 estabelecimentos”.

Mélo (2007) ressalta que, o Pólo Médico do Recife apresenta diversas situações problemáticas. Primeiramente, houve uma expansão da capacidade do setor num ritmo maior que o crescimento da demanda com ociosidade em empresas que dão suporte ao Pólo, como laboratórios, clínicas, hotéis entre outras. Outro fator problemático é a carência na formação e capacitação de mão-de-obra, na infra-estrutura de transporte e de segurança. Pode-se destacar ainda, a falta uma maior cooperação entre empresa-universidade, que prejudica o processo de inovação. Finalmente, a crise sofrida pelas operadoras e planos de saúde. É importante ressaltar que, o Pólo é caracterizado por uma submissão à existência das operadoras de saúde e que sofre uma concorrência predatória e conflituosa com as operadoras de seguros e de planos de saúde, pois não há público demandante com alto padrão de renda na região.

Outro dado importante desse pólo é a sua capacidade de geração de emprego. São gerados, em média, cinco empregos para cada leito hospitalar existente que tende a crescer com a introdução de novas tecnologias na infra-estrutura hospitalar, diferente do que normalmente ocorre em outros ramos de atividade, (Guimarães, 2004).

Diante disso, observa-se a importância de melhor compreender a área de saúde, de forma que o modelo de motivação desenvolvido possa melhorar a qualidade dos serviços prestados por enfermeiros na área hospitalar, atingindo de forma satisfatória as necessidades dos clientes.

1.2 Objetivos

Nesta seção serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos, considerando-se o tema e o problema da pesquisa.

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é apresentar premissas de um Modelo Motivacional aplicado a enfermeiros, com a finalidade de analisar as condições de trabalho desses profissionais, diminuindo a sua carga física e mental, minimizando o grau de estresse gerado e maximizando os recursos administrativos. Esse modelo deve possibilitar um estudo detalhado da atividade desenvolvida por esses profissionais através da utilização da metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho – AET e o alinhamento entre as estratégias organizacionais e as metas setoriais e individuais com a aplicação dos conceitos da Teoria Motivacional ERG e da Teoria de Fixação de Objetivos.

1.2.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos da presente tese:

Objetivo Específico 1 - Fazer uma análise das teorias motivacionais existentes e verificar a aplicabilidade dessas teorias à área de saúde hospitalar com foco na área de enfermagem.

Objetivo Específico 2 - Identificar como a ergonomia organizacional pode ajudar a melhorar as condições de trabalho para os funcionários da área de saúde hospitalar (enfermeiros);

Objetivo Específico 3 - Verificar através da aplicação da metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho – AET as condições de trabalho dos enfermeiros de hospitais do Pólo Médico do Recife;

Objetivo Específico 4 - Desenvolver premissas para um modelo que estimule a motivação dos enfermeiros da área de saúde hospitalar com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes no Pólo Médico do Recife, bem como, a satisfação dos mesmos com as instituições médicas.

1.3 Procedimentos Metodológicos

Para alcançar o objetivo de analisar os componentes que interferem na motivação dos funcionários, propondo um modelo motivacional, que atenda às especificidades do setor de saúde utilizou-se do seguinte procedimento metodológico descrito abaixo:

Passo 1 – Revisão Bibliográfica:

Inicialmente, foi realizada uma revisão bibliográfica, onde foi estudada a literatura existente e feita uma revisão crítica de artigos e livros relacionados com as teorias motivacionais, condições de trabalhos em hospitais, ergonomia organizacional e a qualidade na prestação de serviços médicos.

Passo 2 – Estudo da Aplicação da Análise Ergonômica do Trabalho – AET em outros setores.

Nesta etapa foi feito um levantamento bibliográfico sobre aplicação da AET, em sua totalidade ou partes da metodologia, em setores da economia, especificando quais setores utilizaram essa ferramenta, como foi o processo de aplicação e os resultados alcançados. A pesquisa servirá de base para validação da AET como possível metodologia de diagnóstico do modelo motivacional apresentado.

Passo 3 – Base Teórica sobre o Pólo Médico do Recife e Pesquisa de Campo:

Numa segunda etapa, para melhor aprofundamento das questões inerentes às condições de trabalho no âmbito do Pólo Médico do Recife, uma pesquisa bibliográfica foi realizada com o objetivo de caracterizar o Pólo Médico do Recife e foi desenvolvida uma pesquisa de campo, em que foram entrevistados gerentes de recursos humanos e o Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco para validar os resultados das entrevistas.

As entrevistas focaram aspectos sobre as condições ambientais e a utilização do espaço físico de três grandes hospitais de Recife, com a finalidade de saber se estão adequadas ao exercício pleno da profissão. A existência de políticas de ascensão profissional, através do

plano de carreira e capacitação profissional, foi analisada, e verificaram-se as relações interpessoais e de trabalho em equipe.

No tratamento dos dados, foram utilizadas descrições das entrevistas fazendo uma análise comparativa entre as condições de trabalhos dos enfermeiros nos três hospitais estudados.

Passo 4 - Desenvolvimento do Modelo

O modelo motivacional foi construído com base nos resultados obtidos com a análise das três etapas anteriores. O modelo focou três hospitais em Recife e a categoria dos enfermeiros.

1.3.1 - Problema de Pesquisa

O problema de pesquisa apresentado é: “Como melhorar a motivação dos enfermeiros que trabalham na área de saúde, com condições insalubres de trabalho, alto grau de estresse, grande responsabilidade no sucesso do tratamento médico, rápidos avanços tecnológicos, trabalho coletivo, etc?”.

Nesse momento do trabalho são formuladas algumas questões de pesquisa, determinadas perguntas que foram levantadas e respondidas no estudo. Segundo Vergara (1997), as questões de pesquisa funcionam como roteiro para o desenvolvimento do trabalho.

O presente estudo foi norteado pelas seguintes questões de pesquisa:

- a) Quais são os efeitos da modernização dos processos de trabalho e na satisfação dos profissionais de saúde?
- b) Qual a aplicabilidade das teorias motivacionais existentes nas instituições de saúde?
- c) Como é o clima organizacional dos estabelecimentos de saúde?
- d) As condições humanas para o trabalho são condizentes à satisfação de necessidades fisiológicas, tais como: sono, alimentação, higiene pessoal, cuidado com a saúde do trabalhador, segurança no emprego, lazer e estresse?
- e) As condições ambientais de trabalho e o espaço físico são adequados ao exercício pleno da profissão?

- f) Existem planos de carreira e de capacitação para os profissionais de saúde?
- g) Como são as relações interpessoais e de trabalho em equipe?

1.3.2 - Hipóteses de Pesquisa

Nesta seção serão apresentadas algumas hipóteses que foram testadas durante a realização da pesquisa:

a) As instituições de saúde que priorizam na sua seleção de pessoal, funcionários que valorizam as relações interpessoais e o trabalho em equipe e verificam a facilidade da absorção de novas tecnologias, têm um corpo funcional mais motivado.

b) Quando as instituições de saúde utilizam incentivos à produção coletiva melhoram a satisfação dos funcionários e, conseqüentemente, de seus pacientes em relação ao atendimento.

c) As instituições que têm um plano de desenvolvimento bem definido, incluindo o plano de carreira e o de capacitação, conseguem uma maior satisfação por parte dos funcionários.

d) Os baixos salários dos enfermeiros fazem com que os mesmos trabalhem em várias organizações, aumentando o grau de estresse e prejudicando o rendimento pessoal.

1.3 Estrutura do Trabalho

Este trabalho está organizado em sete capítulos, incluindo a presente introdução. O segundo capítulo apresenta uma contextualização sobre serviços, qualidade em prestação de serviços e características do trabalho na área hospitalar.

O terceiro capítulo é uma revisão bibliográfica sobre motivação e ergonomia, enfatizando especialmente a ergonomia organizacional, além de relatar os procedimentos para a aplicação da análise ergonômica do trabalho na área hospitalar.

O quarto capítulo trata de levantamento bibliográfico da utilização da Análise Ergonômica do Trabalho – AET em outros setores da economia. A análise deverá constatar que aplicações já foram feitas, quais foram as formas de implantação e quais foram os resultados alcançados. Além de iniciar uma aplicação da ferramenta a área hospitalar.

O quinto capítulo trata da aplicação prática na análise ergonômica do trabalho para levantamento de dados para diagnóstico das condições de trabalho dos enfermeiros em três hospitais de Recife. Neste capítulo, também, são relatadas algumas entrevistas com gestores da área de recursos humanos com o objetivo de analisar a situação de trabalho e propor melhorias organizacionais.

O sexto capítulo explica o modelo de motivação construído com o foco na área hospitalar. O modelo sugerido utiliza a aplicação da metodologia AET para Área Hospitalar, como forma de colher dados para a elaboração de um modelo de motivação a ser aplicado na área hospitalar, observando os aspectos psicológicos e sociais e a interferência dos aspectos ergonômicos sob o comportamento dos funcionários dos hospitais.

Finalmente, o capítulo sete mostra as conclusões, comentários e sugestões para trabalhos futuros. Neste capítulo, também, serão sugeridas propostas para novos trabalhos, dando continuidade ao estudo apresentado e serão apresentadas as limitações encontradas.

1.4 Delimitação do Trabalho

Para a aplicação deste estudo visou-se atuar com o cargo de enfermeiro focando a pesquisa de campo em três grandes hospitais do Pólo Médico do Recife. O trabalho buscou analisar a adaptação do trabalho ao homem, diminuindo sua fadiga física e mental, minimizando o estresse gerado no profissional. O modelo motivacional sugerido não tem intenção de ser um modelo genérico aplicado a qualquer pólo médico no Brasil, já que a análise levou em consideração as características do Pólo Médico do Recife. Portanto, não é nosso objetivo esgotar os estudos, uma vez que o universo estudado é bem específico.

Segundo Capítulo

CONTEXTUALIZAÇÃO

“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”. (Platão)

2 - CONTEXTUALIZAÇÃO

Neste capítulo, serão apresentados alguns temas que formam a base deste trabalho. Inicia-se com o tema serviços, observando um grande crescimento no setor, apresentando vários conceitos e diferenciando a produção de serviços e produção de bens. Depois, a qualidade em prestação de serviços será enfatizada como uma preocupação básica na prestação de um serviço, além de serem relatados alguns objetivos e critérios de avaliação da qualidade de serviços. A seguir, serão apresentadas as características dos serviços na área hospitalar e alguns conceitos e características da qualidade em serviço na área de saúde. O trabalho foca, ainda, a importância do fator humano na prestação de serviços.

2.1 – Serviços

À medida que as economias evoluem, uma proporção cada vez maior de suas atividades se concentra na produção de serviços, caracterizando como uma sociedade pós-industrial.

Bell apud Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), fazem uma comparação entre as sociedades pré-industriais, industriais e pós-industriais. Na sociedade pré-industrial a disputa é contra a natureza e as atividades predominantes são agricultura e mineração com a produtividade baixa, utilizando a força muscular com ferramentas simples e manuais.

Já a sociedade industrial é marcada pela produção de mercadorias e na produtividade no trabalho, produzir mais com menos recursos. Os trabalhadores executam atividades rotineiras, semi-especializadas, assistindo às máquinas e são dominados por rígidos horários de trabalho.

Por fim, a sociedade pós-industrial está preocupada com a qualidade de vida da comunidade. O recurso principal é a informação, destacando a figura humana. A competição se dá entre as pessoas, mais trabalhadores concentrados em atividades não-industriais, incrementando o comércio atacadista e varejista. Neste cenário, saúde e educação são duas condições necessárias para uma vida satisfatória. O Quadro 01 – Comparação das Sociedades mostra de maneira resumida as características das três formas de sociedade.

Vários são os fatores que estão contribuindo para o aumento do setor de serviços na economia, como se pode citar: o desejo de uma melhor qualidade de vida; o crescimento da área de entretenimento; a urbanização, mudanças demográficas (aumento da população de idosos e crianças); mudanças socioeconômicas (aumento do número de mulheres no mercado

de trabalho e pressão sobre o tempo pessoal); aumento da conscientização e da sofisticação do consumidor e as mudanças tecnológicas.

Quadro 1 – Comparação das Sociedades

Sociedade	Características						
	Disputa	Atividade Predominante	Uso do trabalho Humano	Unidade de Vida Social	Medição de Padrão de Vida	Estrutura	Tecnologia
Pré-industrial	Contra a natureza	Agricultura e mineração	Força Muscular	Doméstica	Subsistência	Rotineira, tradicional e autoritária	Ferramentas Simples e manuais
Industrial	Contra a natureza elaborada	Produção de mercadorias	Cuidar das máquinas	Individual	Quantidade de mercadorias	Burocrática e hierárquica	Máquinas
Pós-industrial	Entre pessoas	Serviços	Artístico, criativo e intelectual	Comunidade	Qualidade de vida em termo de saúde, educação e lazer	Interdependente e global	Informação

Fonte: Fitzsimmons (2000, p. 32)

O setor de serviços ocupa posição de destaque em todos os países desenvolvidos. A atual economia dos Estados Unidos consiste num mix de 70 por cento de serviços e 30 por cento de produtos (Kotler, 2000). Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) concordam que um percentual de 70% da renda nacional dos Estados Unidos é contabilizado pela indústria de serviços. Os autores acrescentam que durante os últimos 30 anos, mais de 44 milhões de novos empregos foram criados no setor de serviços, absorvendo um grande percentual da força de trabalho feminina.

Neste contexto, como explica Almeida (1995), o sucesso de uma empresa de prestação de serviços depende de vários fatores críticos, entre os quais se destacam: a capacidade de inovar, a velocidade de resposta, a capacidade de aprendizagem organizacional e a capacidade de uma empresa focar em satisfazer o seu cliente.

Seguem algumas definições de serviços:

“Serviço é qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada. A execução de um serviço pode estar ou não ligada a um produto concreto”. Kotler (2000, p. 448),

Serviços representam ações desenvolvidas por terceiros em atendimento a solicitações específicas de atividades a serem executadas. Atividades executadas por hospitais, hotéis,

bancos e restaurantes são exemplos de serviços, também chamados de processos de não-manufatura Paladini (2000).

“Serviço é o trabalho desempenhado por alguém”. Juran (1992, p. 304)

“Serviços é a parte que deve ser vivenciada, é uma experiência vivida, é o desempenho” Las Casas (2000, p. 16).

Com base nas definições acima, pode-se afirmar que a gerência de bens difere da gerência de serviços. De acordo com Gianesi e Corrêa (1996), algumas especificidades dos serviços são responsáveis por essa diferenciação, como se pode citar:

- a) a intangibilidade dificulta a padronização, o gerenciamento da rotina e a avaliação do resultado, a qualidade do serviço prestado ao cliente é subjetiva e heterogênea, depende do fator humano atendido;
- b) a presença e a participação do cliente durante o processo é maior, necessitando um melhor desempenho dos funcionários da organização, já que o fator humano é determinante à eficácia da organização;
- c) a manufatura e o consumo de serviços são simultâneos, impossibilitando a estocagem do serviço e a inspeção final;
- d) a qualidade dos serviços prestados é criada durante o momento do contato entre o cliente e o funcionário, sendo este responsável pela maior parte do sucesso da empresa;
- e) existe a necessidade de se estabelecer um sistema integrado, unindo os esforços de marketing e de operações, detectando as expectativas dos clientes, e comparando a percepção do serviço prestado, obtendo uma avaliação final do cliente, diagnosticando o serviço prestado, analisando as falhas e aplicando as ações corretivas.

Semelhantemente Kotler (2000), apresenta quatro características principais dos serviços: a intangibilidade – não podem ser vistos, tocados, sentidos, ouvidos, cheirados ou provados, antes de serem adquiridos; a inseparabilidade – são produzidos e consumidos simultaneamente; variabilidade – por depender de quem os fornecem, além de onde e quando são fornecidos, os serviços são altamente variáveis; e perecíveis – não podem ser estocados.

Slack (1996), afirma que a qualidade de bens é analisada pela utilização do produto após a compra, já em nos serviços o consumidor, que provavelmente participa da operação, não julga apenas o seu resultado, mas também os aspectos de sua produção. Apesar de que, a

maioria das vezes as operações de produção apresenta um composto de bens e serviços. A Figura 1 mostra o produto final de várias operações como um composto de bens e serviços.

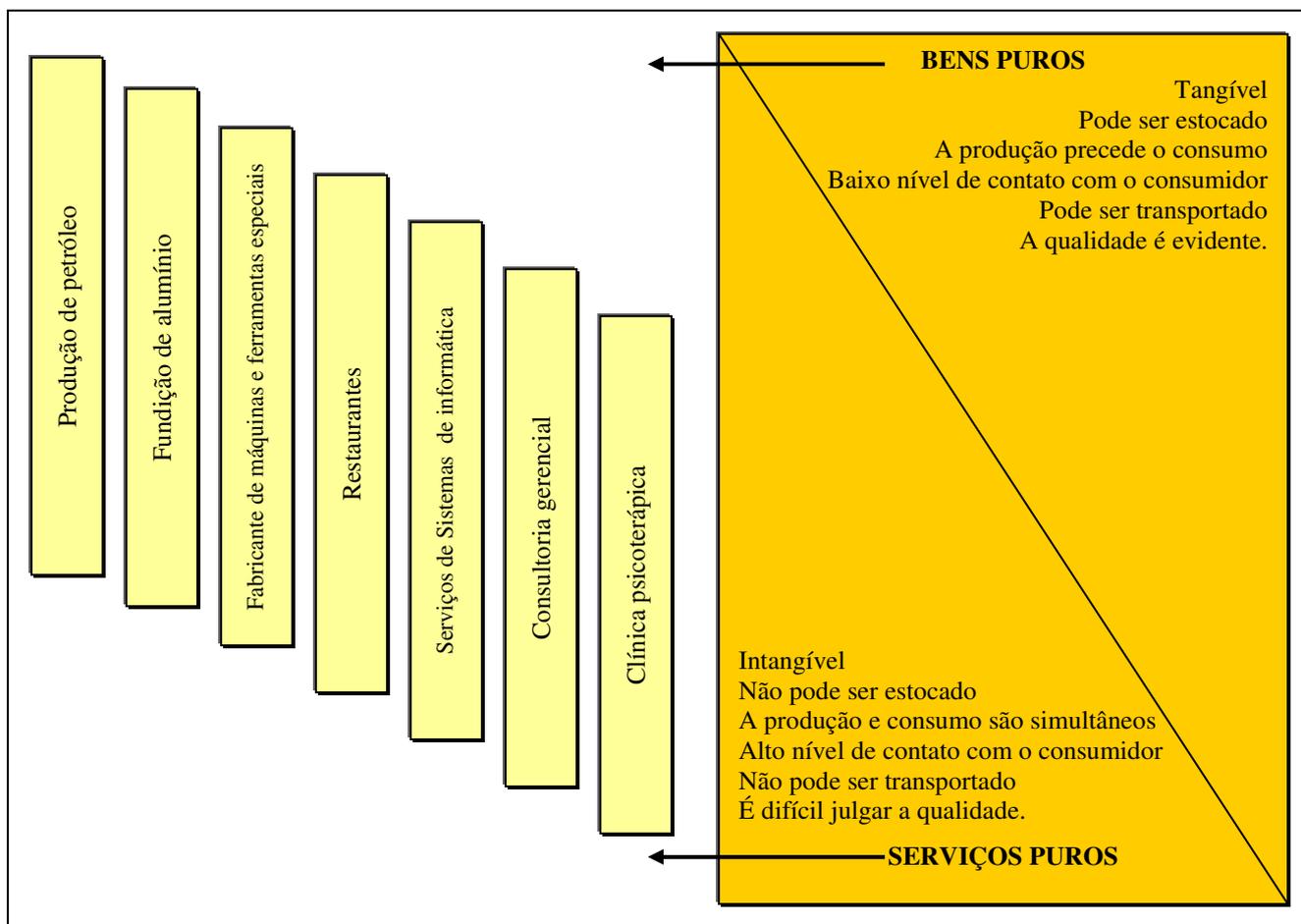


Figura 1 – O output da maioria dos tipos de operações é um composto de bens e serviços
 Fonte: Slack (1996, p. 42)

Porter apud Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), defendem que existem três estratégias competitivas genéricas: liderança global em custos, diferenciação e focalização. Para o autor uma estratégia baseada em liderança global de custos requer instalações com eficiência de escala, rígido controle sobre custos e despesas gerais e tecnologia inovadora. Em serviços a aplicação desta estratégia pode ser realizada através da aplicação de vários métodos, dentre eles: a procura por clientes de baixo custo; aplicação de rotinas padronizadas; diminuição da interação no atendimento em serviços, utilizando o recurso da tecnologia; formação de redes de consumidores e fornecedores; além da operação de serviços sem a presença do cliente, como é o caso do conserto de calçados ou eletrodomésticos.

A segunda estratégia, citada por Porter apud Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), é de diferenciação cujo objetivo é criar um serviço que possa ser percebido como único. Neste

contexto, podem-se oferecer itens complementares, personalizar produto-padrão, controlar a qualidade, reforçar o treinamento dos empregados ou reduzir o risco percebido pelo cliente, adicionando garantias no ato da compra. Já a estratégia de focalização é construída para satisfazer um mercado-alvo particular. Focando em um mercado a empresa pode atender com mais efetividade, pois conhece melhor as necessidades dos clientes. Na Figura 2 – Posição de mercado das estratégias genéricas é possível visualizar as três formas de estratégias utilizadas pelas empresas.



Figura 2 – Posição de mercado das estratégias genéricas
 Fonte: Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000, p. 70)

Com base nas definições e características mencionadas evidencia-se que, para se obter vantagem competitiva na produção de bens um dos fatores predominantes é a tecnologia, isto depende de grandes investimentos. Em serviços, a situação é diferente; o capital já não é fator predominante, mas sim os sistemas gerenciais e as pessoas. Em serviços o ser humano é quem faz a grande diferença.

2.2 – Qualidade em Prestação de Serviços

Trabalhar a necessidade e expectativa do cliente é o primeiro passo para o aperfeiçoamento da qualidade em serviços e a conseqüente obtenção de melhores níveis de produtividade e competitividade.

Como explicam Gianesi e Corrêa (1996), a avaliação da qualidade é obtida em função de suas expectativas e de sua percepção do serviço prestado.

Kotler (2000) deixa claro que, as expectativas são formadas pelas experiências anteriores dos clientes, pelo processo boca-a-boca e pela propaganda, uma vez que, os serviços são intangíveis, não podendo basear-se em uma imagem real. Já a percepção que o

cliente tem do serviço prestado é formada por dois fatores principais: a prestação do serviço e a comunicação transmitida ao cliente, durante e após o processo.

Durante a prestação de serviços o cliente mantém contato com várias pessoas da empresa, que fazem parte do processo de prestação de serviços, e são responsáveis pela percepção do cliente em relação ao mesmo. Os contatos realizados com o cliente durante todo o processo de prestação de serviços é chamado momentos da verdade.

De acordo com Albrecht (1993, p.108), “Momento da verdade é qualquer episódio no qual o cliente entra em contato com algum aspecto da organização, e obtém uma impressão de seus serviços”. Essa seqüência de momentos denomina-se ciclo do serviço.

A Figura 3 mostra o processo de avaliação da qualidade do serviço.

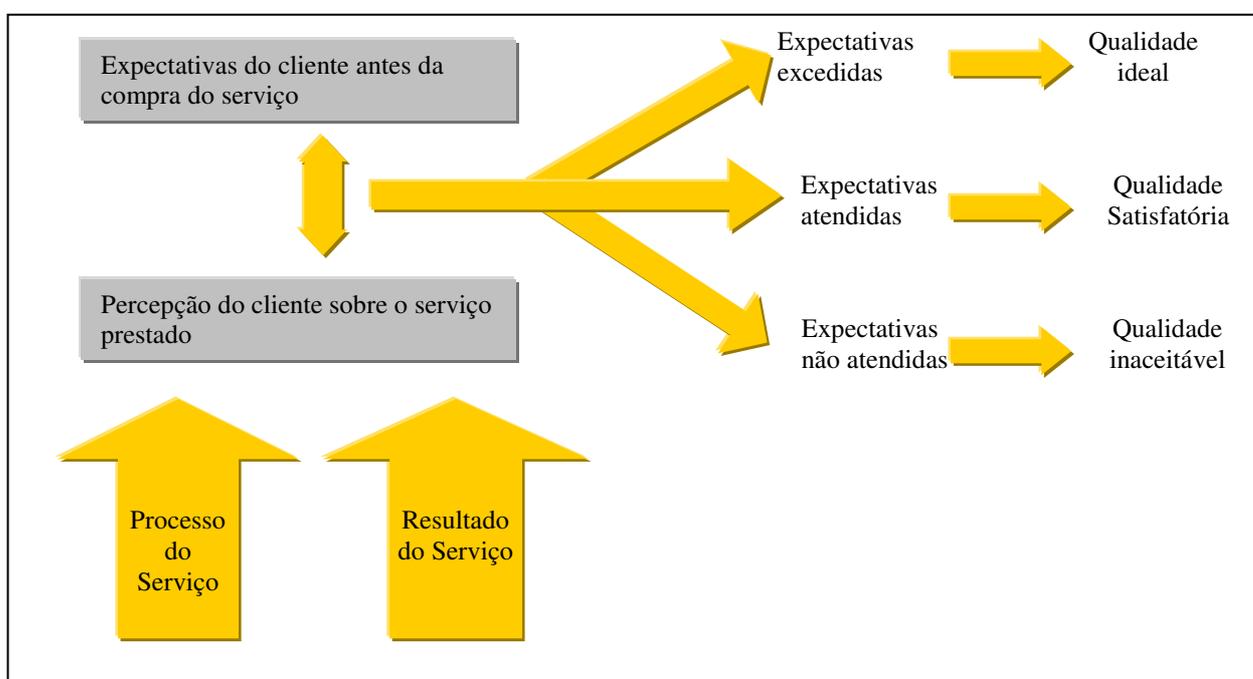


Figura 3 – A avaliação da qualidade do serviço
 Fonte: Gianesi e Corrêa (1996, p. 80)

Conforme a Figura 3, quando a percepção do cliente sobre o serviço prestado está abaixo das expectativas do cliente antes da compra, se dá um fenômeno de desencanto, o padrão de qualidade é inaceitável. Já quando são atendidas as expectativas dos clientes, a qualidade é satisfatória. E o terceiro caso, trata-se da superação das expectativas, quando o cliente espera um determinado nível de serviço, e percebe que o serviço recebido é melhor, o que se pode chamar de qualidade ideal.

Almeida (1995), demonstra a equação da satisfação do cliente, ou seja: a satisfação é igual à percepção sobre a expectativa. Interpretando a fórmula tem-se que, quanto maior for à

expectativa (visão prévia do nível de serviço), maior também será a possibilidade de o cliente se frustrar, portanto, de ficar insatisfeito; e se a percepção for positiva, haverá uma possibilidade maior do cliente ficar satisfeito.

Os autores Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) definem um processo com cinco falhas na qualidade em serviços, como é ilustrado na Figura 4 – Modelo de Falha na Qualidade em Serviços.

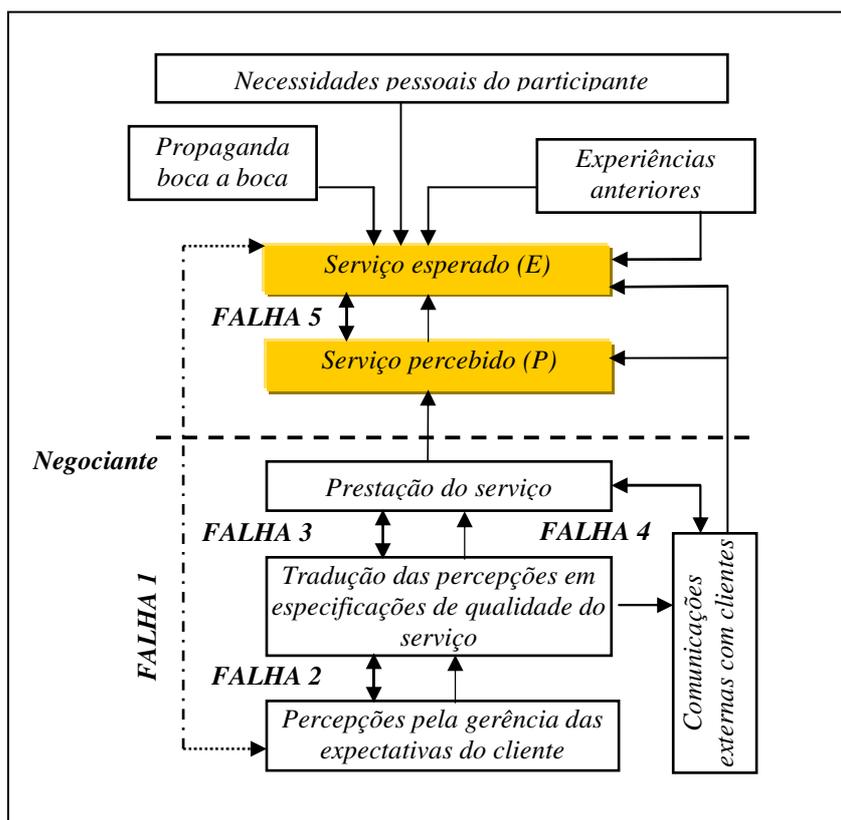


Figura 4 – Modelo de Falha na Qualidade em Serviços
 Fonte: Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000, p. 251).

A primeira falha acontece quando a administração da empresa tem uma compreensão equivocada sobre as expectativas dos clientes. Para minimizar este tipo de falha a empresa deve melhorar o processo de comunicação com o cliente com a adoção de pesquisa de mercado ou aperfeiçoando instrumentos de comunicação existentes. Em algumas empresas, muitas vezes, se faz necessário uma redução no número de níveis hierárquicos que afastam o cliente e diminui a velocidade de resposta ao cliente.

De acordo com o mesmo autor, a segunda falha pode acontecer devido a falta de comprometimento da administração com a qualidade do serviço resultando na inabilidade

para traduzir as expectativas do cliente em especificações dos serviços. Para minimizar este tipo de falha, podem ser estabelecidas metas e padronizada a prestação do serviço.

Já a terceira falha ocorre durante a execução do serviço, ou seja, o serviço é prestado aquém do padrão estabelecido. Este tipo de falha pode ter várias razões, entre elas pode-se citar: falhas da equipe de trabalho, seleção inadequada de funcionários, treinamento inadequado e projeto inapropriado da tarefa.

A quarta falha é a discrepância no processo de comunicação externa. É realizada pelas agências ou pelo setor de marketing da empresa. Ocorre em virtude de promessas exageradas e por falta de informação fornecida aos funcionários da linha de frente. Por fim, a quinta falha é um somatório das demais. É a diferença entre as expectativas e as percepções dos clientes.

Para identificar a necessidade do cliente é importante conhecer o que para ele é primordial. Slack (1996) apresenta cinco objetivos de desempenho para manufatura, mas com flexibilidade para aplicação em serviços: qualidade, velocidade, confiabilidade, flexibilidade e custo. A empresa precisa identificar quais itens os clientes mais valorizam, verificar o comportamento dos correntes e as lacunas entre os anseios dos clientes e o serviço prestado pela empresa para poder definir quais os objetivos de desempenho priorizar.

Já Zeithaml e Leonard apud Giansesi e Corrêa, criaram um instrumento para avaliar a percepção dos clientes específico para qualidade do serviço, baseado na lista de cinco critérios:

- a) a confiabilidade – habilidade de prestar o serviço de forma confiável, precisa e consistente;
- b) a responsividade – a disposição de prestar o serviço prontamente e auxiliar os clientes;
- c) a confiança – conhecimento (competência) e cortesia dos funcionários e sua habilidade de transmitir confiança, segurança e credibilidade;
- d) a empatia – o fornecimento de atenção individualizada aos clientes, facilidade de contato e comunicação;
- e) tangíveis – a aparência das instalações físicas, dos equipamentos, dos funcionários e dos materiais de comunicação.
- f) Com base nos estudos acima mencionados e de pesquisas realizadas com consumidores sobre os principais critérios de avaliação da qualidade do serviço, Giansesi e Corrêa (1996) identificaram os seguintes:

- g) a consistência – conformidade com experiência anterior; ausência de variabilidade no resultado ou processo;
- h) a competência – habilidade e conhecimento para executar o serviço. Relacionamento com as necessidades técnicas dos consumidores;
- i) a velocidade de atendimento – prontidão da empresa e de seus funcionários em prestar o serviço, relaciona-se com o tempo de espera (real e percebido);
- j) o atendimento e a atmosfera – atenção personalizada ao cliente; boa comunicação; cortesia; ambiente;
- k) a flexibilidade – ser capaz de mudar e adaptar a operação, devido a mudanças, às necessidades dos clientes, no processo ou no suprimento de recursos;
- l) a credibilidade e a segurança – baixa percepção de risco; habilidade de transmitir confiança;
- m) o acesso – facilidade de contato e acesso, localização conveniente, horas de operação;
- n) os tangíveis – qualidade e/ou aparência de qualquer evidência física (bens facilitadores, equipamentos, instalações, pessoal, outros consumidores);
- o) e o custo – fornecer serviços a baixo custo.

Antes que o desempenho da prestação de serviços seja melhorado, ele precisa ser medido ou avaliado. O desempenho global pode ser julgado ou avaliado com base nos padrões históricos, ou padrões negociados, ou pela concorrência e / ou pela avaliação da satisfação do cliente. A qualidade acertada deve ser garantida através da prevenção de erros, do controle da qualidade, bem como pelo treinamento e motivação de cada prestador de serviços.

2.3 - Características do Serviço na Área Hospitalar

Nesta etapa do trabalho serão apontadas algumas definições e características do serviço na área hospitalar. Inicialmente, é importante conhecer a origem do termo hospital. “A palavra hospital vem do latim *hospitalis*, que significa hospitaleiro, acolhedor, adjetivo derivado de *hospes*, que significa hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, significando, ainda, o que dá agasalho, que hospeda”, Borba e Lisboa (2006, p. 6).

No início a atividade hospitalar era bastante simplória não havia condições de ser tratada como uma organização empresarial. Os recursos eram escassos e a prestação de serviços era muito simplista, o trabalho era gratuito e voluntário. A estrutura hospitalar que se conhece hoje teve origem nas instituições religiosas, onde freiras e padres passaram a atender os doentes com uma estrutura vinculada à organização religiosa. Após esta fase, surgiram as mantenedoras de hospitais e com elas uma maior profissionalização (Borba e Lisboa, 2006).

É importante salientar que, o processo de trabalho no setor de saúde apresenta algumas particularidades: o seu produto final é um serviço resultante da ação compartilhada de vários profissionais e centra-se nas relações interpessoais entre beneficiários e executores; reúne um conjunto de atividades programadas e normatizadas que se realizam sob a base da cooperação em um cenário dinâmico e instável; as atividades podem ocorrer na forma de ações seqüenciais, isoladas ou na forma de histórias que representam o tratamento de um acontecimento em seu conjunto.

“O produto (serviço assistencial) difere muito dos produtos de outras organizações, mesmo aquelas de prestação de serviços. Ele é composto por um ingrediente emotivo-afetivo, e a satisfação ou a insatisfação se dá também neste plano”, como mencionam Borba e Lisboa (2006, p. 2). Neste contexto, o fator humano é indispensável, devendo ser motivado à efetividade e ser capacitado para desenvolver as atividades necessárias para a busca da excelência. Para alcançar os resultados esperados, o trabalho em si deverá ser fundamentado em estrutura, em sistemas, em processos e em métodos.

Para Taraboulsi (2005, p. 36) fica claro que, “um hospital é um negócio de pessoas. Seus principais ativos entram e saem, ouvem e sorriem, abraçam e se doam, descem e sobem escadas e/ou elevadores todos os dias”. Porém, existe um paradoxo entre perfil do contratado “um super homem” e a política de remuneração de funcionários. Os gestores hospitalares não pagam o que os profissionais merecem e estimulam a rotatividade e, conseqüentemente, a baixa qualidade dos serviços hospitalares.

Carrapinheiro (1993) enfatiza que o trabalho hospitalar é marcado pelo característico ordenamento dos espaços físicos, divisão precisa de tarefas com singular padronização dos tempos, bem como, por diferentes modelos de ação profissional, sustentados nas competências, saberes e múltiplas estratégias dos profissionais.

É indispensável, manter organizados sistemas e métodos para que nunca falem as condições normais de atendimento na área médica. Segundo Borba (2006, p. 119):

Não se pode admitir que pacientes sofram as conseqüências da desorganização dos sistemas técnicos e administrativos do hospital, ou que venham a ter o agravamento clínico, ou, mesmo, que encontrem a morte por falta de material, pessoal, equipamento, ou, pior ainda, pela ineficiência de fluxos, ausência de métodos e pela desestruturação funcional do trabalho no hospital.

Neste intuito, o trabalho hospitalar exige um regulamento disciplinar contendo políticas, regulamentos, regras, requisitos, padrões e procedimentos que todo o pessoal do hospital deverá cumprir em seu trabalho, Malagón-Londoño et al. (2003), conforme pode ser visualizado na Figura 5.

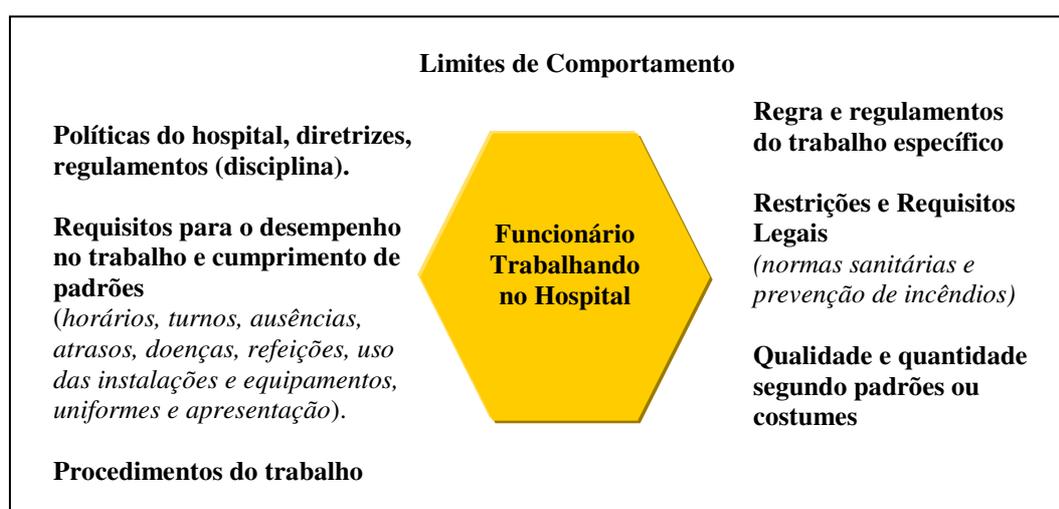


Figura 5 – Limites do Comportamento Humano na Área Hospitalar
Fonte: Adaptado de Malagón-Londoño et al. (2003, p.110)

De acordo com Taraboulsi (2005), tem-se que eliminar a cultura de urgência do ambiente hospitalar, onde prevalecem medidas de última hora, sem um planejamento de ação coerente e que, em muitos casos, são as únicas alternativas para lidar com o problema, reduzindo as chances de uma tomada de decisão adequada. O ideal seria criar políticas, rotinas e procedimentos conforme padrões mundiais, modernizar a estrutura física e os equipamentos, buscar tecnologia atualizada e contratar profissionais competentes.

Com relação aos sistemas de informação aplicados a hospitais, existe uma rede de relações sociais, no seio da qual circulam informações pela via da comunicação oral (principalmente, a transmissão de relatório intra e interequipes) e escrita (do tipo registro documental e de rotinas administrativas), visando a assegurar a continuidade da ação terapêutica. Estas informações são articuladas e geridas por estratégias diferenciadas, segundo a função do profissional, com vistas a atingir um objetivo comum: o atendimento ao paciente.

Assim como em outros setores, as instituições hospitalares estão se modernizando tecnologicamente com a finalidade de prestar uma assistência cada vez mais qualificada ao indivíduo doente. Contudo, para tal realização, elas devem ter, além de uma eficiente estrutura física, recursos materiais, planejamento e organização, uma estrutura adequada em relação aos recursos humanos.

Sob o enfoque sistêmico, o hospital pode ser considerado como um sistema aberto, sociotécnico estruturado, que recebe ‘inputs’, processa-os e os devolvem ao ambiente através dos ‘outputs’, reavaliando seus procedimentos através da realimentação. Caracterizado como um sistema complexo de elementos em interação mútua. O hospital sob o enfoque sistêmico pode ser visualizado na Figura 6.

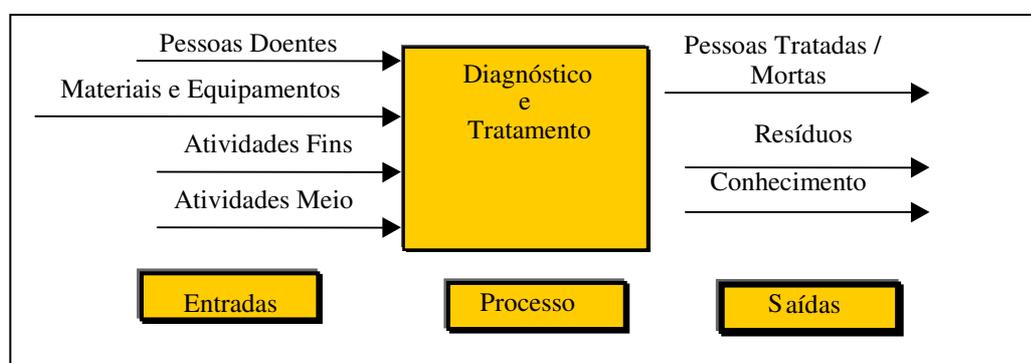


Figura 6 – O hospital sob enfoque sistêmico
Fonte: A autora (2009)

No enfoque sistêmico, pode-se considerar o paciente como matéria prima, um ser humano que está apresentando algum distúrbio fisiológico e que necessita de assistência, ou cuidado. Em relação ao produto final, esperamos uma melhora no estado fisiológico do mesmo, o qual pode ser conseguido através de assistência de uma equipe multifuncional.

Nesse processo, os funcionários estão susceptíveis ao ambiente, pois realizam tarefas complexas envolvendo elevada carga de trabalho, tanto a nível físico, como mental, o que conseqüentemente determina estresse medo e angústia. O ambiente pode ser encarado como altamente estressante, em virtude da alta movimentação de pessoas, sons de equipamentos, correria na realização dos cuidados a pacientes graves, aumento de tecnologias empregadas, que às vezes não estão acompanhadas de treinamento adequado.

Nishide e Benatti (2004) destacam a insalubridade do ambiente de trabalho hospitalar, pois as atividades dos profissionais nestes estabelecimentos viabilizam muitos procedimentos

que oferecem riscos de acidentes e doenças ocupacionais; por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infecto contagiosa.

Os profissionais que trabalham em hospitais estão sujeitos a riscos biológicos, físicos, psicossociais e ergonômicos. Mendes (1980) aponta uma série de riscos a que estão expostos os trabalhadores em hospitais, relacionados com: agentes físicos ambientais, (calor, frio, ruído), e as radiações ionizantes (radioterapias); agentes químicos (benzeno e seus derivados), os detergentes, os anestésicos locais, os antibióticos, as sulfas e as vitaminas; agentes biológicos como microorganismos patógenos (AIDS, tuberculose, hepatite e vírus), infecções estafilocócica resistentes a antibióticos, doenças infecciosas (meningite meningocócica), virose da infância, escabiose e outras; agentes ergonômicos como os fatores condicionantes de risco no trabalho que são as doenças de trabalho (problemas de coluna, fadiga, etc). São poucos os locais de trabalho em que os seus profissionais estão expostos a tanto riscos como em um hospital.

2.4 Qualidade em Serviços de Saúde

Como em qualquer serviço, a avaliação da qualidade no setor de saúde depende da percepção do paciente quanto ao atendimento das suas expectativas, desejos e necessidades, como em qualquer prestação de serviços.

Donabedian (1990, p.115) define a qualidade em serviços de saúde, como:

Uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis. Essa propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

Segundo Mirshawka (1994), não existem padrões para que se possa medir o desempenho, já que cada paciente tem o seu próprio conjunto de expectativas e perspectivas do que vem a ser qualidade do serviço de saúde. O paciente forma um processo de avaliação sob características tais como: sua imagem, suas expectativas e percepções sobre a qualidade, a maneira como o serviço foi entregue ou executado, o resultado final desse serviço de saúde e a extensão da sua satisfação.

De acordo com Deming (1990), a qualidade do atendimento médico tem sido definida de várias maneiras: conforto dos pacientes sob atendimento médico; número de pessoas sob

cuidados médicos; número de pessoas mantidas fora do hospital ou com atendimento em casa, em virtude dos bons cuidados do ambulatório; instalações para exames; vida média das pessoas que receberam alta das instituições, por tempo de alta; verba aplicada por uma instituição, por paciente.

Porém, alguns desses indicadores podem ter várias interpretações, por exemplo, o número de pacientes sob cuidados médicos, se grande, pode indicar um bom atendimento médico, atendendo a muitas pessoas. Por outro lado, pode indicar o contrário, o número pode ser grande em virtude de más medidas da saúde pública, ou pode ser grande porque os ambulatórios não estão fazendo seu trabalho.

Mezomo (2001) afirma que os serviços de saúde devem deixar de ser avaliados apenas quantitativamente (equipamentos, paciente-dia, percentagem de ocupação, consultas realizadas, quantidade de profissionais e coisas do tipo), mas avaliados qualitativamente (saúde alcançada, educação oferecida, satisfação garantida, sofrimento evitado, erros prevenidos e decisões acertadas).

Donabedian (1990) apresenta três dimensões para a qualidade: a técnica refere-se à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do paciente; a interpessoal refere-se à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o paciente (cliente); e a ambiental, refere-se às comodidades oferecidas ao paciente em termos de conforto e bem-estar.

O serviço de saúde tem que apresentar certos padrões mínimos de qualidade e excelência, medidos pela: eficiência e acurácia; consistência e constância; responsividade; confiabilidade; competência (capacidade); segurança; cortesia, compreensão e cuidado; preço justo; satisfação, encantamento e excitação Mirshawka (1994).

Malagón-Londoño et al. (2003) descrevem, por meio de pesquisa em diferentes fontes e autores, alguns atributos da qualidade da atenção em saúde, são eles:

- a) oportunidade – satisfação das necessidades de saúde no momento da solicitação, devendo utilizar recursos apropriados, dependo das características e gravidade do caso;
- b) continuidade – desenvolvimento de ações em uma seqüência lógica sob a responsabilidade da equipe médica;
- c) suficiência e integralidade – atendimento as necessidades de saúde de forma integral, incluindo aspectos de promoção, prevenção, cura, recuperação e reabilitação;

- d) racionalidade lógico-científica – utilização da competência do médico e da tecnologia disponível para atender os problemas de saúde aplicando critérios lógicos;
- e) satisfação do usuário e do prestador – satisfação do paciente e da sua família com os prestadores de serviços e com os resultados do atendimento. Além, da satisfação dos prestadores com as condições de trabalho e o meio em que estes serviços são realizados;
- f) efetividade – grau máximo de melhorias realizadas com as condições dos recursos disponíveis;
- g) eficiência – redução de custos do atendimento sem reduzir a qualidade do serviço prestado;
- h) otimização – equilíbrio entre os custos e os benefícios;
- i) aceitabilidade – conformidade global com os desejos e expectativas de pacientes e de seus familiares;
- j) legitimidade – conformidade com princípios éticos, valores, normas, regulamentos e leis que regem a comunidade;
- k) equidade – justa distribuição de tarefas relacionadas ao cuidado da saúde e seus benefícios entre todos os membros da população.

Além desses atributos da qualidade, Mirshawka também destaca certos fatores-chave, nas expectativas do paciente, do que vem a ser um tratamento de qualidade:

- a) pronto atendimento; compreensão do que o paciente (cliente) quer;
- b) atenção total e não dividida; tratamento com cortesia e polidez;
- c) expressão de interesse pelo paciente (cliente);
- d) responsividade a pedidos de informações;
- e) expressão de efetivo socorro pró-ativo;
- f) eficiência na execução do serviço;
- g) acurácia no resultado final do serviço;
- h) explicação dos procedimentos;
- i) demonstração de prazer no atendimento do paciente;
- j) expressão de agradecimento;
- k) atenção às reclamações;
- l) solução rápida das reclamações para ter prontamente a satisfação do paciente;

- m) aceitação da responsabilidade pelos seus erros e de outros funcionários do hospital.

Assim, para Mirshawka (1994), o hospital que quer ser de qualidade excelente deve conseguir, entre outras coisas:

- a) que os médicos não cheguem atrasados aos seus compromissos;
- b) que os pacientes saibam como encontrar os responsáveis pelo seu tratamento da forma mais rápida possível;
- c) que os seus médicos entendam não ser uma perda de tempo explicar ao paciente o tratamento ao qual ele será submetido sob o pretexto de achá-lo um ignorante no assunto;
- d) que os médicos, ao prescreverem uma receita, façam-na com uma letra legível, que não conduza a confusões e erros;
- e) que os médicos entendam, de fato, que o paciente é um ser humano e tenham respeito por ele, mesmo que tenha um baixo poder aquisitivo;
- f) que o seu pessoal tenha atualização contínua e, para tanto, deve ir a congressos, cursos, visitas a outras instituições, etc. para não ficar obsoleto e se manter fiel a práticas terapêuticas seculares;
- g) que todos lembrem que paciência tem limite, e o paciente merece o maior cuidado possível.

Um fator importante de ser destacado é a valorização do paciente por instituições que utilizam tecnologia de ponta, como um meio que lhe permitirá cura do doente de forma precisa e mais rápida.

Para que os objetivos de qualidade sejam alcançados, é fundamental que os profissionais estejam preparados e motivados para a atividade que desempenham porque as falhas em saúde geralmente acarretam danos sérios ao paciente, inclusive óbito.

A estrutura interna adequada às atividades profissionais e de acordo com o tipo de demanda, bem como profissionais bem capacitados para a gerência de pessoas e da tecnologia envolvida no serviço médico, com boas condições de trabalho são fundamentais para o sucesso na prestação de serviços de saúde.

Atualmente, sabe-se que a atividade em ambiente hospitalar abrange uma série de fatores geradores de insalubridade e penosidade, produzindo agravos à saúde do trabalhador. Nesse tipo de organização, dificilmente existe a preocupação em proteger, promover e manter a saúde de seus funcionários. Sem dúvida, trata-se de uma situação paradoxal, porque, ao

mesmo tempo em que o hospital tem como missão salvar vidas e recuperar a saúde dos indivíduos enfermos, favorece o adoecer das pessoas que nele trabalham.

Malagón-Londoño et al. (2003) menciona dois métodos para medir a qualidade dos serviços médicos e hospitalares. O primeiro desenvolvido por Donabedian, que avalia a estrutura, os processos e os resultados. Na avaliação da estrutura são observados os seguintes aspectos: organização da instituição; características dos recursos humanos, físicos e financeiros. Por outro lado, a avaliação dos processos analisa o conteúdo e a forma de atendimento. E, por fim, os resultados correspondem ao impacto obtido com o atendimento, melhorias na saúde e no bem-estar das pessoas, grupos ou população, como também, a satisfação dos usuários com os serviços prestados.

O segundo modelo descrito por Malagón-Londoño et al. (2003) foi desenvolvido por Galán e tem uma maior amplitude. Ele avalia o contexto no qual o atendimento é prestado; a demanda; a oferta; o processo; o resultado e os impactos.

Segundo Mirshawka (1994), a qualidade no serviço de saúde pode ser avaliada levando em consideração três tipos diferentes de qualidades::

- a) a qualidade clínica – determinada pelos prestadores de serviços de saúde. Este tipo de qualidade é foco principal. Existem alguns índices que facilitam a mensuração neste caso, como: morbidade; mortalidade e taxa de infecção, dentre outros.
- b) a qualidade voltada para o paciente – avaliada com base em termos, como: atenção, gentileza, presteza, cuidado, comunicação, preocupação e empatia ofertadas ao paciente durante os serviços prestados;
- c) a qualidade econômica ou eficiência do custo da qualidade – considera todos os valores de investimento da organização de saúde (infra-estrutura, recursos humanos e inovações tecnológicas).

Por fim, a qualidade de serviços na área de saúde deve ser um objetivo dos administradores e de todos os profissionais do sistema, devendo ser sua avaliação vinculada à missão, visão e valores e princípios das empresas. Só, assim, existe uma maior possibilidade de dimensionar de forma correta a estrutura humana, física, organizacional e financeira adequadas à obtenção dos resultados pré-estabelecidos.

2.5 – O Fator Humano na Prestação de Serviços Hospitalar

Com a globalização dos mercados, o futuro de uma empresa depende da qualidade de seus bens e serviços. A organização deve produzir e entregar produtos que satisfaçam às exigências e expectativas de seus clientes. Dessa maneira é difícil imaginar que um produto possua qualidade sem que este seja produzido por pessoas com alto nível de qualidade pessoal.

Como explica Moller (1992, p. 157), “Estudos mostram que o fator humano tem um efeito crucial sobre a percepção, por parte de recebedor, da qualidade do serviço”. As pessoas passaram a ser um diferencial competitivo. Suas características e diferenças individuais devem ser consideradas e respeitadas, pois elas são dotadas de personalidades singulares, de inteligência e de aptidões diferenciadas, de conhecimentos e habilidades específicas que podem fazer a diferença.

Em uma mesma linha de raciocínio Quinn (1996) e Las Casas (1994), afirmam que o intelecto, ou o conhecimento sobre o que é executado, é o recurso principal da produção e prestação de serviços, o funcionário é quem impulsiona o serviço (*empowerment*), portanto o sucesso na prestação de serviços depende do intelecto daquele que executa.

O poder do intelecto nos serviços cria vantagem competitiva e pode vir a aumentar a disponibilidade de recursos econômicos quando ao alcance da excelência pelo controle de processos para redução de falhas, identificação do valor agregado às atividades, dentre outros.

O sucesso das organizações depende das pessoas. É necessário criar um ambiente de trabalho que encoraje e torne possível um bom trabalho em equipe, de maneira a contribuir para o bom desempenho organizacional.

Segundo Almeida (1993, p. 5), “Dentro de uma empresa, colegas são fornecedores e clientes de colegas, da mesma forma que departamentos e divisões também são fornecedores e clientes entre si.” Assim sendo, as pessoas em todos os níveis da organização devem ser consideradas como parceiras que conduzem os negócios da empresa, utilizando a informação disponível, aplicam suas habilidades e conhecimentos e tomam as opções mais adequadas para garantir e obter os resultados desejados.

Num hospital, grande parte das atividades profissionais exige esforços físicos e intelectuais, já que quase todas as funções exigem destreza, habilidade e conhecimento técnico, além de necessitar que pessoas desempenhem suas funções sob pressão da cura e do tratamento. Outro fator a ser considerado é a remuneração, que na área de saúde para maioria

dos cargos é considerada baixa e com a possibilidade de crescimento mínima, em virtude da forte divisão do trabalho e de cargos bem especializados.

Existe num hospital uma grande preocupação com o recrutamento e a seleção de profissionais, pois um mal profissional terá forte influência no serviço prestado e pacientes sofrerão com a má qualidade da atenção. Todo profissional deverá passar por um processo de integração e treinamento para que ele conheça o hospital, o seu trabalho e desempenhe suas tarefas em capacidade de forma plena. Como todo esse processo de substituição de um funcionário requer um tempo considerável é importante manter um banco de funcionários potenciais, para atender eventualidades, sem comprometer a prestação de serviços.

De acordo com Malagón-Londoño et al. (2003) há três formas de treinamento para os funcionários de um hospital: indução, instrução para o trabalho e retreinamento. No treinamento de indução são repassadas as informações sobre o hospital e a orientação de como executar suas atividades na organização. É mostrada a forma de trabalho, a conformação das áreas, dias de trabalho, turnos, horários, regras, políticas e responsabilidades.

A segunda forma de treinamento, mencionada pelo mesmo autor, é “a instrução sobre o trabalho a desempenhar” é a explicação de todos os detalhes sobre as tarefas dos funcionários, incluindo a inter-relação com outros funcionários do mesmo ou de outros departamentos. É realizado na entrada de um novo funcionário, bem como na promoção de alguns profissionais. A terceira forma é o retreinamento, que deve ser uma prática constante, importante quando se observam falhas na execução das tarefas, adoção de novos procedimentos ou metodologias, ou quando são introduzidos novos equipamentos. Todo avanço científico ou tecnológico obrigam o retreinamento.

A atividade hospitalar deve ser desenvolvida baseada em padrões e metas a serem alcançados, facilitando o trabalho dos funcionários, supervisores e gestores, já que há uma diversidade de profissionais, tarefas e diferentes níveis de capacitação e de desempenho funcional.

Vale a pena ressaltar, a importância do processo de avaliação de desempenho. Nele o funcionário deve saber o que é esperado de seu trabalho, quais são seus objetivos e metas. Deve haver um acompanhamento sistemático para que sejam realizadas melhorias no trabalho desenvolvido e ampliar o processo de comunicação entre a gerência e os funcionários e equipe de trabalho, solucionando problemas rotineiros e elevando a moral da equipe.

Uma característica já destacada nesta tese é a importância do fator disciplina no ambiente hospitalar. “Sem ela, há desorganização, os diversos chefes perdem o controle, não se pode desenvolver adequadamente o trabalho, os padrões de qualidade são perdidos e se coloca em risco a vida dos pacientes” (Malagón-Londoño et al. 2003, p. 109). Com relação ao fator humano, ele deve ser comunicado das regras fundamentais do trabalho e de conduta. Sendo avaliado mediante supervisão direta com apreciação do trabalho e investigação disciplinares e, com base na informação obtida para reforçar a convicção da conveniência da disciplina e as vantagens de utilizá-la.

Este trabalho abordará o enfoque positivo da disciplina, que tem como premissa informar e corrigir, antes de punir, exercendo uma educação cada vez que as regras e procedimentos forem violados. Pois, é comprovado que todo investimento em pessoas, quando bem feito, provoca retornos garantidos à empresa. A maior preocupação das organizações tem sido a satisfação das necessidades prioritárias das pessoas, de forma a motivá-las a se empenharem mais no trabalho, conseqüentemente, obtendo um nível maior de qualidade nos serviços prestados.

Terceiro Capítulo

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Crescer significa mudar e mudar envolve riscos, uma passagem do conhecido para o desconhecido”. (Autor desconhecido)

3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica dando suporte conceitual para realização de um modelo motivacional focado na área hospitalar, utilizando a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho – AET. Os temas centrais discutidos foram as teorias motivacionais, a base conceitual de ergonomia, incluindo a ergonomia organizacional, sua aplicação na área de saúde, em especial na área de enfermagem e ferramenta da Análise Ergonômica do Trabalho – AET.

3.1 – Teorias da Motivação

Como foi visto no tópico anterior, há uma busca das empresas em atrair e manter seus talentos de forma a prestar um melhor serviço e atender as expectativas dos clientes. Já que é de conhecimento comum que, as empresas contemporâneas vivem grandes desafios com alta competitividade, a globalização de mercados, problemas políticos e financeiros e enxugamento dos postos de trabalho.

Neste contexto, há sempre uma discussão nas empresas sobre como criar um ambiente motivador para seus empregados. Partindo desta premissa este tópico tem como objetivo de apresentar alguns conceitos de motivação e descrever algumas teorias motivacionais.

Bergamini (1997) afirma que a motivação é gerada por um processo intrínseco, algumas necessidades não são supridas, gerando um estado de desequilíbrio desagradável e para livrar-se desta situação, as pessoas se engajam em determinadas ações para restabelecer o equilíbrio. Entende-se que a motivação é um processo interno e ninguém motiva ninguém, o que se pode fazer é estimular. Neste contexto, a empresa deve se preocupar em criar um ambiente de trabalho que estimule a ação.

A motivação pode ser definida como processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de determinada meta, como explica Robbins (2002). É importante lembrar, que pessoas motivadas se mantêm na realização de uma tarefa até que ela seja totalmente cumprida.

As teorias da motivação explicam por que as pessoas se empenham no trabalho. De acordo com Hersey e Blanchard (1986, p.18):

As pessoas diferem não só pela sua capacidade, mas também pela sua vontade de fazer as coisas, isto é, pela motivação. A motivação das pessoas depende da intensidade dos seus motivos. Os motivos podem ser definidos como necessidades, desejos ou impulsos oriundos do indivíduo e dirigidos para objetivos, que podem se consciente ou subconsciente.

Chiavenato (2000) define três premissas que explicam o comportamento humano:

- a) o comportamento é causado, tanto a hereditariedade como o meio ambiente influem no comportamento das pessoas. O comportamento é motivado por estímulos internos e externos;
- b) o comportamento humano é motivado, ou seja, há uma finalidade em todo comportamento humano;
- c) o comportamento humano é orientado para objetivos.

Verificando as suposições acima e atestando suas veracidades, pode-se afirmar que, o comportamento não é espontâneo e nem isento de finalidade. O comportamento se explica por algum objetivo implícito ou explícito, (Chiavenato, 2000). A figura 7 mostra o modelo básico de motivação.

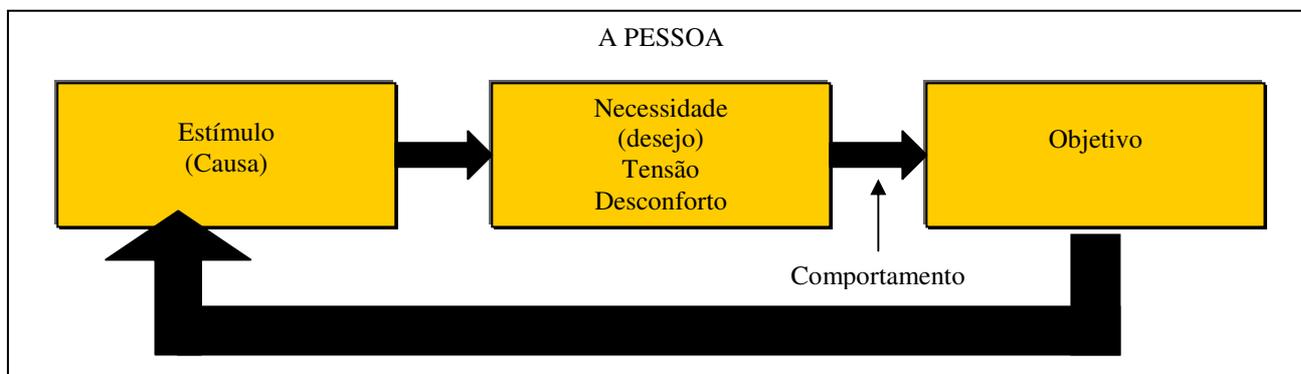


Figura 7 – Modelo Básico de Motivação
Fonte: Leavitt apud Chiavenato (2000, p. 81)

Como demonstra Chiavenato (2000), o ciclo motivacional se inicia como surgimento de uma necessidade, que rompe o estado de equilíbrio do organismo, causando um estado de tensão, insatisfação, desconforto e desequilíbrio, esse estado leva o indivíduo a um comportamento. Se o comportamento for eficaz, o indivíduo encontrará a satisfação da necessidade e o organismo voltará ao estado de equilíbrio anterior. Contudo, a necessidade nem sempre pode ser satisfeita, ela pode ser frustrada ou compensada com a transferência para outro objeto, pessoa ou situação.

Segundo Spector (2002, p. 198), a motivação é definida como um estado interior que induz uma pessoa a assumir determinados tipos de comportamento. “Vista por outra perspectiva, a motivação refere-se ao desejo de adquirir ou alcançar algum objetivo, ou seja, a motivação resulta dos desejos, necessidades ou vontades”.

Existem diferentes teorias sobre a motivação humana. Seguem algumas das teorias da motivação utilizadas na literatura.

3.1.1 – O Ambiente como Fator Motivacional – Elton Mayo

Em 1924, especialistas em eficiência pesquisaram os efeitos da iluminação na produtividade no trabalho. Eles queriam encontrar a combinação ideal de condições físicas, horas e métodos de trabalho que estimulasse os trabalhadores a produzir o máximo de sua capacidade (Hersey e Blanchard, 1986).

Elton Mayo e sua equipe escolheram dois grupos de empregados: um grupo de teste que trabalhava sob diferentes níveis de iluminação, e um grupo de controle que trabalhava em condições normais. Após vários experimentos e análises, Mayo descobriu que não eram os aspectos físicos que interferiam na motivação dos funcionários, e conseqüentemente, o aumento da produção, e sim, os aspectos humanos. As operárias estavam produzindo mais, pois passaram a se sentir importantes para a companhia.

“Nesses estudos, bem como em muitos outros que seguiram, constatou-se que o fator que mais influenciava a produtividade empresarial era as relações interpessoais desenvolvidas no trabalho, e não tanto o pagamento e as condições de trabalho” (Hersey e Blanchard, 1986, p. 59).

Os resultados encorajaram a administração a envolver os trabalhadores no planejamento, na organização e no controle do seu próprio trabalho, numa tentativa de conseguir a sua cooperação positiva. Mudando o enfoque dado anteriormente ao atendimento, apenas, das necessidades fisiológicas e de segurança, onde o funcionário não tinha perspectiva de crescimento e participação, provocando um sentimento de impotência, chamado de anomia por Mayo.

3.1.2 – Teoria X e Teoria Y – Douglas McGregor

A “Teoria X – Teoria Y” foi desenvolvida por Douglas McGregor. Segundo o teórico, a empresa tradicional, com suas tomadas de decisões centralizadas, pirâmide superiores-subordinados e controle externo do trabalho, está baseada em certas suposições a respeito do trabalho (Hersey e Blanchard, 1986).

A pesquisa de McGregor se preocupou em comparar dois estilos opostos e antagônicos de administrar: um baseado na teoria tradicional, mecanicista e pragmática que ele deu o nome de teoria X, e de outro, um estilo baseado nas concepções modernas a respeito do comportamento humano a que determinou como teoria Y.

Até hoje as teorias de McGregor são utilizadas para identificar o estilo de liderança mais adequado para motivar as pessoas a desenvolverem melhor seu trabalho. As Teorias X e Y fazem suposições diferentes da natureza humana.

A Teoria X supõe que a maioria das pessoas prefere ser dirigida, não está interessada em assumir responsabilidades e deseja, acima de tudo, segurança. Essa filosofia é acompanhada pela crença de que as pessoas são motivadas pelo dinheiro, pelos benefícios marginais e pela ameaça de punição, portanto, a liderança precisa assumir um estilo autoritário, rígido, que faça as pessoas trabalharem dentro de padrões previamente estabelecidos, uma vez que são vistas como meros recursos de produção. (Hersey e Blanchard, 1986 e Chiavenato, 2000)

Já a teoria Y diz que o homem é um ser criativo, gosta de trabalhar, de assumir responsabilidade, e pode contribuir para a consecução dos objetivos da organização, e sua motivação também se dá nos níveis social, de estima e auto-realização, portanto a liderança mais adequada é a participativa, mais aberta, que crie um clima que encoraje o crescimento individual, o desenvolvimento profissional, que dê oportunidade de mostrar o potencial, e que possa assumir riscos na utilização de métodos que viabilizem atingir seus objetivos pessoais ao guiarem seus esforços em direção aos objetivos da empresa.

Em algumas situações, os administradores utilizam as suposições das teorias com seus respectivos estilos de liderança tais quais como foram criados, em outras trocam o estilo, apesar de fazerem má idéia da pessoa, usam o estilo mais participativo e flexível na busca de maior produtividade, e também há casos em que o líder, apesar de acreditar nas suposições da Teoria Y, utiliza o estilo controlador e diretivo, em curto prazo, orientando as atividades que

julguem necessárias, delegando aos poucos até que haja desenvolvimento da capacidade ao ponto que o liderado possa fazer sozinho seu trabalho com um desempenho desejável.

Nas experiências anteriores, as de Elton Mayo havia só o pensamento negativo a respeito do ser humano, que ele era indolente, sem ambição, preguiçoso, só fazia o que lhe era ordenado se houvesse um rígido controle e supervisão direta que as tarefas deviam ser padronizadas para atender os objetivos exclusivos da empresa, e, portanto, as pessoas eram apenas motivadas por incentivos econômicos e que a remuneração era um meio de recompensa ou punição.

A experiência de Hawthorne mostrou que as pessoas têm outras necessidades além das que são supridas pelo dinheiro, sendo motivadas de forma a atender as necessidades de crescimento no trabalho, assumir tarefas de maior responsabilidade, reconhecimento profissional, ter prestígio, pertencer a um grupo, e auto-realização. Tudo isso fez surgir outro estilo de administração, mais adequado, um estilo mais participativo e democrático, onde o gerente compartilha a responsabilidade de planejamento e execução, de forma a estimular a criatividade e melhorar o desempenho.

A descoberta que as pessoas gostam de sentir que alguém se importa com elas, que é importante para a empresa, participam de atividades que têm valor e não somente desempenham tarefas rotineiras e isoladas, mas que fazem parte de um grupo e participam da organização, cooperando para atingir os seus objetivos em conjunto foi à base para o desenvolvimento da Teoria X e Y de McGregor.

3.1.3 – Teoria da Hierarquia das Necessidades – Abraham H. Maslow

A teoria da motivação proposta por A. H. Maslow, em 1943, admite que existe um padrão típico de hierarquia em que se enquadram as necessidades humanas. A teoria admite que as necessidades humanas podem ser classificadas da seguinte maneira: fisiológica, segurança, social, estima e auto-realização, obedecendo esta ordem de maneira gradual na prioridade de atendimento.

A hierarquia das necessidades pode ser representada na forma de uma pirâmide onde as necessidades fisiológicas se encontram na base e as necessidades de auto-realização no topo, conforme mostrada na Figura 8.

Maslow considerava as necessidades fisiológicas como as mais intensas, segundo ele, o indivíduo só sentiria outro tipo de necessidade após a satisfação destas, pois se tratava da sua própria subsistência.

Seguindo a hierarquia, após serem atendidas as necessidades fisiológicas, surgem as necessidades de segurança, auto-preservação, relacionadas com a manutenção do emprego. Atendida a necessidade de segurança, surge a necessidade de pertencer ao grupo, ou seja, a necessidade social. Após ser suprida a necessidade social, o indivíduo já faz parte do grupo, surge a necessidade de estima, tanto a auto-estima como também, de reconhecimento por parte dos outros, a satisfação deste tipo de necessidade produz um sentimento de confiança em si mesmo, de prestígio, de poder e de controle, sentir útil e ter influência no meio. Satisfeita a necessidade de estima surge à necessidade de auto-realização, que é a necessidade de maximizar seu próprio potencial.

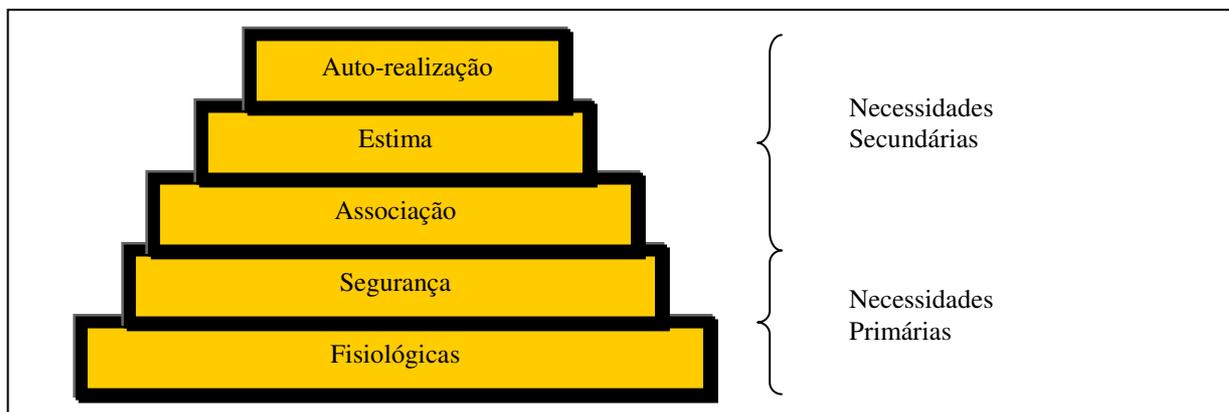


Figura 8 – A hierarquia das necessidades de Maslow
Fonte: Maslow apud Spector (2002, p. 2000)

Maslow defendia sua teoria como padrão típico de hierarquia de necessidades humanas, mas tinha consciência que existiam exceções. Afirmava que todos os cinco tipos de necessidades estavam sempre presentes, porém suas importâncias relativas variam entre pessoas e grupos diferentes podendo, assim ter diferentes configurações.

3.1.4 – Teoria ERG (Existência, relacionamento e crescimento) – Clayton Alderfer

Segundo Spector (2002, p. 201), a teoria ERG, de Alderfer (1969), “foi uma tentativa de corrigir algumas deficiências na hierarquia das necessidades de Maslow. Apresenta três níveis de necessidades, que são organizadas em continuum, e não em hierarquia.

Ela tem como premissa que, as pessoas podem se mover para frente ou para trás de uma categoria de necessidade para outra, e que não havendo a satisfação de necessidades em uma categoria pode afetar as necessidades em outra (Spector, 2002). A Figura 9 demonstra as três necessidades propostas por Alderfer.



Figura 9 – Os continuum da necessidade de existência, relacionamento e crescimento de Alderfer
Fonte: Alderfer apud Spector (2002, p. 201)

Definindo o que compõe cada necessidade tem-se:

- a) Existência – envolve objetos materiais (desejos físicos e necessidades básicas de sobrevivência);
- b) Relacionamento – envolve relacionamentos com pessoas de importância para o indivíduo;
- c) Crescimento – refere-se à criatividade ou produtividade interna ou no ambiente.

Um conceito importante abordado nesta teoria foi o de frustração-regressão, explica que, quando as pessoas vêm frustradas as suas tentativas de satisfazer suas necessidades em um nível, elas regridem essas necessidades a um nível mais concreto. Por exemplo, uma pessoa que falha na execução de tarefa que satisfaça a sua necessidade de crescimento; ela poderia regredir para uma necessidade de relacionamento e se aproxima de outras pessoas (Spector, 2002).

Outro ponto discutido na Teoria ERG é que quanto maior a satisfação com o crescimento, maior a necessidade de crescimento; e quanto maior a satisfação com o relacionamento, maior a necessidade de crescimento.

3.1.5 – Teoria dos Dois Fatores – Frederick Herzberg

A teoria dos dois fatores (ou teoria da motivação-higiene) de Herzberg (1969) afirma que a motivação resulta da natureza do trabalho em si, e não de recompensas externas ou das condições de trabalho (Spector, 2002).

A teoria proposta por Herzberg foi fruto de uma pesquisa com aproximadamente duzentos engenheiros e contadores de onze indústrias de Pittsburgh. “Os entrevistados eram perguntados sobre que tipo de coisas os deixavam infelizes ou insatisfeitos e que tipo de coisas os deixavam felizes ou satisfeitos no trabalho” (Hersey e Blanchard, 1986, p. 72).

“Observou-se que, quando as pessoas se sentiam insatisfeitas com seu trabalho, estavam preocupadas com o ambiente em que trabalhavam. Por outro lado, quando se sentiam bem no trabalho, tratava-se do trabalho em si”. (Hersey e Blanchard, 1986, p. 72).

Desta forma, Herzberg concluiu que existiam dois tipos de fatores, os quais ele chamou de fatores que levam à satisfação (motivacionais) e os fatores que levam à insatisfação (higiênicos ou de manutenção).

Os fatores higiênicos eram ligados ao ambiente das pessoas e tinham a função primária de prevenir a insatisfação no trabalho, nunca estão completamente satisfeitos precisando ser mantidos continuamente. E, os fatores motivacionais eram baseados em desafios, metas e objetivos, estimulando as pessoas para um desempenho superior.

Os fatores higiênicos ou de manutenção não fazem parte intrínseca do trabalho em si, mas estão relacionados com as condições em que ele é realizado. Estão entre esses fatores: a política e a administração das empresas, a supervisão, as condições de trabalho, as relações interpessoais, o dinheiro, o status e a segurança.

Os fatores motivacionais são ligados às realizações do trabalho em si, envolvem sentimentos de realização, de crescimento profissional e de reconhecimento que se podem experimentar num trabalho desafiante e pleno.

Comparando as duas teorias, satisfazer as necessidades de níveis relativamente baixo na hierarquia das necessidades humanas de Maslow (necessidades fisiológicas, de segurança e sociais) pode ser considerado equivalente a remover fatores que levam a insatisfação, ou seja, fatores higiênicos ou de manutenção, enquanto para atender às necessidades de estima e auto-realização é preciso contemplar fatores motivacionais.

As contribuições essenciais das duas teorias para o entendimento da motivação humana são as seguintes: a teoria da hierarquia de Maslow na identificação das necessidades ou motivos de um grupo ou pessoa, e Herzberg fornecem idéias sobre metas e incentivo que satisfazem a essas necessidades.

3.1.6 – Teoria da Expectativa – Victor H. Vroom

A teoria da expectativa busca explicar como as recompensas levam determinados comportamentos, focalizando estados cognitivos interiores que provocam a motivação. b...O seu princípio básico diz que as pessoas serão motivadas quando acreditarem que seu comportamento resultará em recompensas ou resultados que elas desejem; caso contrário, não se sentirão motivadas a adotar esse comportamento, (Spector, 2002, p. 205).

Segundo Vroom apud Spector (2002, p. 205), “a motivação ou força compõe uma função matemática de três tipos de percepções cognitivas”. Segue a equação mencionada:

$$\text{Força} = \text{Expectativa} \times \sum (\text{Valência} \times \text{Meio})$$

Tem-se que:

Força = representa o nível de motivação que uma pessoa tem para adotar determinado comportamento ou seqüência de comportamentos relevantes para o seu desempenho no trabalho.

Expectativa = probabilidade subjetiva que uma pessoa tem sobre sua capacidade de adotar um tipo de comportamento.

Valência = importância do resultado ou da recompensa para uma indivíduo, representando o quanto uma pessoa quer ou deseja algo.

Meio = probabilidade subjetiva de que um determinado comportamento resulte em uma recompensa em particular.

Interpretando a fórmula, se um dos três componentes for baixo, a força, ou motivação, também será baixa.

A experiência padrão consiste em: definir uma amostra de funcionários para pesquisa; pedir a cada funcionário as indicações sobre as expectativas sobre a capacidade de realizar uma tarefa; definir com eles a valência do desenvolvimento de cada tarefa, juntamente com os meios para cada resultado possível. Além disso, pede-se aos supervisores que forneçam notas para o desempenho no trabalho de cada funcionário. A nota total da força é, então, correlacionada com o desempenho.

Alguns estudiosos já testaram a teoria das expectativas e obtiveram bons resultados, como é o caso de, Hakman e Oldham (1976) e Ketchum e Thrist (1992) que após aplicação de estudo típico, descrito a seguir, eles confirmaram o sucesso da fórmula.

Para Hakman e Oldham (1976), um trabalho para ter significado para uma pessoa deve ser importante, útil e legítimo. Segundo o modelo dos autores, três características contribuem para dar sentido ao trabalho:

- a) Variedade das tarefas: a capacidade de um trabalho requerer uma variedade de tarefas que exijam uma variedade de competências;
- b) A identidade do trabalho: realização do trabalho, com resultado tangível e identificável;
- c) O significado do trabalho: a capacidade de um trabalho ter um impacto significativo sobre o bem-estar ou o trabalho de outras pessoas.

A Figura 10 – Fluxograma da Teoria da Expectativa demonstra como ocorre o processo motivacional.

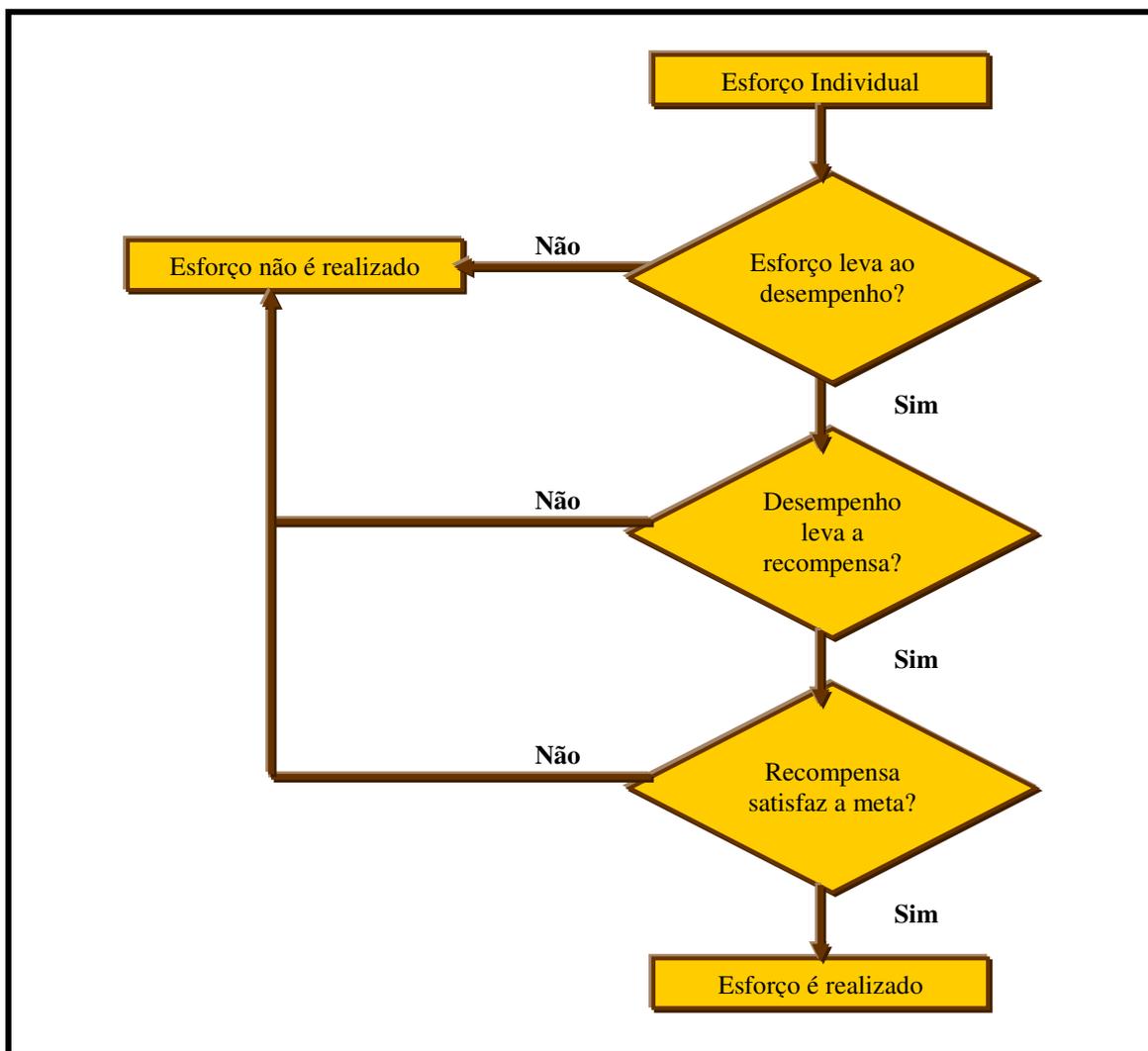


Figura 10 – Fluxograma – Teoria da Expectativa
 Fonte: Ferreira (2006, p. 17)

Com base no modelo proposto, Hakman e Oldham propuseram cinco princípios de organização do emprego: a reunião das tarefas, a formação da unidade natural de trabalho, o estabelecimento de relações do tipo cliente-fornecedor, o enriquecimento das tarefas e a colocação em prática de mecanismos de feedback sobre o desempenho (Morin, 2001).

Já Ketchum e Thierry propuseram a abordagem sociotécnica, onde desempenho organizacional é melhorado pelo estímulo ao comprometimento dos indivíduos.

3.1.7 – Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas – David McClelland

Segundo Ferreira (2006), a teoria das necessidades socialmente adquiridas foi desenvolvida por David McClelland e seus associados. De acordo com a teoria as pessoas são motivadas por três tipos de necessidades em escalas diferentes: a necessidade de realização, a necessidade de poder e a necessidade de afiliação.

Stoner e Freeman (1999, p. 326) afirmam que:

Pessoas com alta necessidade de realização gostam de assumir responsabilidade pela solução de problemas; tendem a determinar para si mesmas objetivos moderadamente difíceis, e a assumir riscos calculados para alcançar esses objetivos; e valorizam muito o feedback sobre o seu desempenho.

Os autores deixam claro que, pessoas com pequena necessidade de realização tendem a ter um desempenho fraco no mesmo tipo de situação.

A necessidade de realização é caracterizada pelo desejo de produzir da melhor forma possível, ultrapassando os padrões de excelência. Ressalta-se que, as pessoas que apresentam este motivo têm desejo de assumir responsabilidades por situações desafiadoras e gostam de receber realimentação do seu trabalho (Rego e Jesuino, 2002).

McClelland (1997) ao desenvolver a Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas afirma que pessoas com a necessidade de realização são motivadas, focam suas ações no crescimento pessoal e gostam de ter feedback imediato a realização da tarefa. A superação de obstáculos é fruto de um sentimento pessoal de fracasso ou sucesso dependente de suas ações.

Dela Coleta (2005) explica que empresas orientadas para a realização ou para o desempenho reconhecem e dão prêmios para aqueles funcionários que se esforçam mais, apresentando bons resultados e cumprem metas.

Por outro lado, pessoas com a necessidade de poder gostam de ser influentes, controlar as variáveis relativas ao seu trabalho, ter prestígio, de competir e de possuir uma boa posição na organização. Segundo McClelland apud Ferreira (2006, p. 19), “a necessidade de poder vem ter impacto, de ser forte e de influenciar pessoas”.

Finalmente, as pessoas com necessidade de afiliação buscam amizade e cooperação. McClelland (1997) afirma que, elas são mais fáceis de fazer concessões pessoais pelo desejo de serem agradáveis e de ter bom relacionamento com todas as pessoas. Dela Coleta (2005) afirma que existem empresas com orientações humanísticas que incentivam o comportamento fraterno e o bom relacionamento, representadas como uma grande família, buscando ter um bom clima organizacional.

Uma das maiores contribuições da Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas é fazer um melhor ajuste da pessoa ao trabalho. Ou seja, através de análise do perfil do cargo e conhecendo o perfil desejado de necessidade profissional de cada funcionário pode-se alocar a pessoa certa no lugar certo, por exemplo, empregados com necessidades de realização desempenham melhor atividades desafiantes, estimulantes e complexas. Já, os líderes têm alta necessidade de poder e baixa necessidade de afiliação (Ferreira, 2006).

3.1.8 – Teoria da Equidade – J. Stacy Adams e G. C. Homans

O ponto central da Teoria da Equidade é tratamento justo entre funcionários na comparação entre recompensas e desempenho. De acordo com Stoner e Freeman (1999), a teoria tem como base a hipótese de que o desempenho ou a satisfação no trabalho é a avaliação que o empregado faz sobre a justiça da recompensa obtida. Há uma correlação direta entre o grau de contribuição do empregado e a expectativa em termo de recompensas, ou seja, quem contribui mais, quer receber mais.

O precursor da teoria foi Homans em 1961, ele defendia que os homens reagem quando submetidos à injustiça distributiva no trabalho. O autor defende que, uma distribuição só é justa quando é proporcional às contribuições de cada um, teoria da equidade. Esta teoria diz que, o indivíduo receberá suas recompensas em razão de seus investimentos.

Para Robbins (2002), os empregados fazem comparações entre o seu trabalho – as entradas e os resultados obtidos – com as entradas e os resultados dos outros. Quando eles percebem as relações como desiguais, eles experimentam uma tensão de equidade. Conforme

pode ser visualizado na Figura 11 – Teoria da Equidade, que busca ilustrar o sentimento dos empregados e sensação de equidade ou de tensão de equidade.

Robbins (2002) explica que as evidências têm quatro pontos de referências: próprio-interno – as experiências do funcionário em outra posição dentro da empresa numa situação passada ou em oportunidades de novos empregos; próprio-externo – as experiências do funcionário em situação ou posição fora da empresa atual; outro-interno – outra pessoa da mesma empresa; outro-externo – outra pessoa ou grupo fora da empresa.

Problemas com o clima organizacional e com a motivação para trabalho são constatados quando o trabalhador percebe uma injustiça. Segundo Robbins (2002), espera seis atitudes do trabalhador insatisfeito: fazer um menor esforço; modificar a qualidade dos serviços prestados; distorcer sua auto-imagem; distorcer a imagem dos outros; buscar outro ponto de referência ou pedir demissão.

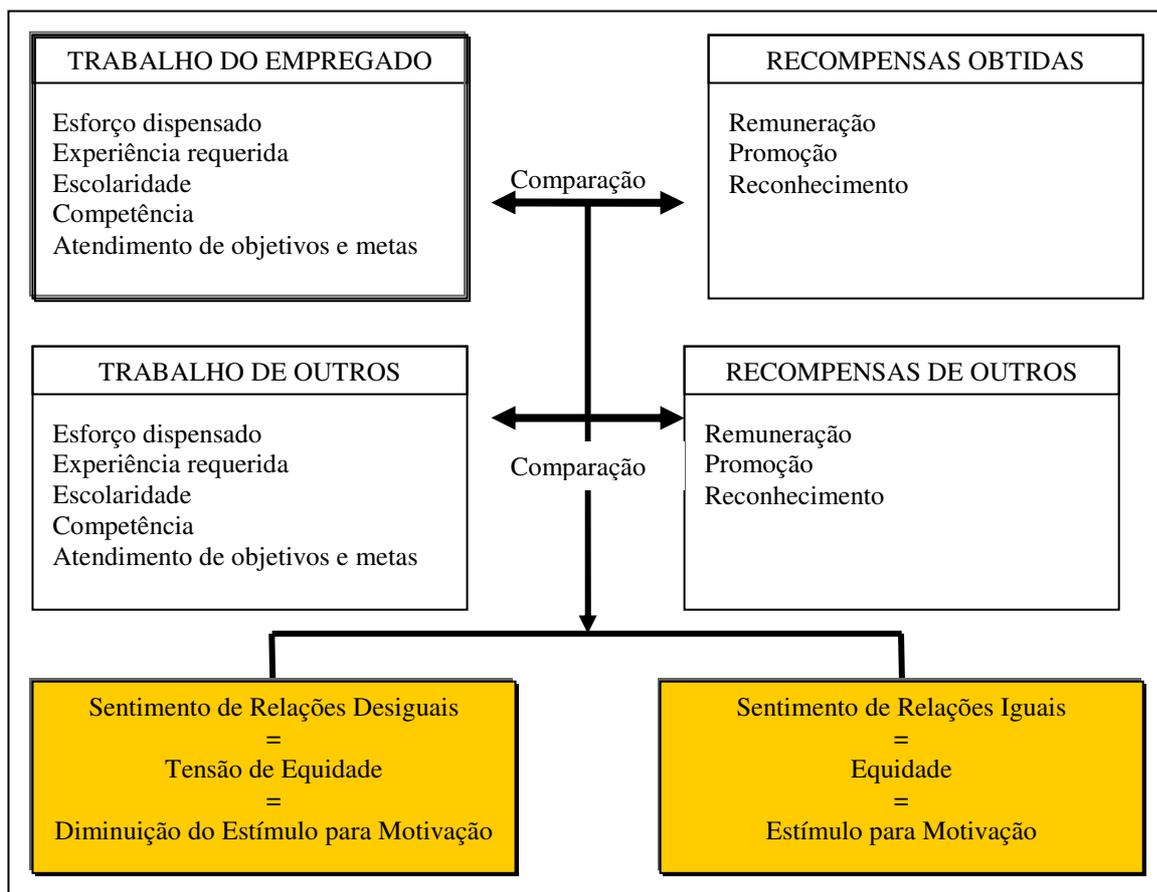


Figura 11 – Teoria da Equidade
 Fonte: A autora (2009)

Para concluir, com base no que foi exposto na Teoria da Equidade, a percepção de injustiça deve ser evitada, pois provoca sofrimento psíquico e ameaça o bem-estar do trabalhador e provoca impacto direto na qualidade de vida das pessoas.

3.1.9 – Teoria da Fixação dos Objetivos – Edwin Locke e Gary Latham

A base da Teoria da Fixação dos Objetivos é que o comportamento humano deve ser regulado por valores e metas. De acordo com Cavalcanti (2005), as pessoas centralizam seus esforços em direção a objetivos, tecendo sua energia e pensamento para alcance de objetivos.

Segundo o mesmo autor, existem características para metas serem consideradas motivadoras, apresentam-se algumas delas: ser aceitáveis, devendo ser estipuladas, se possível, com a participação do empregado; ser desafiadoras, mas possíveis de serem atingidas; ser específicas, o ideal é serem quantificáveis e mensuráveis; além de definir especificamente o que espera do funcionário, ao invés de deixar a vontade para que ele produza o máximo de si.

Locke e Latham (1990) realizaram aproximadamente 400 estudos (a maioria experimental) demonstrando que metas específicas, e difíceis levam um melhor desempenho do que metas vagas e fáceis (como por exemplo: faça o seu melhor) ou a própria ausência de metas, confirmando positivamente a importância da fixação dos objetivos.

Como utilidade a teoria pode ser destacada na compreensão de como e por que as pessoas se comprometem com objetivos e deixou mais claro o modelo e a participação e as recompensas extrínsecas afetam os objetivos de desempenho que os indivíduos estabelecem Lawler apud Ferreira (2006).

3.1.10 – Síntese das Características das Teorias Motivacionais

Com base na pesquisa realizada fica claro que, nenhuma teoria é suficiente para explicar a complexidade da motivação humana. Elas são limitadas quando utilizadas de forma isolada. Enfim, apesar das teorias apresentadas no item 2.6 analisarem a motivação a partir de perspectivas diferentes, elas não são incompatíveis; na verdade, elementos de várias teorias têm sido interligados.

As pesquisas mostram uma tendência da utilização de práticas de gestão mais participativa, estimulando a criatividade. Também, é importante possuir objetivos claros e, que os resultados tenham valor para quem os realizam, devendo incentivar o crescimento pessoal e o senso de responsabilidade, e não se esquecer de dar condições seguras de trabalho e com carga horária adequada.

O Quadro 2 apresenta uma síntese das características principais das teorias motivacionais.

Fazendo uma comparação entre os aspectos motivacionais ideais nas organizações e a realidade dos hospitais, existe uma diferença bastante grande, pois as atividades hospitalares têm ênfase muito forte na autoridade racional legal, especialização, rígida hierarquia vertical e sistemática divisão do trabalho, bem como apego às normas, regulamentos e regras que conduzem a um comportamento padronizado, fazendo com que os trabalhadores resistam a qualquer tipo de mudança. A caracterização da prática de trabalho evidencia um alto grau de rigidez, a inflexibilidade e a ausência de liberdade e criatividade.

Quadro 2 – Síntese das Características das Principais Teorias Motivacionais

Teoria	Objetivos	Resultados
Ambiente como fator motivacional	Pesquisar sobre os efeitos da iluminação na produtividade no trabalho	Encoraja a administração a envolver os trabalhadores no planejamento, na organização e no controle do seu próprio trabalho.
Teoria X e Teoria Y	Identificar o estilo de liderança mais adequado para motivar as pessoas a desenvolverem melhor seu trabalho.	Fez surgir um estilo de administração, mais participativo e democrático, de forma a estimular a criatividade e melhorar o desempenho.
Teoria da Hierarquia das Necessidades	Defender que existe um padrão típico de hierarquia em que se enquadram as necessidades humanas.	Ajuda na tomada de decisão quanto ao atendimento das necessidades humanas.
Teoria ERG (Existência, relacionamento e crescimento)	Corrigir algumas deficiências na hierarquia das necessidades de Maslow.	Explica o termo frustração-regressão, objetivando definir melhor a meta organizacional.
Teoria dos Dois Fatores	Saber o que trazia a insatisfação e a satisfação no trabalho.	Afirma que a motivação resulta da natureza do trabalho em si, e não de recompensas externas ou das condições de trabalho.
Teoria da Expectativa	Explicar como as recompensas levam determinados comportamentos, focalizando estados cognitivos interiores que provocam a motivação.	Diz que as pessoas serão motivadas quando acreditarem que seu comportamento resultará em recompensas ou resultados que elas desejem
Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas	Mostrar que as pessoas são motivadas por três tipos de necessidades em escalas diferentes: a necessidade de realização, a necessidade de poder e a necessidade de afiliação.	Faz um melhor ajuste da pessoa ao trabalho. Ou seja, através de análise do perfil do cargo e conhecendo o perfil desejado de necessidade profissional de cada funcionário pode-se alocar a pessoa certa no lugar certo.
Teoria da Equidade	Afirmar que o desempenho ou a satisfação no trabalho é a avaliação que o empregado faz sobre a justiça da recompensa obtida.	Afirma que percepção de injustiça deve ser evitada, pois provoca sofrimento psíquico e ameaça o bem-estar do trabalhador e provoca impacto direto na qualidade de vida das pessoas.
Teoria da Fixação dos Objetivos	Provar que o comportamento humano deve ser regulado por valores e metas.	Compreensão de como e por que as pessoas se comprometem com objetivos e como o modelo, a participação e as recompensas extrínsecas afetam os objetivos de desempenho que os indivíduos estabelecem.

Fonte: A autora (2009)

Concluindo, com base no quadro acima, existem várias ações que podem ser introduzidas para melhorar a motivação dos enfermeiros, conforme se pode citar: proporcionar maior participação e autonomia no planejamento, e na organização e no controle do seu trabalho; entender as necessidades da categoria, incluindo problemas relacionados aos turnos alternantes de trabalho e a exposição aos riscos de saúde; estudo de recompensas e crescimento profissional e, por fim, a fixação de metas e objetivos organizacionais.

3.2 - Conceitos de Ergonomia

Nesta parte do trabalho, apresentam-se alguns conceitos sobre ergonomia. Iida (2005) define o termo ergonomia como o estudo da adaptação do trabalho ao homem. A ergonomia parte do conhecimento do trabalhador para fazer o projeto do trabalho, adequando-o às capacidades e limitações humanas. Para projetar um trabalho, o profissional da ergonomia estuda não apenas os processos operacionais, mas também, o relacionamento entre o homem e seu trabalho. Isso envolve o ambiente físico, os aspectos organizacionais, como o trabalho é programado e controlado para produzir os resultados desejados.

Vidal (2002, p. 14) apresenta a definição de ergonomia, aprovada na reunião do Conselho Científico da *International Ergonomics Association* de 01 de agosto de 2000, em San Diego, USA:

A ergonomia é a disciplina científica que trata da compreensão das interações entre os seres humanos e outros elementos de um sistema, e a profissão que aplica teorias, princípios, dados e métodos, a projetos que visam otimizar o bem estar humano e a performance global dos sistemas.

Outra definição bastante completa é o da Sociedade de Pesquisas Ergonômicas da Inglaterra: “Ergonomia é o estudo do relacionamento entre o homem e seu trabalho, equipamento e ambiente, e particularmente a aplicação dos conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia na solução dos problemas surgidos desse relacionamento”. Dessa forma, a ergonomia é uma área de conhecimento interdisciplinar com o objetivo de proporcionar ao homem, quer seja no ambiente de trabalho ou não, maiores condições de saúde, de eficiência, de qualidade de vida, de produtividade, de segurança e de conforto, adequando assim máquinas, ferramentas de trabalho, móveis, postos de trabalho às necessidades humanas.

De acordo com Iida (2005), a ergonomia estuda diversos aspectos do comportamento humano no trabalho e outros fatores importantes para o projeto de sistemas de trabalho, que são:

- a) o homem – características físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais do trabalhador, influência do sexo, idade, treinamento e motivação;
- b) a máquina – equipamentos, ferramentas, mobiliário e instalações; ambiente – características do ambiente físico que envolve o homem durante o trabalho, como a temperatura, ruídos, vibrações, luz, cores, gases e outros;

- c) a informação – comunicações existentes entre elementos de um sistema, a transmissão de informações, o processamento e a tomada de decisões;
- d) a organização – é a conjugação dos elementos citados no sistema produtivo, estudando aspectos como horários, turnos de trabalho e formação de equipes;
- e) as conseqüências do trabalho – questões de controles como tarefas de inspeções, estudos de erros e acidentes, além dos estudos sobre gastos energéticos, fadiga e estresse.

Grandjean (1998) menciona o significado da palavra ergonomia, que deriva do grego *ergon* (trabalho) e *nomos* (leis) para denotar a ciência do trabalho. Para esse autor, a ergonomia é uma disciplina inicialmente orientada aos sistemas e que modernamente se estende por todos os aspectos da atividade humana.

No Brasil, a ergonomia tem uma norma regulamentadora, a NR17, esta visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. Segundo a NR17, as condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

É importante ressaltar que, de acordo com a definição de Ergonomia aprovada pela Associação Internacional de Ergonomia, o seu objeto de estudo se estrutura em três domínios de especializações:

- a) a ergonomia física - no que concerne as características da anatomia humana, antropometria, fisiologia e biomecânica em sua relação a atividade física. Os tópicos relevantes incluem a postura no trabalho, manuseio de materiais, movimentos repetitivos, distúrbios músculo esqueléticos relacionados ao trabalho, projeto de postos de trabalho, segurança e saúde.
- b) a ergonomia cognitiva - no que concerne aos processos mentais, tais como percepção, memória, raciocínio, e resposta motora, conforme afetam interações entre seres humanos e outros elementos de um sistema. Os tópicos relevantes incluem carga mental de trabalho, tomada de decisão, performance especializada, interação homem-computador, estresse e treinamento conforme estes se relacionam aos projetos envolvendo seres humanos e sistemas.

- c) ergonomia organizacional - no que concerne a otimização dos sistemas sócio-técnicos, incluindo suas estruturas organizacionais, políticas e processos. Os tópicos relevantes incluem comunicações, gerenciamento de recursos de tripulações (CRM - domínio aeronáutico), projeto de trabalho, organização temporal do trabalho, trabalho em grupo, projeto participativo, ergonomia comunitária e trabalho cooperativo novos paradigmas do trabalho, cultura organizacional, organizações em rede, teletrabalho e gestão da qualidade.

Como se pode observar o escopo da ergonomia é muito amplo. Segundo Vidal (2002), a forma de trabalhar com ergonomia se diferencia, quanto ao tipo de problema abordado (objeto de estudo), quanto às perspectivas e a forma de agir (finalidade). Como demonstrado na Figura 12.

Explicando cada uma das divisões tem-se:

- a) A distinção taxonômica entre os objetos de ação ergonômica - a ergonomia de produto voltada para incorporação de recomendações ergonômicas de artefatos diversos; a ergonomia de produção voltada para o projeto do sistema de trabalho.
- b) A diferenciação quanto à perspectiva se relaciona com timing da ação ergonômica – ou se age no nível de projeto, formando uma ergonomia de concepção; ou se age sobre uma realidade existente formando uma ergonomia de intervenção.
- c) A caracterização quanto à finalidade de ação – a adoção de padrões e parâmetros previamente estabelecidos a partir de um caderno de especificações, ou ergonomia de enquadramentos; uma mudança limitada no existente a partir de uma análise inicial, caso de uma ergonomia de correção; pode estar inserida num amplo processo de mudanças do existente, caso de uma ergonomia de remanejamento; ou, se este remanejamento se dá num contexto de mudança na base técnica do processo de produção, dar-se o nome de ergonomia da modernização.

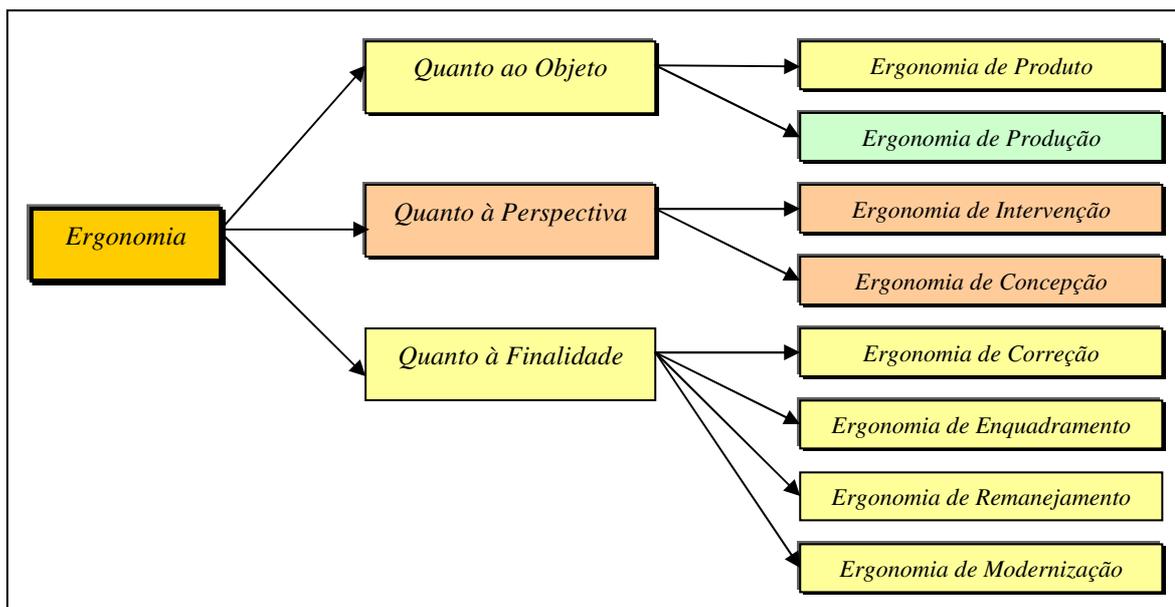


Figura 12 – Classificações da Ergonomia
 Fonte: Vidal, 2002, p. 61

A interdisciplinaridade da ergonomia pode ser observada na Figura 13.

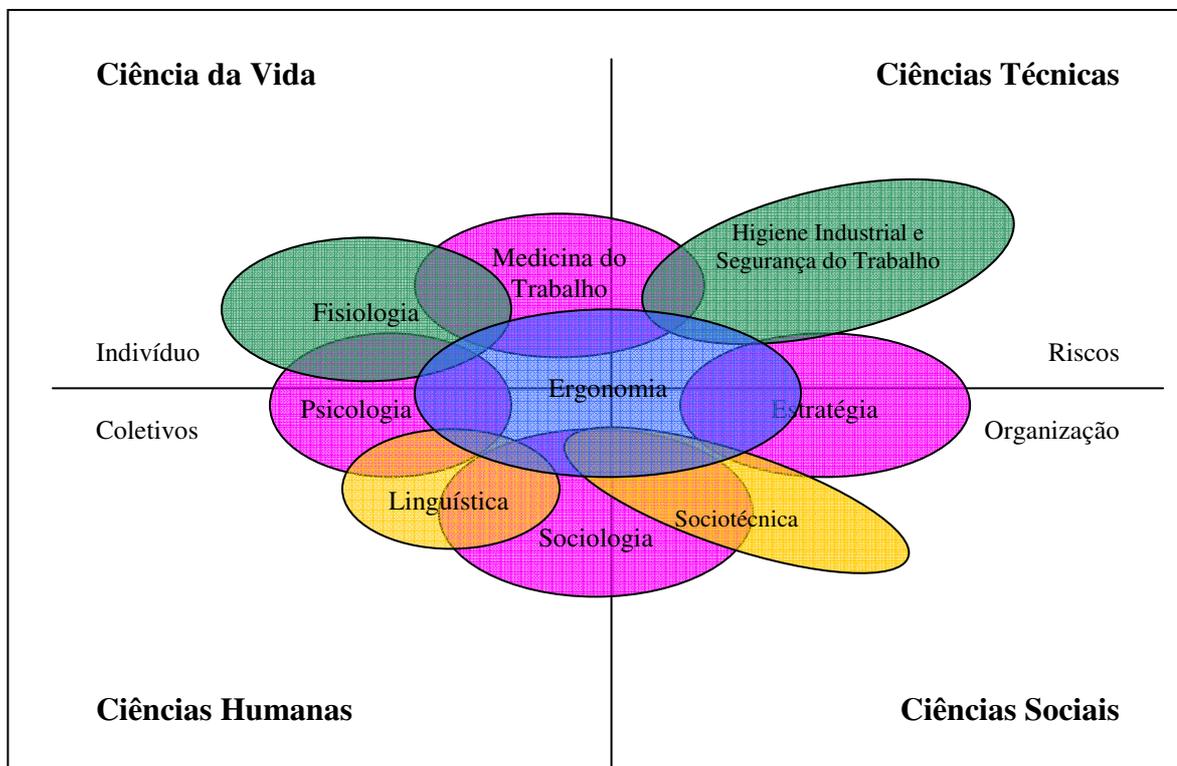


Figura 13 – A interdisciplinaridade da ergonomia
 Fonte: Hubault, 1992, modificado por Vidal, 1998

Vidal (2003) explica que a ergonomia é construída através de uma interdisciplinaridade que reúne o estado da arte, da técnica e das práticas de determinadas áreas do conhecimento técnico-científico formando ações ergonômicas transformadoras, ampliando o conhecimento do comportamento das pessoas em situação de trabalho, conhecendo sobre aspectos tecnológicos, sobre as dimensões físicas, cognitivas e psíquicas das pessoas e sobre a organização.

Sendo assim, a ergonomia tem objetivo de melhorar a segurança, a satisfação e bem-estar dos trabalhadores no seu relacionamento com sistemas produtivos. Neste intuito, a ergonomia desenvolve atividades nos ambientes físicos, cognitivos e organizacionais.

3.2.1 - A Ergonomia Organizacional

Com a pretensão de reduzir a monotonia, fadiga e os erros operacionais, criando ambientes mais cooperativos e motivadores, a ergonomia organizacional tem como finalidade de transformar os sistemas sócio-técnicos, incluindo suas estruturas organizacionais, políticas corporativas e processos de produção e de negócio. Os tópicos relevantes incluem comunicações, gerenciamento de recursos de equipes e operações com sistemas estratégicos.

Diante desse objetivo a ergonomia estuda:

- a) o ambiente físico - condições físicas como ruído, iluminação, cores e temperatura;
- b) o ambiente psicossocial – aspectos como sentimento de segurança e estima, oportunidade de progresso funcional, percepção da imagem da empresa, aspectos intrínsecos do trabalho, relacionamento social com colegas e benefícios que o trabalhador recebe na empresa;
- c) a remuneração – as queixas salariais, já que, muitas vezes, aparecem com maior frequência quando há insatisfação em outras áreas do ambiente físico ou psicossocial;
- d) jornada de trabalho – o número de horas extras, verificando a correlação direta do volume de horas com problemas como doenças e absenteísmo. O horário flexível de trabalho, em muitos casos, é uma solução para fadiga, o trabalhador começa ou termina o trabalho conforme a sua vontade, desde que cumpra a

carga horária semanal ou mensal. É necessário que haja pausa de descanso, independente da jornada de trabalho utilizada;

- e) a organização do trabalho - processos de controles, utilização das habilidades laborais, relacionamento interpessoal e a forma de gestão.

A organização do trabalho e saúde considera diversas medidas tomadas para melhorar a postura e aliviar a carga de trabalho. A primeira delas é a variedade de tarefas, pelo alargamento ou enriquecimento do trabalho, diminui o grau de fadiga, promovendo uma maior motivação, reduzindo o absenteísmo e a rotatividade. A segunda é a liberdade dada para o funcionário organizar o seu trabalho, promovendo ajustes, de acordo com as necessidades de sua personalidade, promove um maior equilíbrio psicossomático. E, por fim, a participação dos trabalhadores nos processos, contribuindo para aceitação de novas propostas e reduzindo as resistências.

3.2.1.1 - Ambiente Físico - Elementos de Trabalho Influentes na Organização

Em relação ao ambiente de trabalho, a ergonomia se preocupa em manter o ambiente em um estado que não agrida a integridade do organismo e proporcione conforto ambiental buscando as melhores condições para o desempenho das atividades dos funcionários das organizações.

Um ambiente hospitalar, onde pacientes e funcionários estão envolvidos emocionalmente na busca da melhoria de saúde, as condições ambientais devem proporcionar profissionalismo, segurança e comodidade. Neste item do trabalho serão abordados alguns dos temas do ambiente de trabalho que influenciam na saúde e no conforto das pessoas, como: ruído, iluminação e cores e temperatura.

3.2.1.2 - A Influência do Ruído no Ambiente Físico

Gradjean (1998) se refere aos ruídos em escritórios como um fator que interfere na concentração das pessoas onde trabalhos intelectuais são realizados ou atividades que exigem atenção para que haja compreensão de conversa, pertencendo às profissões sensíveis ao ruído.

De acordo com o Quadro 3, os níveis de ruídos usuais nos escritórios seriam:

Quadro 3 - Níveis de ruídos usuais nos escritórios

Sala do escritório	Nível de ruído (dB (A))
Salas individuais muito silenciosas	50 – 55
Salas grandes silenciosas	55 – 60
Salas grandes barulhentas	60 – 65

Fonte: Grandjean, 1998

Dull e Weerdmeester (2005) recomendam que para prevenir a surdez e limitar a perturbação causada pelos ruídos, que os mesmos não devem ultrapassar a média de 80 dB (A) durante 8 horas de exposição. A cada aumento de 3 dB (A), o tempo de exposição deverá baixar para a metade de horas, ou seja, 4 horas de exposição.

Quadro 4 - Limites máximos de ruídos que não provocam perturbações nas atividades

Tipo de atividade	DB (A)
Trabalho físico pouco qualificado	80
Trabalho físico qualificado	75
Trabalho físico de precisão	70
Trabalho rotineiro de escritório	70
Trabalho de alta precisão	60
Trabalho em escritório com conversas	60
Concentração mental moderada (escritório)	55
Grande concentração mental (projeto)	45
Grande concentração mental (leitura)	35

Fonte: Dul & Weerdmeester, 1998.

Grandjean (1998) alerta sobre os efeitos dos ruídos sobre as atividades que exigem pensamento e reflexão e conclui que: os ruídos prejudicam frequentemente trabalhos mentais complexos, bem como determinadas produções com grandes exigências na destreza e na análise das informações; o ruído pode dificultar o aprendizado de determinadas capacidades; altos níveis de ruído (acima de 90 dB (A)), ruídos descontínuos ou inesperados têm diminuído o desempenho mental em várias análises.

O mesmo autor afirma ainda que, em pesquisas realizadas, o ruído é percebido de forma subjetiva como desconfortável necessitando de um esforço maior para realizar tarefas que exijam concentração, ou consideradas como mais difíceis.

Em ambientes hospitalares, o som originado é resultado da comunicação entre as pessoas, pequenos sons de aparelhos de tratamento e sons externos. É importante verificar os níveis de ruídos, mantendo sempre no nível permitido, diminuindo o estresse dos profissionais

da área e permitindo o relaxamento dos pacientes. A redução dos ruídos pode ser conseguida com a utilização de um isolamento acústico para edificação ou barreira vegetal em torno das edificações hospitalares para que o som seja absorvido e filtrado.

3.2.1.3 - A Influência da Iluminação no Ambiente Físico

Planejar corretamente a iluminação e as cores contribui de forma positiva para o aumento da satisfação no trabalho, para a melhoria da produtividade, para a redução da fadiga e os acidentes de trabalho, segundo Iida (2005).

As quantidades necessárias de luz variam de acordo com as atividades desempenhadas. Dul e Weedmeester (1998) observam que para tarefas normais é necessária uma intensidade que varia de 200 a 800 lux. Para tarefas que não exigem uma percepção apurada de detalhes, 200 lux seriam suficientes.

A variação da intensidade luminosa ocorre em função dos diferentes tipos de contrastes e das percepções dos detalhes; as pessoas mais idosas e com deficiência visual também requerem mais luz. O uso de 800 a 3000 lux ocorre quando as exigências visuais são maiores, os trabalhos de inspeção podem exigir um foco de luz direto. Iida (2005) cita os sistemas de iluminação existentes:

- a) iluminação geral: é obtida através da colocação regular de luminárias em toda a área;
- b) iluminação localizada: concentra maior quantidade de iluminação sobre a tarefa. Consegue-se esta iluminação instalando-se luminárias próximas aos locais de trabalho;
- c) iluminação combinada: quando a iluminação geral é complementada com focos de luz localizados sobre a tarefa com uma intensidade de 3 a 10 vezes superior ao do ambiente geral.

As luminárias que fornecem a iluminação localizada devem ser posicionadas a 30 graus acima da linha da visão e atrás do trabalhador para eliminar o ofuscamento e o reflexo.

Em hospitais, a iluminação do ambiente tem influência psíquica na condição dos doentes. O trabalho a ser realizado pelos profissionais da área de saúde e as sensações de seus pacientes devem ser considerado no estabelecimento do tipo de iluminação adequada para o ambiente, ou seja, a utilização de luzes: natural e/ou artificial; diretas e indiretas;

incandescentes e fluorescentes. Sempre que possível, deve-se aproveitar às fontes naturais de iluminação no ambiente de trabalho, que estão relacionadas também com a possibilidade de se manter um contato com o ambiente externo, acompanhando as variações climáticas e o passar das horas, o sol é identificado pelo paciente como fonte de vida.

3.2.1.4 - A Influência das Cores no Ambiente Físico

A utilização adequada das cores no ambiente de trabalho pode contribuir de forma a criar harmonia no ambiente e diminuir a monotonia. A cor de acordo com Iida (2005) é uma sensação e associada com a sensação de luz e a forma dos objetos é um dos elementos mais importantes na transmissão de informações. As cores consideradas quentes, como: vermelho, amarelo e laranja são estimulantes. As cores como azul e verde, são consideradas cores frias e tranqüilizantes. A cor branca está relacionada com a sensação de paz e o preto com a sombra e luto.

Segundo Moraes e Pequini (2000), em todas as áreas onde existem riscos graves, devem-se usar apenas uma cor, ou fazer combinações que possibilitem identificar riscos específicos. Podem-se citar alguns códigos internacionais de cor, como por exemplo: vermelho – perigo, pane, proibido e fogo; amarelo – advertência, risco de falha, perigo de colisão e atenção; verde – salvamento, saída de segurança, equipamento de segurança e primeiros socorros.

Sendo assim, Grandjean (1998) diz que antes de se projetar o uso de um ambiente, é preciso conhecer a sua finalidade e quem serão seus ocupantes, para então escolher a sua coloração. O autor sugere que a consideração de fatores como monotonia, exigência de concentração e em casos de trabalhos rotineiros pode-se utilizar cores estimulantes em alguns pontos da sala como portas, colunas ou janelas.

Lacy (2002) estabelece algumas recomendações sobre o uso das cores em estabelecimentos de saúde:

- a) Hospitais e clínicas – a cor azul turquesa, que contém as cores verde e azul, é indicada, pois tem o efeito de acalmar o sistema nervoso e por exercer um efeito calmante sobre as emoções. Devem-se usar cores quentes como complementar;

- b) Área de Pediatria – o uso de muitas cores cria um ambiente alegre e agradável, na qual a criança sente segurança e proteção. A combinação de cores frias e quentes proporciona tranqüilidade e estimula a cura;
- c) Maternidades – a combinação de turquesa com amarelo claro e rosa claro acalma o sistema nervoso, a mente e as emoções, tornando o ambiente aconchegante e receptivo. Usar a cor rosa, que é associada ao amor, nas paredes do quarto, faz com que a mãe relaxe e fique descontraída por algum momento. Pintar o teto com a tonalidade de azul claro proporciona um efeito calmante tanto sobre a mãe, como na criança;
- d) Recepções – tonalidades claras de vermelho e laranja são recomendadas com a finalidade de proporcionar um ambiente aconchegante para relaxar as pessoas que necessitam de tratamento, acompanhantes e visitantes. O excesso de cor azul deve ser evitado, pois pode trazer medo para as pessoas;
- e) Salas de Espera – não é indicada a cor amarela por afetar a mente. Pessoas que muito tempo esperando sob influência dessa cor, podem ficar agitadas e tensas. Gerando, assim, situações de atrito entre pacientes e funcionários do estabelecimento.
- f) Móveis (cadeiras) – a cor azul escuro é indicada, pois dá força e objetividade, irradia energia curativa.
- g) Dormitório ou sala de descanso – deve usar cores quentes, utilizadas em suas tonalidades claras, ajudando o relaxamento de médicos e enfermeiros que têm uma longa jornada de trabalho.

O Quadro 5 resume as reações emocionais e mentais, reações e efeitos terapêuticos das cores.

Dessa forma conclui-se que, em ambientes destinados ao tratamento e promoção de saúde, deve-se sempre buscar equilibrar cores quentes e frias para evitar despertar emoções afetadas pelas cores quentes; e também, para evitar criar impressão tenebrosa pelo uso excessivo de cores frias, pois mesmo sendo tranqüilizantes e calmantes, as pessoas em ambiente de saúde precisam sentir-se emocionalmente cuidadas.

Quadro 5 – Quadro resumo das características, reações e efeitos terapêutico das cores

Cor	Característica Geral	Reações Emocionais	Reações Mentais	Efeito Terapêutico
Vermelho	Vivo	Quente Superestimulante	Ativação Perturbação	Eleva a pressão arterial, energiza, ativa as emoções e afeta o sistema muscular.
Laranja	Quente	Excitante Energizante	Criatividade Comunicação	Estimula a mente, a expressão e a liberação de emoções bloqueadas.
Amarelo	Luz do sol, energia, claridade	Ausência de limites Expansividade	Irradiação Prontidão Dominação	Estimula o sistema nervoso, o otimismo e a espiritualidade.
Verde	Natureza	Calma, esperança, felicidade	Receptividade Crescimento	Alivia as tensões, leva à paz e harmonia, equilibra o sistema nervoso.
Turquesa	Repousante	Tranqüilidade e relaxamento	Ampliação do espaço de liberação	Relacionamento com a vida. Relaxa, acalma e tranqüiliza.
Azul	Fria, ar, água e espaço	Calma, distanciamento repousante	Reflexão Introspecção	Reduz a pressão arterial, aumenta a consciência, acalma e cura a mente.
Violeta	Profundo	Devoção e respeito	Meditação Magia	Ajuda na depressão mental e emocional. Estimula a criatividade intuitiva.
Magenta	Majestoso	Elevação e inspiração	Consciência Espiritual Controle	Elevações espirituais, mentais e emocionais.
Branco	Claridade	Frieza e brilho	Limpeza Pureza	Pureza e tranqüilidade. Inexistência de força e forte sensação como
Preto	Escuridão	Medo e Depressão	Desconhecimento Indiferença	-
Cinza	Nublado	Nostalgia, tristeza, falta de amor próprio	Negatividade Indecisão	-

Fonte: Lacy (2002)

3.2.1.5 - A Influência do Conforto Térmico no Ambiente Físico

A temperatura e a umidade ambiental influem diretamente no desempenho do trabalho humano. O conforto térmico depende de fatores como temperatura externa, grau de umidade do ar e a velocidade do vento. (Iida, 2005). Pesquisa realizada numa mina de carvão mostra que o número de acidentes cresce depois de 20°C. A eficiência do trabalho a 28°C era cerca de 41% menor que a 19°C, tanto as pausas como os índices de acidentes cresceram (Bredford e Vernon apud Iida, 2005).

O conforto térmico varia de pessoa para pessoa e de acordo com o esforço físico realizado. Quanto maior o esforço físico efetivado, maior será a quantidade de calor gerado,

que deverá ser eliminado do organismo pelo suor e pela urina. Segundo Iida (2005), a zona de conforto térmico é delimitada entre as temperaturas efetivas de 20 a 24°C, com a umidade relativa do ar de 40 a 60%, com uma velocidade do ar moderada, da ordem de 0,2 m/s.

Quadro 6 - Temperaturas do ar recomendadas para vários tipos de esforços físicos

Tipo de Trabalho	Temperatura do ar (°C)
Trabalho intelectual sentado	18 a 24
Trabalho manual leve, sentado	16 a 22
Trabalho manual leve, em pé	15 a 21
Trabalho manual pesado, em pé	14 a 20
Trabalho pesado	13 a 19

Fonte: Dul e Weerdmeester, 1998

Dul e Weerdmeester (1995) em relação à umidade do ar afirmam que este não deve ser demasiadamente úmido (acima de 70%) e nem seco (abaixo de 30%), podendo levar a secar as mucosas dos olhos e a incêndios quando muito seco ou dificultando a evaporação do suor quando muito úmido.

É importante ressaltar para que, no caso de hospitais, objeto de estudo do presente trabalho, a temperatura deve ser controlada para evitar um ambiente muito frio, abaixo de 15°C, pois diminui a concentração e reduz a capacidade de pensar, tomar decisões, afetando, também, o controle muscular, reduzindo algumas habilidades motoras, diminuindo o desempenho geral dos funcionários.

3.3 – Programas Corporativos de Ergonomia

Hagg (2003) menciona que o interesse pelas questões ergonômicas vem aumentando devido ao surgimento de novas legislações, aumento de incidência de afastamento por Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), número maior de informações disponíveis, ressaltando a importância do tema, necessidade de ter uma boa imagem da empresa para a sociedade, dentre outros motivos.

De acordo com Munck-Ulfäslt (2003), existe um gama de programas ergonômicos em empresas mundiais, como por exemplo: Volvo carros, BCM Airdrie, Ford motores, Peugeot-Sochoux, Scottish & Newcastle. Alguns programas surgiram para melhorar a qualidade da produção, capacitando equipes de trabalho em ergonomia com o objetivo de desenvolver

novas estratégias de trabalho. Neste quadro encontra-se a Volvo que treinou mais de quatro mil funcionários em ergonomia.

Também, a BCM Airdrie, produtora de cosméticos na Europa, treinou seus engenheiros e representantes, contando com um ergonomista de dedicação exclusiva, que deve conduzir o programa de ergonomia com o objetivo de reduzir as doenças ocupacionais, dando treinamento e conscientização em ergonomia, solucionando problemas e melhorando a produtividade (Smyth, 2003).

A Ford Motores criou no final de 1989 um programa corporativo de ergonomia em todas as plantas, objetivando a redução dos índices de DORT. Neste programa foram criados comitês para analisar dados sobre afastamentos, fatores de riscos ou queixas reportadas ao serviço médico. Em 1996, surgiu o Processo Global de Ergonomia da Ford, como forma de troca de melhores práticas utilizadas, aumento de comunicação entre os comitês e inclusão de novos treinamentos (Joseph, 2003).

Os casos da Peugeot-Sochaux e da Scottish & Newcastle foram criados programas corporativos de ergonomia para melhorar o desenvolvimento de novos produtos e as condições de trabalho dos funcionários, reduzindo os gastos com afastamento por motivo de doença ocupacional (Cockell, 2005).

Hägg (2003) concluiu com a revisão bibliográfica realizada que, os programas ergonômicos são importantes para a qualidade dos serviços e para a saúde dos funcionários, porém é necessária a contratação de especialistas externos ou internos em ergonomia, além da participação dos trabalhadores.

O Brasil tem um número crescente de pesquisa sobre experiências corporativas em ergonomia. Fischer et al (2002) pesquisaram diferentes formas de implantação e funcionamento de comitês de ergonomia, obtendo a seguinte constatação que os comitês devem ter pessoas da alta administração para priorizar e implantar as sugestões ergonômicas propostas, caso contrario, se os funcionários tiverem pouca autonomia será complicado o andamento das soluções propostas.

Pereira e Vidal (2002, p. 3) enfatizam que a ergonomia deve “posicionar-se estrategicamente em espaços que podem “resignificar” o papel dos técnicos, dando maior respaldo às suas ações”. Sendo assim, é de extrema importância o entendimento da ergonomia por todos que fazem a gestão das organizações, entendendo o que ela pode favorecer na empresa.

Com base nos estudos apresentados, pôde-se observar que, os estudos ergonômicos nas empresas proporcionaram melhores condições de trabalho para seus funcionários, incluindo aumento do conforto, bem-estar, segurança e saúde dos trabalhadores. Em várias delas, aconteceu uma ampliação da produtividade e melhoria da qualidade dos produtos oferecidos, através de mudanças efetuadas no processo produtivo, melhorando o processo de comunicação e treinamento.

3.4 - A Ergonomia Organizacional Aplicada à Área Hospitalar

A aplicação dos princípios da ergonomia promove uma melhor interação do ser humano com suas atribuições laborais e com o ambiente onde trabalha, melhorando conseqüentemente a produtividade, reduzindo os custos laborais que se manifestam através de absenteísmo, rotatividade, conflitos e pela falta de interesse para o trabalho.

Cavassa apud Marziale e Robazzi (2000) afirmam que, os fatores ergonômicos são aqueles que incidem no comportamento trabalho-trabalhador. São eles: o desenho dos equipamentos, do posto de trabalho, a maneira que a atividade é executada, comunicação, o meio ambiente (grau de insalubridade, iluminação, temperatura etc.).

O papel da ergonomia hospitalar é adaptar o trabalho ao homem, diminuindo sua fadiga física e mental, minimizar o estresse gerado no profissional. Para Cardoso e Moraes (1999), a Ergonomia Hospitalar trata de melhorar condições de conforto e segurança de trabalhadores da saúde e de pacientes.

Conforme Mauro e Cupello (2001), nas últimas décadas, a visão da Ergonomia Hospitalar avançou bastante, sendo que a maioria dos estudos realizados tenta identificar estratégias ergonômicas em desenvolvimento, visando conciliar as cargas de trabalho a níveis aceitáveis, geralmente abordando assuntos como: o estresse e os problemas osteomusculares, os determinantes mais freqüentes dos problemas de saúde dos trabalhadores de Enfermagem Hospitalar.

O artigo sobre o trabalho de enfermagem e a ergonomia de Marziale e Robazzi (2000) relata os trabalhos científicos sobre a aplicação da Ergonomia como instrumento metodológico de apoio à melhoria das condições laborais dos trabalhadores de enfermagem em hospitais. No artigo, observa-se que a ergonomia hospitalar tem sido estudada sob vários aspectos:

- a) adaptação dos equipamentos usados no cuidado com a saúde ao trabalhador - Estry-Behar (1996);
- b) fadiga mental entre enfermeiras que atuavam em hospitais em esquemas de turnos alternantes – Marziale (1990);
- c) exigências cognitivas e psicológicas das atividades executadas pelo pessoal de enfermagem – Benedito (1994); Faria (1996); Benedito e Contijo (1996);
- d) problemas ergonômicos e posturais da prática do profissional de enfermagem - Zeiroune (1996); Rocha(1997); Marziale et al. (1991); Bernardina et al. (1995) e Marziale (1999); Alexandre et al (1991); Alexandre e Angerami (1993); Alexandre (1998);
- e) além de aspectos gerais, metodológicos e aplicações da ergonomia para melhoria das condições de trabalho - Erdmann e Benedito (1995); Silveira (1997); Marziale e Carvalho (1996); Matos (1994); Amarante (1999).

É importante destacar o estudo realizado por Marziale e Rozestraten (1995) sobre a influência negativa dos esquemas de turnos alternantes no trabalho de profissionais de saúde, em especial das enfermeiras, que a fadiga e a insatisfação com trabalho são provocados pela desorganização nos horários reservados à alimentação, sono e repouso, o relacionamento com a família e amigos, a realização de atividades sociais e de lazer.

Segundo Rutenfranz et al. (1989), o sono e o descanso adquirem importância especial para o trabalhador em turnos. A mudança forçada do horário de dormir pela alternância dos turnos diurnos e noturnos reduz o tempo de sono, pois dormir durante o dia é extremamente desfavorável devido a não adaptação dos ritmos biológicos e a inversão do trabalho noturno e repouso diurno. Isso faz com que a qualidade do sono não seja boa, fator importante para obtenção de descanso satisfatório.

Os artigos sobre ergonomia apontam alguns fatores que interferem nas condições de trabalho hospitalar ocasionando riscos à saúde física e mental dos seus funcionários, os principais são: turnos alternantes de trabalho, desenvolvimento rápido e contínuo da tecnologia médica, a grande variedade de procedimentos e exames realizados, o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido na área da saúde, a especialidade do trabalho, a hierarquização e a dificuldade de circulação de informação, o ritmo e o ambiente físico, o estresse e o contato com o paciente, a dor e a morte.

3.5 - Ergonomia organizacional e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem

O conceito de ergonomia organizacional diz respeito à adequação de trabalho, associada aos aspectos que envolvem planejamento e organização de um sistema específico, no caso a atividade de enfermagem. O conceito abrange ainda o entendimento do funcionamento da estrutura institucional, dos processos e das políticas correspondentes. Em suma: refere-se às dinâmicas de organização, gerenciamento, processos produtivos e otimização de sistemas sócio-técnicos (Villar, 2002).

Neste artigo, alguns aspectos da ergonomia organizacional serão mais enfatizados, tais como interação [inter e intra] equipes e o local onde atuam; hierarquia; turnos de trabalho; dupla ou tripla jornada de trabalho e suas influências no trabalho; lideranças; conforto ambiental; acidentes de trabalho e absenteísmo; produtividade e rentabilidade; qualidade de vida no trabalho; sistemas de informação e condições de trabalho.

O estudo realizado por Beck (2001), sobre as condições de trabalho dos enfermeiros, relata o sofrimento destes trabalhadores, causado pelo próprio processo de trabalho, associado à forma de organização social e de questões do cotidiano do trabalhador (que compartilha alegrias, esperanças e desesperanças referentes a sua vida pessoal e profissional). Nesse sentido, as pesquisas constataam que não se dá a devida importância e muito menos atenção a esse problema ocupacional.

De acordo com Gray-Toft & Anderson (1981), os enfermeiros costumam relatar maior estresse profissional do que as auxiliares e atendentes de enfermagem. No estudo realizado por Araújo e Menezes (2003), após uma análise da atividade dos profissionais de enfermagem, verificou-se que eles respondem pela gestão do trabalho em enfermagem e pela qualidade e produtividade, gerenciando e equacionando conflitos e insatisfações, assumindo papel de controladores e responsáveis pela manutenção do poder disciplinar. Além de se deparar com “os conflitos advindos de duas lógicas de funcionamento distintas: a lógica da cura e a lógica do cuidado. A enfermagem, regida pela lógica do cuidado, mantém-se subordinada à lógica da cura, exercida pelos médicos”. Em resumo: existe uma carga de trabalho oriunda do trabalho de assistência ao doente e de liderança da equipe.

O ambiente de trabalho é complexo. Existe o problema da relação de poder entre o corpo médico e a equipe de enfermagem, aspecto que gera tensões e conflitos.

Com o advento da qualidade e das certificações ISO 9000 foram estabelecidos indicadores de controle usados para acompanhar a execução das tarefas, não expressando aspectos de controle voltados para definições amplas da estrutura da organização, isto é, o procedimento verifica a atividade desenvolvida, mas não as condições em que ocorrem essas atividades.

Acrescente-se a isso o fato de que esses profissionais estão permanentemente sujeitos ao contágio biológico, devido ao contato inadequado com material cirúrgico. O lixo hospitalar é outro fator potencial de contaminação, dos mais graves, juntamente com os casos de pacientes portadores de doenças que transmitem microorganismos patógenos, infecções estafilocócicas resistentes a antibióticos, doenças infecciosas, meningite meningocócica, virose da infância, escabiose, AIDS, tuberculose e hepatite, para citar apenas as mais comuns.

Essa situação se agrava devido à possibilidade do ambiente, muitas vezes, deixar de apresentar as condições ideais de funcionamento: a alternância de calor, frio e ruído juntamente com o manuseio de produtos químicos como benzeno e seus derivados; detergentes, anestésicos locais, antibióticos, sulfas e vitaminas.

Nesse ambiente, são realizados exames e testes periódicos; e no momento do evento de exame do paciente há o perigo constante do profissional acidental-se com uma agulha já utilizada, vindo a contrair doenças graves como, por exemplo, a AIDS. Não são raros os casos de profissionais que realizam testes de HIV logo após acidentes de trabalho dessa natureza, apesar da utilização de equipamentos básicos de prevenção individual de acidentes como luvas, máscaras e tocas.

Os riscos de trabalhadores da área da saúde adquirir patógenos veiculados pelo sangue já está bem documentado, demonstrando que a AIDS e as hepatites dos tipos B e C, adquiridas de maneira ocupacional, são, hoje, um fato recorrente e fartamente documentado Canini et all (2002).

Do ponto de vista físico, os profissionais reclamam de problemas psicosociais e ergonômicos, e mais comumente de problemas de coluna e fadiga. Poucos, portanto, são os locais de trabalho em que os profissionais estão mais vulneráveis a tanto riscos como um hospital, justificando-se assim de forma urgente medidas concretas visando minimizar pelo menos os aspectos que apresentam maior risco para o profissional de enfermagem.

Especificamente, Mauro (1990) afirma que os trabalhadores de Enfermagem estão expostos a riscos decorrentes tanto de fatores ambientais, como de condições inadequadas de trabalho, com conseqüências graves para a saúde, a vida social e laboral destes indivíduos. O

quadro demonstra, portanto, uma correspondente redução da produtividade e a incidência sempre crescente de acidentes e de doenças oriundas do meio.

Marziale (2000) pesquisou a fadiga mental de enfermeiras que trabalharam em turnos alternados mediante indicadores subjetivos e objetivos, durante 15 dias. Foram analisadas as jornadas diurnas e noturnas (turnos da manhã, tarde e noite) de 12 enfermeiras das unidades de internação, clínicas médica, cirúrgica e ginecológica. Os resultados sugerem que a alternância irregular e superposição de turnos é extremamente prejudicial à saúde e à vida pessoal e familiar desses profissionais. As enfermeiras revelaram insatisfação pelo esquema do trabalho adotado e apresentavam visíveis sintomas de extrema fadiga física e mental.

Uma descrição detalhada dos fatores que interferem nas condições de trabalho hospitalar é encontrada no livro *Travailler à l'hospital* de Estryn-Behar & Poinignon (1989). As autoras mencionam o desenvolvimento rápido e contínuo da tecnologia médica, a grande variedade de procedimentos e exames realizados, o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido na área da saúde, a crescente especialidade do trabalho; mas também os problemas decorrentes da hierarquização e da dificuldade de circulação de informação, além do ritmo de trabalho e do seu próprio ambiente físico, gerador de estresse para o profissional. Mesmo entre enfermeiro e paciente ocorrem problemas decorrentes do clima do hospital. Além disso, há ainda a dor e a morte como elementos que afetam o trabalho, ocasionando riscos à saúde física e mental dos trabalhadores do hospital.

Uma pesquisa sobre absenteísmo no corpo de enfermagem de um hospital realizada por Costa et al. (2009) comprovou as seguintes hipóteses: que a causa principal de absenteísmo dos enfermeiros são problemas relacionados ao sistema ósteo-muscular e em segundo lugar problemas respiratórios. Também, ficou constatado que os funcionários com duplo ou triplice vínculo empregatício se afastam mais do trabalho. A maioria dos afastamentos ocorreu entre as funcionárias do sexo feminino, tal razão pode ser explicada pela maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho ser responsáveis pelos afazeres domésticos e cuidados aos filhos.

Outra hipótese constatada na pesquisa de Costa et al (2009) é que trabalhadores de nível fundamental e médio afastam-se mais do trabalho do que os de nível superior, pois os segundos têm uma responsabilidade maior de condução de equipes de enfermagem. “a incidência de faltas dos auxiliares e técnicos de enfermagem é seis vezes maior que o dos profissionais de nível superior”. A menor ausência de enfermeiros no trabalho “pode ser atribuída ao fato de que, sendo o profissional que responde pela equipe de enfermagem, a

responsabilidade do cargo pode determinar uma presença mais constante” (Costa et al, 2009, p.40).

Com a pesquisa bibliográfica realizada fica claro que, é extremamente difícil trabalhar motivado com as condições de trabalho dadas aos enfermeiros. É preciso melhorar reduzir o máximo o risco de acidentes de trabalho, preparar o profissional com capacitação sobre liderança, evitar turnos de trabalho exaustivos, pois reflete na qualidade do serviço prestado ao paciente.

Neste contexto, como explica Bulhões (1998), a ergonomia favorece na busca e análise de informações, organização do trabalho, recursos materiais e arquitetura compatíveis com os trabalhadores e com os objetivos das tarefas do pessoal de enfermagem. O ambiente de trabalho pode ser melhorado através de algumas ações, como por exemplo, disponibilização de serviços de terapias e promoção de atividades lúdicas, convênios com academias para dar oportunidades de relaxar a mente e o corpo desses profissionais da área de saúde.

3.6 - Análise Ergonômica do Trabalho – AET

Segundo a definição brasileira da ergonomia elaborada pela ABERGO, em 2000, nos anais da IEA, “a ergonomia objetiva modificar os sistemas de trabalho para adequar as atividades nele existentes às características, habilidades e limitações das pessoas com vistas ao seu desempenho eficiente, confortável e seguro” (Vidal, 2002, p.14).

Existem duas formas de intervenção para melhorar as condições de trabalho insatisfatórias, de uma parte focando a relação do homem com a máquina e a outra envolvendo o homem e a sua relação com a atividade de trabalho. Ambas as abordagens são complementares. A primeira identifica e intervém em problemas decorrentes da concepção do posto de trabalho e de seus dispositivos técnicos, máquinas e utensílios. Já a segunda está preocupada em analisar a atividade real do trabalho humano e contrapor-la com a prescrição. (Wisner, 1994).

As metodologias utilizadas por cada uma das abordagens são diferentes. Na linha do sistema homem-máquina, a ergonomia prioriza as questões antropométricas, à biomecânica, ao ambiente físico, a psicofisiologia e ao ritmo circadiano. Já, na análise da situação do trabalho são feitos estudos da atividade de trabalho, envolvendo as representações sociais das pessoas que executam as operações e das que planejam, a fim de transformar positivamente o

trabalho. Essa abordagem recebeu o nome de Análise Ergonômica do Trabalho - AET. (Wisner, 1994, Vidal, 1997 e Guérin et al, 2001).

O presente estudo utilizar-se-á da metodologia AET, visando permitir uma compreensão mais abrangente da situação de trabalho, buscando entender como o trabalho é efetivamente realizado, quais são os determinantes que fazem o trabalho ser executado da forma que ocorre e quais as repercussões na saúde dos que executam e no desempenho da qualidade e produtividade do processo.

Segundo (Cruz et al 2001, p.187):

Os fatores que influenciam as experiências com a carga de trabalho emergem da própria realização das tarefas: o que o sujeito sente com relação ao seu desempenho, quanto esforço foi colocado nessa tarefa, os sentimentos de estresse e frustração experimentados, dentre outros. Porém a carga de trabalho possui elementos de diferentes tarefas, podendo variar de acordo com cada exigência.

A Figura 14 mostra que a saúde do trabalhador é influenciada por vários fatores físicos, psicológicos e organizacionais relacionados à atividade de trabalho.

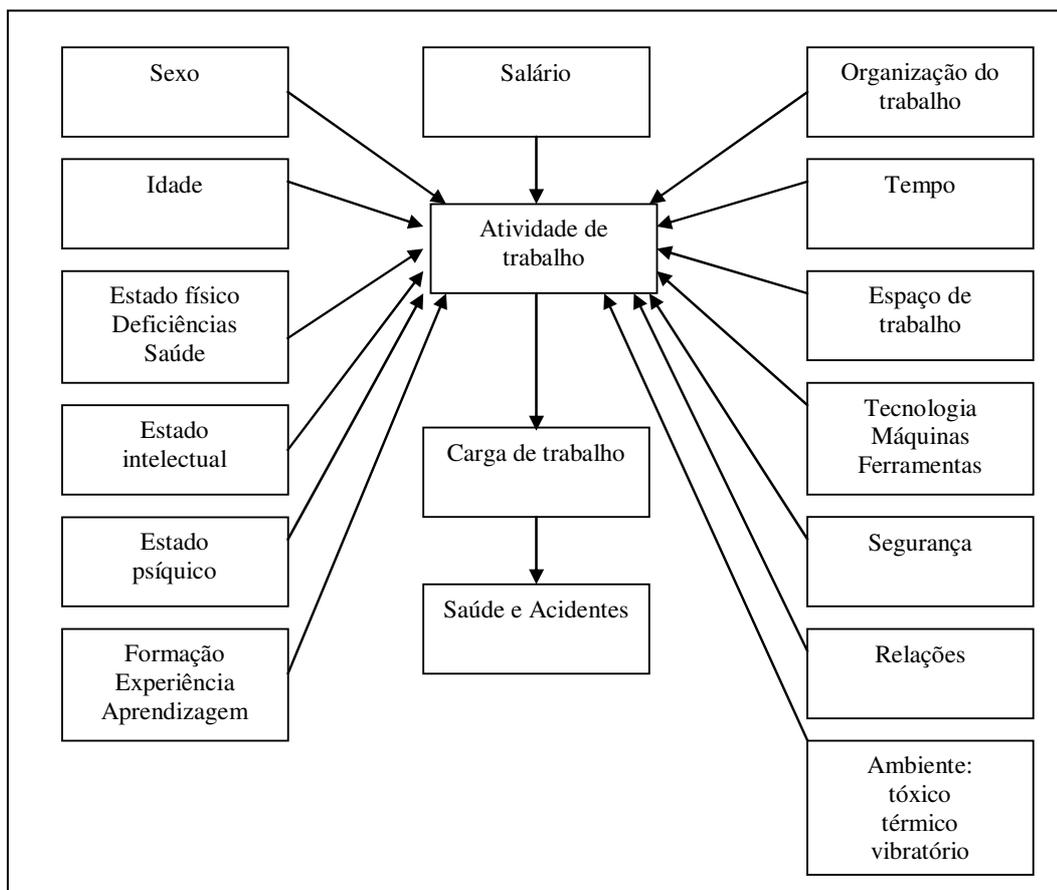


Figura 14 – Fatores que influenciam na carga de trabalho
 Fonte: Guerin, apud Martins, 1998.

A AET procura identificar os principais fatores na estrutura organizacional que interferem no trabalho, como: estrutura geral do sistema de produção, fluxo de produção, sistemas de controle, sistemas de comando e problemas críticos evidentes; definição e repartição das funções e tarefas de trabalho, decisão e implantação dos meios materiais e humanos. Nas condições ambientais estuda-se o espaço, o arranjo físico, o mobiliário, o ambiente térmico, o acústico, o luminoso entre outros.

Matos e Proença (2003) definem AET como um método de avaliação baseado na comparação entre as condições disponíveis para a realização do trabalho e a maneira como o trabalho é realmente realizado, possibilitando a observação do homem em atividade, isto é, de como o trabalho é realmente executado e quais os fatores que interferem (positiva ou negativamente) nesta situação.

Segundo Vasconcelos (2008, p. 412):

A Análise Ergonômica do Trabalho tem “dois pressupostos básicos, que são: a participação do trabalhador no processo da análise e o estudo de campo em situação real. A AET tem o estudo das atividades das pessoas como fonte principal de informações para o entendimento dos aspectos que compõem o trabalho.

De acordo com Fialho e Santos (1995, p. 12-14):

A Análise Ergonômica do Trabalho -AET – metodologia que analisa o trabalho e inclui as fases de: análise da demanda, análise da tarefa e análise das atividades, para se chegar a um diagnóstico e elaboração de recomendações que devem conduzir e orientar modificações para melhorar as condições de trabalho.

A Figura 15 apresenta um esquema metodológico da análise ergonômica do trabalho.

A metodologia da AET utiliza os seguintes procedimentos:

1º) Análise da demanda - permite entender os problemas apresentados e estabelecer um plano de mediação. Fialho e Santos (1995) argumentam que a demanda é o princípio de toda a análise ergonômica do trabalho e sua origem pode ter os mais variados atores sociais de uma empresa, que estejam relacionados a problemas ergonômicos que se expressam na situação de trabalho.

O objetivo principal da análise da demanda é a definição do problema a ser estudado. Martins (1998), ao comentar sobre a relevância da análise da demanda, explica que esta é de vital importância devido à forma em que se irão distinguir interesses envolvidos em jogo, tipo de respostas, resoluções e ou sugestões que se irá fornecer para solucionar tais problemas.

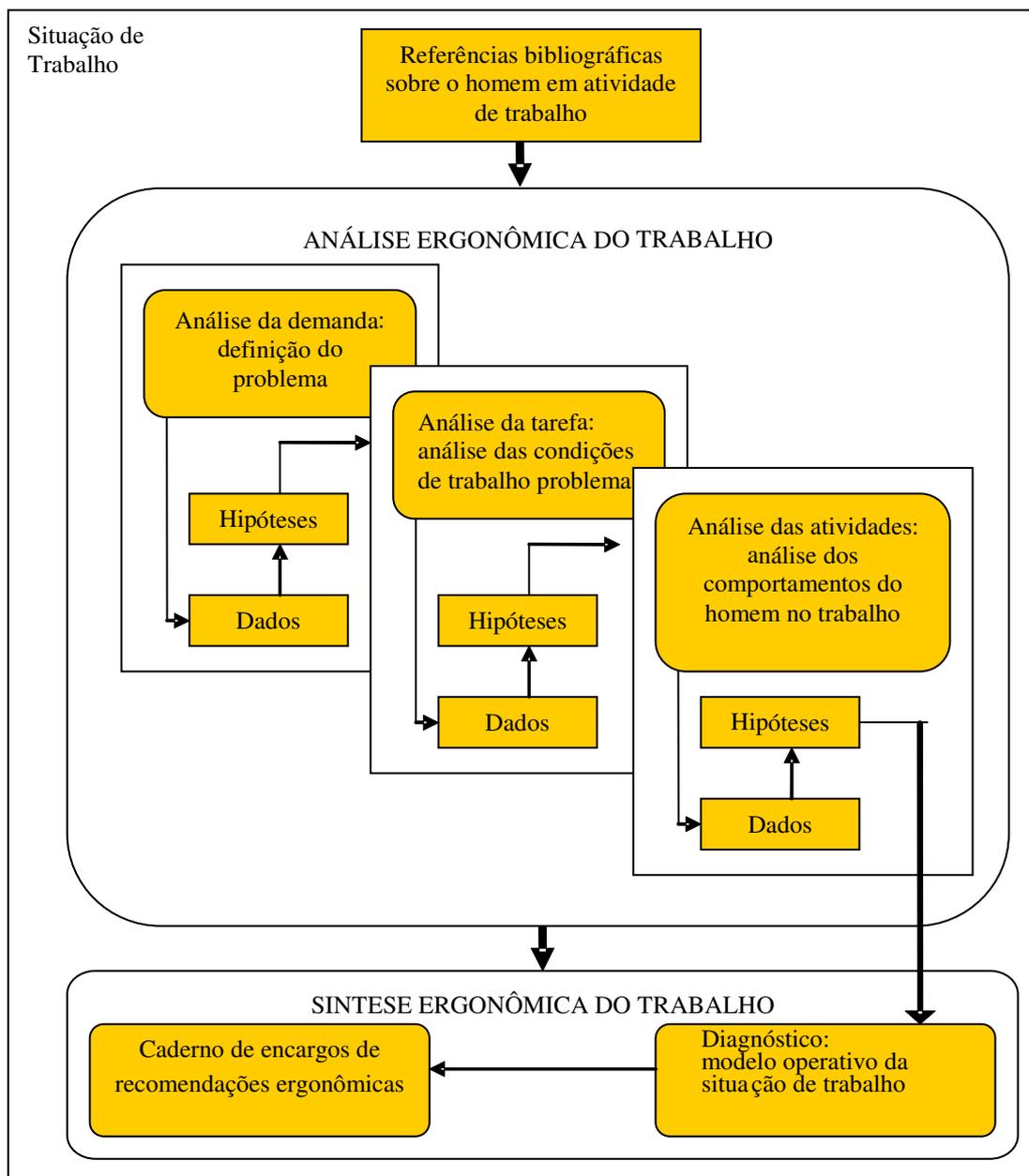


Figura 15 - Esquema Metodológico da Análise Ergonômica do Trabalho
 Fonte: Fialho e Santos (1995)

Laville (1977) define que a análise da demanda consiste primeiramente em estabelecer o grupo que pede ajuda ergonômica, conhecendo assim quais objetivos que estão definidos para poder "expressar esta demanda em termos ergonômicos" e esclarecer as finalidades do estudo.

2º) Análise da tarefa – Nesta etapa é definida a situação de trabalho a ser analisada. São estudados os resultados esperados com o trabalho: os métodos impostos ou prescritos e condição de trabalho oferecida, ou seja, máquinas, ferramentas, materiais, equipamentos,

documentos, informações, os colegas e o ambiente de trabalho como um todo. Após análise do trabalho, é realizada uma descrição dos diversos componentes do sistema e, por último, se faz uma avaliação ergonômica das exigências do trabalho.

Montmollin (1990, p.20-30) define tarefa como o que é apresentado ao trabalhador, as instruções e os objetivos para que este as realize. Para o autor, "tarefa em si opõe-se à atividade, processo complexo, original e em evolução, destinado a adaptar-se à tarefa, mas ao mesmo tempo a transformá-la". Desta forma, o autor considera que a "tarefa" é um conjunto constituído pela máquina, suas manifestações e reações, a forma exigida na situação de trabalho e os procedimentos prescritos, envolvidos pelos conhecimentos necessários.

O Quadro 7 apresenta os elementos para uma descrição da tarefa.

Para tanto, a partir dos problemas postos em evidência por ocasião da análise da demanda, cada situação de trabalho é analisada segundo um roteiro, onde os sinais subjetivos provocados pelas exigências do trabalho são sentidos pelos operadores. A fadiga subjetiva, entre outros problemas, pode ser conhecida através de investigações e entrevistas com os interessados.

Quadro 7 - Elementos para uma descrição da tarefa.

Elementos para uma descrição da Tarefa	
Objetivos	Performances exigidas, resultados designados, normas de produção que determinam certa obrigação de resultados que o operador reconhece como contra partida de sua remuneração.
Procedimentos	Maneiras com as quais o operador deve atingir os objetivos.
Meios técnicos	Máquinas, ferramentas, meios de proteção, meios de informação e de comunicação.
Meios humanos	Organização coletiva de trabalho, repartição das tarefas, relações hierárquicas.
Meio ambiente físico	Ambientes sonoros, térmicos, luminosos, vibratórios, tóxicos, concepção antropométrica do posto de trabalho.
Condições temporais	Duração, horários e ritmo de trabalho; cadências; pausas, flutuações da produção no tempo.
Condições sociais	Formação e/ou experiência profissional exigidas, qualificação reconhecida, possibilidade de promoção, plano de carreira.

Fonte: adaptado de Noulin (1992)

3º) Análise da atividade – Fialho e Santos (1995) define análise da atividade como análise do comportamento frente à situação de trabalho, levando em conta os recursos que são disponíveis aos trabalhadores. Este comportamento frente ao trabalho envolve: postura, gestos, comunicações, raciocínio, estratégias utilizadas. Em resumo, tudo o que pode ser observado e apreendido das condutas dos trabalhadores.

Os dados nesta fase coletados, segundo o autor, podem ser confrontados com os das fases anteriores, comprovando as hipóteses, levantando ou formulando outras a fim de estabelecer um pré-diagnóstico do trabalho analisado.

Segundo Guérin (1992) a atividade correspondente à maneira pela qual o homem dispõe de seu corpo (seu sistema nervoso, órgãos sensoriais etc.), sua personalidade (seu caráter, sua história) e suas competências (formação, aprendizagem, experiência) para realizar um trabalho. Também apresenta os aspectos físicos, sensoriais, mentais e relacionais à atividade do trabalho:

Componentes físicos: atividade muscular estática e dinâmica, forças exercidas.

Componentes sensoriais: correspondem à utilização dos órgãos visuais, auditivos, tácteis, olfativos, que recolhem as diversas informações e as transmitem ao sistema nervoso central.

Componentes mentais: correspondem às atividades ou processos (estes, não diretamente observáveis) de tomada e processamento de informações e que envolvem a identificação, análise e interpretação dos dados ambientais, das tarefas, de problemas na situação de trabalho e dos resultados da própria ação, pelo operador.

Componentes relacionais: essenciais para a realização do trabalho, embora a organização formal do trabalho tenda a prescrever as tarefas como independentes entre si, minimizando ou desconhecendo a utilidade das relações sociais de trabalho.

Guérin et al, apud Mendes (2003), resumem atividade de trabalho como um recurso, uma "estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto de prescrição". Para estes autores, existe uma distância entre o prescrito e o real e esta contradição manifesta-se no ato de trabalho. A Figura 16 – Modelo Integrador da Atividade de Trabalho ilustra a análise ergonômica da atividade, o trabalho realizado, num dado momento e sob condições específicas.

Wisner (1994) destaca a análise da atividade em três objetivos: Uma descrição minuciosa das atividades humanas no trabalho; indicação das inter-relações envolvidas nesta

atividade; uma descrição completa do trabalho em si. Para esse autor, uma observação detalhada dos comportamentos no trabalho levará a uma análise realista.

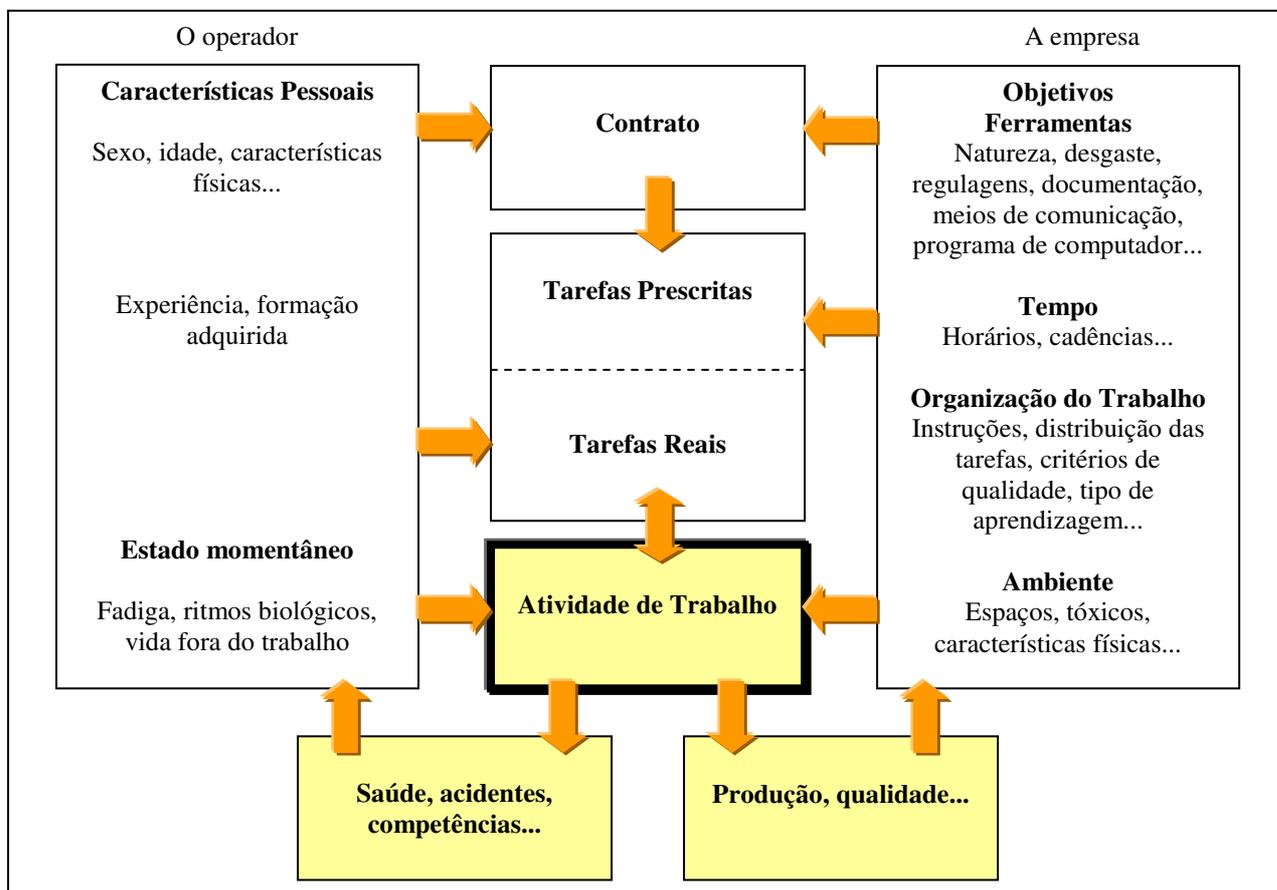


Figura 16 – Modelo Integrador da Atividade de Trabalho
 Fonte: Guérin et al. (2001, p. 26)

Montmollin (1990) considera a atividade como o modo em que o sujeito encontra para realizar as ordens prescritas. Deste modo é possível compreender a atividade como uma forma que o trabalhador encontra para realizar seu trabalho, esta forma é elaborada através de estratégias adotadas pelos trabalhadores para atingir o resultado final desejado (objetivo).

Assim, a análise da atividade real de trabalho tem como objetivo compreender os determinantes envolvidos em uma situação de trabalho. É através desta análise que o ergonomista busca apreender ou encontrar os componentes físicos, psíquicos e cognitivos envolvidos na carga de trabalho e a repercussão destes na saúde do trabalhador.

4º) Síntese Ergonômica do Trabalho – A síntese da análise ergonômica do trabalho é dividida em duas fases: o estabelecimento do diagnóstico da situação de trabalho; e, a elaboração do caderno de encargos de recomendações ergonômicas.

O diagnóstico é, do ponto de vista metodológico, como uma síntese da análise ergonômica do trabalho. O diagnóstico de um posto de trabalho consiste em correlacionar as condicionantes ambientais e técnico-organizacionais deste posto, com as determinantes manifestadas, pelo trabalhador (Santos e Fialho, 1997, p. 243-255).

O diagnóstico ergonômico propõe um novo ponto de vista sobre as dificuldades que estavam incontornáveis. Outros pontos de vista são possíveis e necessários, mas desta etapa em diante eles devem buscar aquela que propôs a ergonomia, para elaborar as soluções nos problemas encontrados (Guérin et al, 1991, p. 209-210).

Já, o caderno de encargos baseia-se nas especificações coletadas e consideradas na análise ergonômica do trabalho, visando à transformação da situação de trabalho. Este caderno agrupa, de maneira condensada, as diversas especificações sobre a situação futura, tanto ambiental como organizacional (Santos e Fialho, 1997, p. 257).

3.7 – Conclusão do Capítulo

Neste capítulo, primeiramente foram apresentadas as características da produção de serviços, atividade principal da sociedade pós-industrial. Pôde-se observar que, neste tipo de sociedade o recurso principal é a informação e é destacada a figura de homem. Foi visto que o setor de serviços ocupa posição de destaque em todos os países desenvolvidos e diferenciou-se a produção de bens da produção de serviços. Ainda, definindo três estratégias competitivas genéricas: liderança global em custos, diferenciação e focalização, aplicando-as à área de serviços.

Depois se abordou temas sobre qualidade em prestação de serviços, enfatizando o processo em que se dá a prestação serviços e as suas formas de avaliação por parte do cliente. Foram relatadas algumas falhas ocorridas na qualidade em serviços. Além de alguns tópicos de objetivos de desempenho e critérios de avaliação em serviços.

Foi visto que, o serviço na área hospitalar é marcado pela padronização do trabalho, cultura de urgência, avanços tecnológicos e exposição a vários tipos de riscos à saúde do profissional. Assim, também, foram focados conceitos, indicadores, dimensões e atributos da

qualidade na área de saúde, incluindo cuidados e métodos para medir a qualidade na área hospitalar, além do fator humano na prestação de serviço.

Concluindo que, é o recrutamento, a seleção e o treinamento de profissionais para esta área são fatores importantes, sendo utilizados treinamentos de socialização nas empresas e acompanhamento constante do desempenho. Para ajudar e aumentar a eficiência deve-se padronizar os procedimentos e estipular metas setoriais e individuais e aspectos relativos à disciplina. Foi ressaltada a importância da aplicação da disciplina positiva na área hospitalar.

Um dos pontos relevantes do trabalho foi a abordagem das teorias motivacionais, descritas nove teorias e constatado que, não existe uma teoria suficiente para explicar a complexidade da motivação humana e que, em hospitais, existe uma dificuldade com relação a estímulos motivacionais, já que a ênfase é forte na autoridade, especialização, rígida supervisão e divisão do trabalho.

Por fim, na área reservada para ergonomia, enfatizou-se o papel da ergonomia hospitalar de adaptar o trabalho ao homem, diminuir sua carga física e mental, além de minimizar o estresse gerado no profissional.

Relataram-se vários artigos e os pontos principais que interferem na qualidade de vida dos profissionais da área de saúde, tais como: os turnos alternantes de trabalho; desenvolvimento rápido e contínuo da tecnologia médica; a grande variedade de procedimentos e exames realizados; o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido na área da saúde; a especialidade do trabalho; a hierarquização e a dificuldade de circulação de informação; o ambiente físico; o contato com o paciente, a dor e a morte.

Desta forma, ficou claro que, é difícil trabalhar motivado com as condições de trabalho dadas aos enfermeiros. É preciso melhorar reduzir o máximo o risco de acidentes de trabalho, preparar o profissional com capacitação sobre liderança, evitar turnos de trabalho exaustivos, pois estes refletem na qualidade do serviço prestado ao paciente. Para uma maior compreensão da situação de trabalho dos profissionais de enfermagem, foi sugerida a utilização da técnica AET – Análise Ergonômica do Trabalho.

No capítulo seguinte, será apresentado o resultado de um levantamento bibliográfico sobre a aplicação da AET em diversas áreas, descrevendo que setores já utilizaram e para que profissionais, como foi o processo de aplicação e que resultados foram alcançados. Indicando, também, a possibilidade de adotar a AET na área hospitalar.

Quarto Capítulo

***APLICAÇÕES DA ANÁLISE
ERGONÔMICA DO TRABALHO***

A necessidade é a mãe da invenção. (Platão)

4 - APLICAÇÕES DA ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO

Este capítulo apresenta dados de um levantamento bibliográfico realizado sobre a aplicação da AET. Foram encontrados trinta casos de aplicação da metodologia ergonômica em diversos setores, dentre eles: setor de obras de arte especiais da construção civil (construção de túnel de metrô); produção agrícola familiar (produção de leite); no processo de educação à distância; em marcenarias; setor de teleatendimento; reciclagem de lâmpadas; produção artesanal de carvão vegetal; indústria vidreira, perfuração de petróleo; serviços jurídicos; instituições militares e panificadoras.

Com relação à área de saúde, já foram desenvolvidas algumas pesquisas com a aplicação da Análise Ergonômica do Trabalho com os seguintes focos: relacionados a aspectos materiais e de quantitativo de recursos humanos do corpo de enfermagem; análise da qualidade do serviço de Raio-X; análise do sistema de informações gerenciais utilizados em unidades de saúde; estudo do trabalho de copeiras; concepção de centrais de esterilização de instrumentos odontológicos, dentre outros.

A partir deste momento, serão relatados cinco estudos de caso da implantação da AET em cinco setores, objetivando analisar a demanda inicial, os problemas de saúde associados ao trabalho, os fatores administrativos e de produção, as recomendações ergonômicas feitas, resultados alcançados e problemas com a implantação. O objetivo de relatar os casos mencionados é estudar a validade do instrumento escolhido, como forma de levantamento de dados e análise das condições de trabalho dos enfermeiros para elaboração da proposta motivacional.

4.1 – Central de Teleatendimento

Vilela e Assunção (2004) escreveram um artigo com o objetivo de descrever os componentes e mecanismos de controle da atividade de trabalho em uma central de teleatendimento, seus determinantes, as queixas espontâneas e os problemas de saúde associados. É importante ressaltar, que o Sindicato da categoria, considera a atividade de

teleatendimento como cansativa, gerando esgotamento mental, tristeza e sentimentos de impotência face às exigências da organização do trabalho.

Vilela e Assunção (2004, p. 1070) deixam claro em seu artigo, que:

As formas de organização do trabalho estabelecem uma íntima relação com o indivíduo. Se essa organização afasta o trabalhador do poder de decisão, prejudica ou impede que ele desenvolva estratégias para adaptar o trabalho à sua realidade, são gerados sentimentos de insatisfação e inutilidade, interferindo com a motivação e desejos, reduzindo o desempenho do indivíduo.

É destacado que, como consequência da falta de participação e do sentimento de frustração, os empregados permanecem, após a jornada de trabalho, ansiosos, irritados e muitas vezes deprimidos. Outra pesquisa citada no mesmo artigo mostra a presença de problemas mentais tipo psicose, neurose e alcoolismo entre esses profissionais.

A análise ergonômica do trabalho foi utilizada na aquisição de conhecimento sobre o funcionamento e as situações de trabalho, tornando possível compreender os seus determinantes. Como resultado, permitiu repensar e remodelar as situações de trabalho, de acordo com as exigências dos postos e as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores.

Para aplicar o estudo de caso foi selecionada uma empresa objeto de um inquérito civil público a partir da representação do Sindicato que denunciava o adoecimento associado ao trabalho. A empresa estudada contava com 2.285 funcionários, predominantemente mulheres, atendendo a setenta milhões de ligações ao mês, dispondo de mais de seis mil pontos de atendimento e doze mil funcionários no país.

Na aplicação da AET foi estudado o funcionamento da empresa, o quadro de funcionários e as principais funções desempenhadas, bem como os métodos de gestão de pessoal. Documentos internos da empresa foram consultados a fim de conhecer e descrever os mecanismos de controle da qualidade e da quantidade de trabalho dos teleatendentes.

Em outra etapa, observou-se a realização das tarefas visando a entender o conteúdo e a natureza das ligações com aplicações de entrevistas. “Na medida do possível, sem interferir no andamento do trabalho, entrevistaram-se os teleatendentes em tempo real”. Um plano de observação sistemática foi elaborado, analisando o tempo de atendimento, a natureza da ligação, o tipo e adequação da demanda do usuário, número de telas consultadas por atendimento e tipo de informação fornecida.

As autoras relataram os seguintes resultados: existiam muitas críticas dos atendentes sobre as imposições afetivas para lidar com o público que a organização estabelece,

acumulando energia negativa sem poder extravasar as emoções sentidas; dificuldade de contornar situações difíceis, devido a padrões rígidos de controle de tempo e da qualidade do trabalho, incluindo os scripts e fluxogramas de atendimento.

Os mecanismos de controle no trabalho relacionados foram controle do tempo, do conteúdo, do comportamento, do volume de serviços realizados e dos resultados obtidos pelo teleatendente. O controle da atividade é realizado através de formulário, registros eletrônicos, que exibem sinais luminosos anunciando que o tempo está se esgotando, além da monitoria feita por gravações dos atendimentos. Uma vez por mês, são emitidas fichas que avaliam a qualidade do atendimento de acordo com os parâmetros da empresa: autodesenvolvimento, aspectos disciplinares e produtividade.

Foi visto no estudo de caso aplicado que, as demandas são variadas e as condições materiais de trabalho inadequadas (ruído, mobiliário, espaço físico) dificultando a manutenção da saúde dos trabalhadores. Um dos problemas mais enfatizados pelos teleatendentes é a utilização de roteiros e fluxogramas de atendimento, porém a administração explica a importância de homogeneizar os atendimentos. A disciplina é controlada através de pontuação inserida no processo de avaliação de desempenho. São incluídos critérios, como: qualidade no atendimento, postura no tratamento ao cliente, assiduidade, pontualidade, tempo logado, tempo de pausa, volume de trabalho e movimentação do funcionário, que deve permanecer sentado.

São realizadas campanhas motivacionais para estimular a produtividade, contemplando o atendente com brindes ou folgas e há estímulo à competitividade entre colegas.

Fica claro com a pesquisa desenvolvida que, a empresa depende do esforço mental dos teleatendentes para garantir a satisfação dos clientes. Por outro lado, a empresa vive uma contradição com as exigências da rapidez e da qualidade de atendimento. Para manter um atendimento padrão fixa normas rígidas, mas desconsidera vários fatores, principalmente o humano não havendo garantia de oferta adequada de condições de trabalho. Desta forma, existe um sofrimento mental dos trabalhadores, tudo isso exige um grande esforço afetivo e cognitivo.

A aplicação da metodologia da análise ergonômica do trabalho permitiu formular algumas recomendações melhorando as condições de trabalhos dos teleatendentes, como se relaciona: aumento da autonomia durante o atendimento; planejamento do programa de formação, incluindo elementos para lidar com situações de conflito; revisão de critérios de qualidade inserindo a capacidade de resolver problemas em detrimento de avaliações

fortemente monitoradas; eliminação do Tempo Médio de Atendimento - TMA e garantia de pausas para descanso em intervalos de tempo definidos de acordo com a jornada.

4.2 – Empresa Coletora de Lixo Domiciliar

A análise ergonômica do trabalho – AET foi utilizada na pesquisa de Vasconcelos (2008) para estudar o trabalho dos garis com a finalidade de constatar a complexidade do trabalho realizado por eles, que inclui uso de estratégias para gerir eventos imprevisíveis, como as condições ambientais, trânsito urbano, quebra de equipamentos e relação com a população, além de ter que trabalhar com as normas institucionais e com alguns objetivos conflitantes entre qualidade, tempo, segurança e economia de uso do corpo.

Para o bom desenvolvimento de seu trabalho é necessário o desenvolvimento de algumas competências específicas, estratégias de regulação e tomadas de decisão.

A revisão da literatura e aplicação da AET ajudou a revelar alguns elementos de complexidade no trabalho dos garis. A pesquisa foi focada na categoria de garis responsável pela coleta domiciliar, um trabalho fisicamente pesado e bastante complexo, que “trabalha em média 5 horas por dia, de segunda a sábado, percorrendo rotas que variam de 10 a 14 quilômetros de extensão” Vasconcelos (2008, p. 408).

A ergonomia ajudou no conhecimento sobre a situação de trabalho e na melhoria da saúde dos trabalhadores. Na metodologia AET foram utilizadas várias técnicas, como: coleta de dados em documentos para constituir e analisar a demanda (situação problema) e descrever o trabalho realizado; entrevistas não estruturadas com diferentes atores da empresa, com a finalidade de, também, descrever o trabalho e saber a influência dos diversos atores sobre o trabalho dos garis.

Também, foi desenvolvido um relatório cinesiológico e biomecânico (análise de desconforto e dores osteomusculares) e técnica de verbalizações simultâneas ao trabalho, entrevistas realizadas “enquanto caminhavam, realizando a estratégia de “redução”, que consiste em formar montes de lixo em determinados locais de cada quarteirão” Vasconcelos (2008, p. 412). Já, para as entrevistas de autoconfrontação foram utilizados relatórios escritos, filmes e fotos.

Com base na pesquisa realizada evidenciaram-se elementos que caracterizam o trabalho de coleta de lixo domiciliar como complexo e permitiu saber como os garis gerenciam a

complexidade em seu cotidiano relacionada a vários fatores, como: próprio lixo; trânsito de pessoas e veículos; catação; atrasos na colocação do lixo, dentre outros.

Ficou claro, também, no trabalho de Vasconcelos (2008, p. 417) que:

O gari é responsável por sua segurança e pela segurança dos colegas, além de ser ele quem precisa tomar decisão individualmente e em equipe, e acompanhar o ritmo dos colegas e do caminhão. Tomando a equipe como um sistema sócio-organizacional, neste trabalho coletivo, a coesão do grupo é um fator de complexidade fundamental.

É importante ressaltar que, o caso relata o uso da ergonomia como forma de pesquisar e analisar o trabalho e suas condições, reconhecendo e evidenciando a gestão da complexidade por parte dos garis. Fica claro no trabalho de Vasconcelos (2008), que os garis deveriam participar na definição de estratégias facilitando a coleta de lixo com qualidade, reduzindo os custos com quilometragem rodada e manutenção dos equipamentos. Desta forma, eles poderiam administrar os riscos à saúde, carga de trabalho e objetivos pessoais, buscando a manutenção de sua saúde física e mental através de formas econômicas de trabalhar diminuindo a fadiga, evitando lesões e acidentes.

4.3 - Reciclagem artesanal de lâmpadas fluorescentes

A Análise Ergonômica do Trabalho (AET) foi utilizada para realizar um diagnóstico da reciclagem de lâmpadas fluorescentes, o que tem acontecido dentro de processos de economia informal. O processo de reciclagem tem dois grandes problemas: a contaminação dos trabalhadores e o descarte de resíduos com alta concentração de mercúrio diretamente no meio ambiente. A proposta era uma gestão integrada de Saúde, Meio Ambiente e Segurança Ocupacional (SMS) e de impacto ambiental, buscando inovações tecnológicas (Pereira et al., 2005).

O autor utilizou a metodologia AET para obter os resultados analíticos sobre a descrição do processo, seus pontos críticos e desconformidades e tratar as oportunidades de melhorias e propondo soluções. Incluindo, ainda, a técnica de Matriz de Inclusão para mapeamento, classificação e determinação de problemas e soluções localizadas; a Modelagem Macroergonômica da Organização de Sistemas de Trabalho e do Setor; e método de projeto ergonômico no tocante a definição de soluções no espaço de trabalho. Com relação ao impacto ambiental, foi adotada uma abordagem para tratar conjuntamente do meio ambiente de trabalho (higiene industrial), e do meio ambiente externo (gestão ambiental).

Pereira et al.(2005) relatam muitos resultados positivos com a aplicação da metodologia utilizada. Com um devido tratamento (câmara de descontaminação, onde entra a lâmpada e sai um tubo de vidro lavado e descontaminado), houve um isolamento do mercúrio do ambiente e redução do contato com o trabalhador; a ventilação no ambiente de trabalho foi melhorada. Foi implantado um sistema de exaustão do vapor de mercúrio e dos particulados sólidos em suspensão no ar com um posterior tratamento e uma disposição final apropriada. Com isto, elimina-se a dissipação dos particulados pelo ambiente e evitam-se doenças como a silicose, que ataca o sistema respiratório e a contaminação por mercúrio metálico.

Quanto aos resíduos e efluente de mercúrio, foi utilizado um sistema de tratamento do efluente com a recirculação da água para o seu próprio reaproveitamento. Por outro lado, a polpa gerada é reciclável tanto na fabricação de novas lâmpadas, quanto na obtenção de mercúrio metálico. Também, foi proposta a implantação de sistema de exaustão para retirada do ar quente, amenizando o calor na área de trabalho e bujões foram retirados para um local fora da área de produção.

A revisão de equipamentos e mobiliários foi proposta com a análise ergonômica. E para maior segurança dos trabalhadores foram inseridos alguns equipamentos e filtros de sucção para sólidos e gás dos resíduos de mercúrio. Na fase de montagem, foram inseridos módulos para aumentar a precisão, o conforto e a produtividade da operação. Sugeridas novas cadeiras permitindo melhores condições de trabalho, segurança e qualidade dos resultados para os operadores. Na área de embalagem e despacho foram inseridos uma mesa e um elevador. Além de fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual, como também, treinamento e conscientização dos riscos envolvidos nas atividades de trabalho específicas.

Ainda, mediante a análise ergonômica do trabalho foi proposta uma nova organização do trabalho, uma reorganização do processo produtivo, reduzindo trajetos e movimentos desnecessários dos ajudantes entre as fases do processo, com efeitos na segurança, qualidade de vida (dos trabalhadores e na área residencial) e na produtividade. Ocorreu, também, uma revisão do layout e métodos de trabalho, invertendo a ordem do fluxo, dentre outras mudanças na parte elétrica, incluindo a projetos de iluminação, de gás e de ar comprimido.

4. 4 – Produção de Detergente em Pó

Cockell (2005) relata um estudo de caso realizado em uma empresa que produz sabão em pó que teve como objetivo analisar uma intervenção ergonômica e compreender a forma de implantação e os resultados obtidos em benefício apenas da produção na atividade do vencedor, com a finalidade de reduzir o número de afastamento por problemas músculo-esqueléticos.

O estudo de caso foi realizado numa multinacional com 14 unidades de produção no Brasil e quase 15.000 funcionários. A empresa tem atuado em três divisões: divisão de produtos de higiene e beleza; divisão de produtos alimentícios e divisão de sorvetes.

A empresa estudada por Cockell (2005) iniciou em 1997 ações que influenciam as condições de trabalho. Neste ano, foi implantada a ginástica laboral com o objetivo de reduzir os casos de afastamento por patologias relacionadas ao sistema músculo-esquelético. É enfatizada que as ações de ergonomia eram coordenadas pelo serviço médico e limitava-se a intervenções pontuais. No ano de 1998 a Empresa solicitou uma consultoria externa em ergonomia com a finalidade de reduzir os gastos com despesas médicas e melhorar as condições de trabalho. O trabalho externo durou nove meses deixando um relatório com recomendações ergonômicas, algumas modificações simples e baratas foram imediatamente implantadas, mas faltava uma estrutura interna habilitada.

Continuando com os dados históricos da ergonomia na empresa, no segundo semestre de 2000, surgiu o comitê interno de ergonomia formado por um enfermeiro do trabalho, um estagiário de fisioterapia, um funcionário de cada mini-fábrica, coordenadores dos setores de processo-pós e embalagem, um engenheiro projetista e um técnico de segurança do trabalho. O comitê dispunha de dados coletivos de saúde, como: absenteísmo, procura de serviço de saúde, além de outros.

O setor de embalagem apresentava os maiores índices de absenteísmo, 60% dos trabalhadores, desta forma, no final do ano 2000, o comitê interno de ergonomia iniciou uma análise ergonômica do trabalho das atividades dessa mini-fábrica, escolhendo o cargo do vencedor para ser pesquisado. Foi feito um levantamento e as principais causas de afastamento eram: patologias associadas ao sistema músculo-esquelético (46%), ao sistema respiratório (25%) e ao sistema gastro-intestinal (13%) e aos demais sistemas (16%).

Após a análise do setor de saúde, o comitê fez uma análise da demanda, hierarquizando os principais problemas, eles identificaram que as queixas dos funcionários estavam relacionadas à atividade do vincador e ao ritmo de trabalho do setor. Foram identificadas as atividades que geravam mais desconforto sob o ponto de vista do trabalhador. Cada trabalhador teve que descrever diariamente o desconforto físico percebido no início, meio e fim da jornada. Com o levantamento constatou-se que, o desconforto maior era na região das costas, posturas assimétricas adotadas e intensidade do ritmo de trabalho.

Já com relação à segunda etapa, a análise da atividade do vincador, foi visto uma diferença de atividades realizadas e as descritas para o cargo, além de ajudar em outros setores, outro fator identificado foi a falta de manutenção e limpeza inadequada de equipamentos ocasionavam uma redução da produção posteriormente.

Após o diagnóstico, algumas propostas foram elaboradas: definida a velocidade de produção padrão; concordância entre a equipe de trabalhadores da velocidade ideal da máquina; o tempo de parada do setor de embalagem deveria ser programado; instalações de mesas elevatórias para pallet na estação de trabalho do vincador em todas as linhas de embalagens; melhoria na programação de entrega dos pallets.

No processo de implantação sugeriram vários conflitos, houve a definição da redução de 10% da produção; elaborou-se um novo cronograma de entregas com a ajuda dos vincadores e técnicos de movimentação, o tempo de parada foi modificado, porém por motivo de investimento alto as mesas elevatórias para pallets só foram implantadas nove meses depois. As modificações realizadas permitiram maior tempo de repouso para recuperação da musculatura dos vincadores envolvidos na ação, adquirindo, também, maiores margens de manobras para lidarem com os imprevistos da produção.

Após o período de testes, foi constatada que o caso de lombalgia entre os operadores foram minimizados, reduzindo de 67% de afastamentos em agosto de 2000 para 16% em dezembro de 2001. Porém, passados cinco meses, a incidência de casos de afastamentos relacionados ao sistema gastrointestinal e problemas psicológicos aumentou significativamente. Exigindo novo estudo ergonômico, através de entrevistas não estruturadas com o grupo durante a jornada de trabalho.

Na análise da demanda observou-se que, a empresa estava passando por uma série de modificações que corroboraram com a transformação do contrato social, inclusive com a implantação de práticas de produção enxuta, determinando novas formas de controle e gerenciamento da produção, com isso as perdas passaram a ser repreendidas pela empresa.

Segundo operadores, a empresa começou a demandar mais atividades administrativas. O processo de reestruturação trouxe conseqüências imediatas para a unidade estudada, como: modificações do regime de trabalho, terceirização de alguns setores da planta e extinção de postos de trabalhos, gerando insegurança, intensificando o ritmo de trabalho e aumentando a cobranças por resultados.

Após a análise da atividade do vencedor, identificou que eles passaram a realizar mais funções, como: limpeza da área, corte de cartucho e reprocesso do pó, no novo sistema são os próprios trabalhadores que cuidam da limpeza. Porém, era bastante complicado para esses trabalhadores conseguir fazer a limpeza, sem interromper a produção ou comprometer a qualidade do produto. “Essa nova situação aumentou as exigências físicas e cognitivas para realização dessa operação” Cockell (2005, p. 112).

A autora deixa claro que, nem sempre os vencedores conseguiram responder em tempo real aos objetivos e às necessidades impostas pela gerencia, causando um aumento dos índices de afastamentos por doenças relacionadas ao sistema gastrointestinal e problemas psicológicos. As ações da área de prevenção de DORT foram deixadas em segundo plano.

Pode-se concluir deste caso que, a ação ergonômica não contribuiu para melhoria das condições de trabalho, pois não foi incorporada pelos atores sociais. É importante ressaltar que, uma mudança na área de trabalho exige um novo estudo ergonômico. E que, muitas vezes o fator econômico prevalece em virtude de criar uma eficiência desejada pela organização, passando a se exigir mais dos trabalhadores, sem fazer uma análise coerente das condições de trabalho.

4.5 - Área Hospitalar focada nos Recursos Humanos e Materiais em Unidades de um Hospital Universitário

Mauro et al. (2008) publicaram um estudo realizado em um Hospital Universitário aplicando a Análise Ergonômica do Trabalho em duas enfermarias com a participação de dez trabalhadores de enfermagem com objetivo de estabelecer um diagnóstico ergonômico a partir das demandas relacionadas aos recursos humanos e materiais. É importante ressaltar que, o idoso é o público predominante nas unidades estudadas.

Os autores da pesquisa utilizaram observações assistemáticas e sistemáticas, entrevistas e capturaram imagens fotográficas como métodos de coleta de dados para análise da demanda

inicial, que retrata um problema. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram um questionário, um roteiro de observação sistemática e uma câmera fotográfica digital.

Na análise ergonômica, foram apontadas a falta de qualidade dos recursos materiais, a grande sobrecarga de trabalho e o adoecimento dos trabalhadores como principais problemas.

A pesquisa de Mauro et al. (2008) apresentou os seguintes resultados: constatou-se um déficit de vinte e dois enfermeiros e dezenove auxiliares de enfermagem no campo de estudo, com base a Resolução n.º 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que dimensiona o quadro do pessoal de enfermagem. Através de dispositivo que calcula o deslocamento de um indivíduo em passos ou em quilômetros, além da velocidade média atingida e do gasto energético em calorias, observou-se uma falta de planejamento de material e um excesso de locomoção dos auxiliares de enfermagem para o estoque.

Verificou-se, também, que o número reduzido de profissionais dificulta o uso de folgas-prêmio, pois a folga sobrecarregaria ainda mais os profissionais em exercício.

Por outro lado, em relação aos recursos materiais, as principais demandas levantadas pelos participantes foram a qualidade insatisfatória dos insumos médico-hospitalares fornecidos pela instituição para o desempenho das atividades assistenciais e a quantidade insuficiente de roupas de cama para os pacientes.

O estudo ergonômico apresentado favoreceu uma melhoria das atividades desenvolvidas pelos funcionários de enfermagem, proporcionando condições apropriadas de trabalho. Além de sugerir algumas ações para minimizar os riscos de danos e agravos à saúde dos trabalhadores, a saber: treinamentos relacionados à biomecânica; programa de ginástica laboral nas unidades; sistema de rodízio das atividades desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, afim de que todos estejam sujeitos às mesmas atividades e condições de trabalho, dentre outras.

Por fim, ao envolver o trabalhador nas decisões, a AET aumenta a aceitabilidade de uma mudança organizacional, pois “o mesmo percebe que está contribuindo para mudar seu posto de trabalho, e que não foi mantido a margem dos problemas da organização” Mauro et al.(2008, p. 8).

4.6 – Conclusões do Capítulo

Através dos estudos realizados neste capítulo, fica claro que a ação ergonômica favorece as condições de trabalho e contribui para a saúde dos trabalhadores, corroborando com o desenvolvimento de competências, garantindo os objetivos econômicos determinados pelas empresas. Uma análise comparativa entre os casos apresentados e algumas conclusões sobre a aplicação da Análise Ergonômica do Trabalho – AET serão apresentadas neste item.

Primeiramente, a aplicação da metodologia se dá pela necessidade de análise de problema organizacional ligado às condições de trabalho, que interferem na saúde do trabalhador. Diversos são os objetivos da aplicação da metodologia AET, como se pode citar:

- a) Central de atendimento – estudar os mecanismos de controle do trabalho e seus determinantes, pois estavam produzindo queixas espontâneas dos teleatendentes e problemas de saúde associados.
- b) Empresa coletora de lixo domiciliar – constatar a complexidade do trabalho dos garis.
- c) Reciclagem artesanal de lâmpadas fluorescentes – analisar o processo de reciclagem de lâmpada fluorescente com a finalidade de promover a gestão integrada de saúde, meio ambiente e segurança ocupacional.
- d) Produção de detergente em pó – reduzir o índice de absenteísmo do cargo do vincador.
- e) Área Hospitalar – analisar a falta de recursos materiais, a sobrecarga de trabalho e o adoecimento do corpo de enfermagem.

Conforme observado, a AET é utilizada para analisar processos de trabalho com a participação dos agentes envolvidos na atividade, como uma técnica ergonômica, ela se preocupa com a adaptação do trabalho ao homem, diminuindo o esforço físico e mental, proporcionando uma melhoria no ambiente de trabalho e redução das doenças ocupacionais.

Nos estudos de casos apresentados alguns problemas de saúde associados ao trabalho foram relatados, como se pode ver:

- a) Central de atendimento – problemas mentais desenvolvidos pelo alto grau de estresse na função (ex.: psicose, neurose ou alcoolismo).
- b) Empresa coletora de lixo domiciliar – problemas de coluna e fadiga.

- c) Reciclagem artesanal de lâmpadas fluorescentes – contaminação por mercúrio, silicose, problemas respiratórios.
- d) Produção de detergente em pó – patologias associadas ao sistema músculo-esquelético; ao sistema respiratório e ao sistema gastrointestinal.
- e) Área Hospitalar – problemas de coluna e psicológicos pelo convívio com a doença, a dor e a morte.

É fácil mencionar que grande parte dos trabalhos desenvolvidos causam problemas de saúde nos trabalhadores, muitas vezes associados a estrutura física e outras a pressão recebida pelo ambiente competitivo.

Algumas recomendações ergonômicas são feitas na última fase da AET para melhoria do ambiente de trabalho, é possível verificar nos estudos apresentados as seguintes:

- a) Central de atendimento – aumento da autonomia durante o atendimento; revisão dos tópicos do programa de formação; revisão de critérios de qualidade; eliminação do Tempo Médio de Atendimento - TMA e garantia de pausas para descanso em intervalos de tempo definidos de acordo com a jornada.
- b) Empresa coletora de lixo domiciliar – a principal recomendação foi a participação dos garis na definição de estratégias facilitando a coleta de lixo com qualidade, reduzindo os custos com quilometragem rodada e manutenção dos equipamentos, administrando os riscos à saúde, carga de trabalho e objetivos pessoais.
- c) Reciclagem artesanal de lâmpadas fluorescentes – aquisição de novos equipamentos e mobiliários, incluindo filtros de sucção para sólidos e gás dos resíduos de mercúrio, além de módulos para aumentar a precisão dos produtos, o conforto e a produtividade da operação; outra sugestão foi o fornecimento e treinamento na utilização de EPI's; reorganização do processo produtivo, reduzindo trajetos e movimentos desnecessários; revisão do layout e a inclusão de novos métodos de trabalho.
- d) Produção de detergente em pó – definida a velocidade de produção padrão; velocidade ideal da máquina; o tempo de parada do setor de embalagem deveria ser programado; instalações de mesas elevatórias para pallet na estação de trabalho do vincador em todas as linhas de embalagens; melhoria na programação de entrega dos pallets.

- e) Área Hospitalar – treinamentos relacionados à biomecânica; programa de ginástica laboral nas unidades; sistema de rodízio das atividades desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, afim de que todos estejam sujeitos às mesmas atividades e condições de trabalho, dentre outras.

Como foi visto a utilização da Análise Ergonômica do Trabalho – AET pode ser utilizada para analisar aspectos do processo produtivo, administrativos, ambientais, físicos e psicológicos do trabalhador. Pela amplitude apresentada, se faz necessária a participação de componentes da alta administração no Comitê Interno de Ergonomia, fato este verificado no estudo de caso apresentado na produção de sabão em pó, como também, na pesquisa bibliográfica sobre o tema. É constatado que, o sucesso dos programas ergonômicos aplicados está relacionado com o grau de autonomia dado ao trabalhador na implantação das sugestões ergonômicas realizadas na última fase da AET, só com a aprovação da administração da empresa é que existem as melhorias necessárias no ambiente de trabalho.

No próximo capítulo, é possível visualizar características básicas do Pólo Médico do Recife e conhecer sobre o resultado de uma pesquisa realizada com gerentes de recursos humanos de três grandes hospitais de Recife sobre as condições de trabalho dos enfermeiros, enfatizando aspectos da ergonomia organizacional.

Quinto Capítulo

***CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
DO PÓLO MÉDICO DO RECIFE***

*Para o trabalho que gostamos levantamo-nos
cedo e fazemo-lo com alegria.*

William Shakespeare

5 - CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO PÓLO MÉDICO DO RECIFE

Nesta parte do trabalho são mostradas características, problemas e pontos fortes do Pólo Médico do Recife. Além de relatar entrevistas realizadas com a gerente de recursos humanos de três hospitais particulares de Recife com intuito de verificar as condições de trabalhos dos enfermeiros, analisando aspectos da ergonomia organizacional, dentre eles: hierarquia; turnos de trabalho; dupla ou tripla jornada de trabalho e suas influências no trabalho; acidentes de trabalho e absenteísmo; sistemas de informação e plano de carreira.

5.1 - Pólo Médico do Recife: características, problemas e pontos fortes

O Pólo Médico do Recife – PMR nasceu por ações espontâneas de médicos empreendedores, sem grande articulação estatal, e que a literatura classifica de pólo espontâneo, ou seja, não induzido. O modelo de saúde suplementar foi desenvolvido em Recife para atender pacientes de planos e seguros saúde e/ou particulares, residentes na região metropolitana e em localidades adjacentes. Por dispor de tradição na área médica, surgiram grandes hospitais públicos e Faculdades de Medicina, o PMR dispõe assim de condições de atendimento consideradas bastante satisfatórias. Além disso, a lógica que comandou o surgimento do pólo primou pela diversificação de atividades, não havendo, portanto, preocupação maior com a especialização em determinadas áreas.

Lima e Sicsú (2004) definem e caracterizam um pólo de empresas como um grupo de organizações concentradas em um determinado espaço geográfico, trabalhando num setor específico e normalmente utilizando base tecnológica similar.

Desta forma, o Pólo Médico do Recife concentra, na Ilha do Leite, diversas instituições, que prestam serviços de saúde gerando um núcleo de cadeia produtiva formada por hospitais, atendimento de urgência e emergência, clínicas especializadas, serviços ambulatoriais e de complementação diagnóstica ou terapêutica, além de atividades voltadas para profissionais de saúde e atividades afins. Outras prestações de serviços complementam o núcleo produtivo de saúde, tais como: indústria farmacêutica, de produção e manutenção de equipamentos, serviços de informática e automação, produção de medicamentos, de roupas profissionais, de

descartáveis, de gases; serviços de lavanderia, de esterilização, de coleta e tratamento de lixo, de hospedagem, de comercialização, etc. Como demonstrado na Figura 17 – Serviços de saúde: estrutura e relações.

Guimarães Neto et al (2004), por meio de dados da RAIS, afirmam que o núcleo do PMR empregava aproximadamente 20,8 mil pessoas em 2002 e abrangia cerca de 1.800 estabelecimentos. Se incluídos os demais elos da cadeia, teríamos um total de 34.715 pessoas formalmente ocupadas, vinculadas a 3.089 estabelecimentos. Os serviços de atendimento hospitalar geram o maior contingente de empregos junto. Havendo ainda os setores de complementação diagnóstica e terapêutica e outras atividades de atenção à saúde. O Quadro 8 ilustra a ocupação formal no núcleo do PMR.

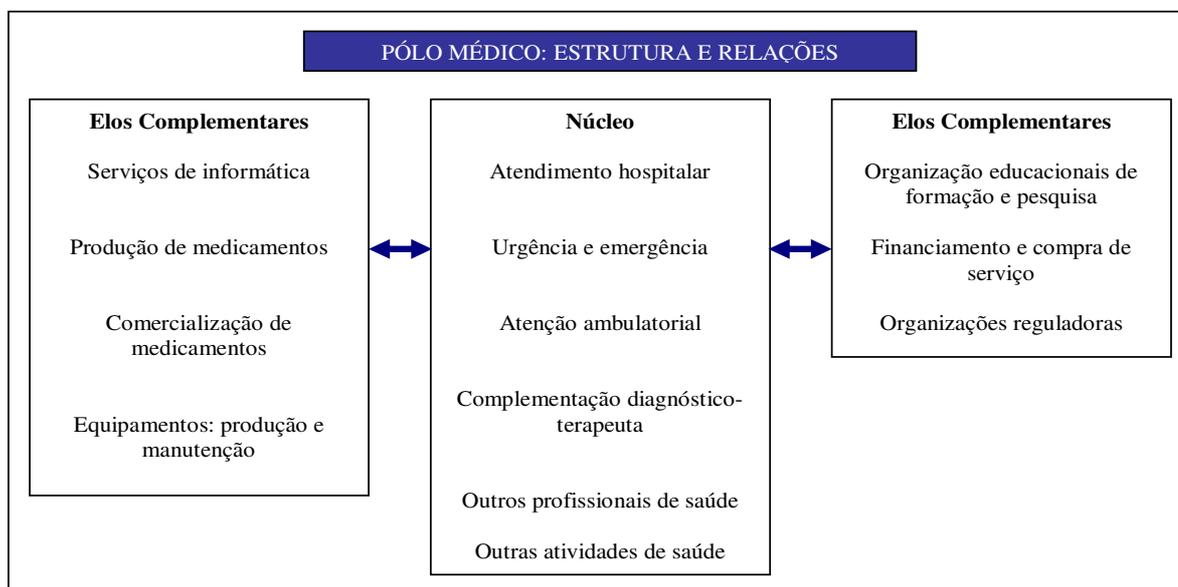


Figura 17 - Serviços de saúde: estrutura e relações
 Fonte: Guimarães Neto et.al, 2004.

Percebe-se que o pólo contribui significativamente para a geração de empregos e renda no estado de Pernambuco correspondendo a 2,2 % do total do emprego formal, 2001, e a 15,6% do emprego industrial formal. Considerando o total dos empregos do núcleo e dos demais elos da sua cadeia produtiva, chega-se a 3,6% do conjunto do emprego formal em Pernambuco e a cerca de 1/4 do emprego da indústria de transformação. Constata-se ainda que grande parte dos estabelecimentos que prestam serviços de saúde (93%) é composta de pequenas e médias empresas, que empregam de três a dez empregados. Porém, os hospitais concentram, em média, 75 empregados, segundo dados do Ministério do Trabalho (RAIS).

Quadro 8 – Cidade do Recife: emprego formal no Núcleo do Pólo Médico – 2002

Núcleo do Pólo Médico	Absolutos	(%)
Atividades de atendimento hospitalar	11.726	56,4
Atividades de urgências e emergências	344	1,7
Atividades de atenção ambulatorial	942	4,6
Serviços de complementação diagnóstica e terapeuta	3.309	15,9
Atividades de outros profissionais de saúde	1.246	6,0
Outras atividades relacionadas com atenção de saúde	3.225	15,6
Total do Núcleo do Pólo Médico	20.792	100,0

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS – CAGED)

Os hospitais têm uma maior capacidade de atração de clientela em função da melhor qualidade dos serviços prestados, melhores instalações físicas, equipamentos mais modernos, profissionais qualificados e serviços de apoio estruturados, permitindo em suas dependências serviços de diagnóstico e procurando seguir as tendências internacionais, incorporando tecnologias de ponta e mantendo significativo crescimento, em escala. Apesar de a área de saúde necessitar de investimentos constantes para aquisição de novas tecnologias. Nesse sentido, foi investido o equivalente a R\$ 200 milhões de reais em diversas unidades do pólo nos últimos anos (Lima e Sicsú, 2004).

No entanto, apesar de todo esse investimento, existem vários problemas a serem enfrentados e solucionados, por exemplo: capacidade ociosa significativa; forte concorrência entre suas unidades; evolução tecnológica constante e finalmente a dependência da clientela dos planos de saúde. A causa de muitos destes problemas é a própria natureza da atividade de saúde, em que a demanda é irregular e imprevisível; o comportamento do médico interfere na percepção do paciente quanto à qualidade do serviço prestado; propaganda e competição por preços são praticamente ausentes entre médicos; os tratamentos devem ser orientados pelas necessidades do caso e não limitados por considerações financeiras e também devido ao fato de que a recuperação de uma doença é tão imprevisível quanto a sua incidência.

Há ainda problemas como a redução da clientela local, ligada aos planos de saúde, a retração do mercado regional, a falta de planejamento e falta de apoio governamental e institucional. Tudo isso tem gerado dificuldades financeiras e operacionais pode resultar em descontinuidade e estagnação em longo prazo.

Um outro aspecto a ser ressaltado: a qualificação da mão-de-obra (médicos e enfermeiros de nível superior) é feita em instituições do Centro-Sul do país e também no exterior, o que muitas vezes refletem valores e abordagens que diferem das condições e

necessidades locais. Como reflexo disso, como explicam Lima e Sicsú (2004), quando o paciente necessita de um tratamento especializado, há uma tendência, por parte desses profissionais, de indicarem o deslocamento para os locais onde se especializaram. Dessa forma, ocorre o vazamento de demanda por serviços de saúde para outros centros, o que termina elevando os custos para as empresas locais e enfraquecendo seu já, em muitos casos, comprometido potencial.

As instituições locais, responsáveis pela formação de técnicos e auxiliares de enfermagem não possuem estrutura suficiente para a formação de pessoal devidamente qualificado, sendo este um dos pontos de fragilidade do pólo, ainda que a ele externo.

Há ainda o problema da deficiência na formação dos gestores qualificados para atuar na área em suas dimensões administrativa e técnica (pessoal de escritório, atendimento e técnicos com especialização em raios-X e imagem).

Como forma de solucionar esses e outros problemas, unidades do pólo têm recorrido a estratégias que envolvem tanto a ocupação de espaços que extrapolam os limites do pólo como diversificando e descentralizando os serviços prestados, mediante a inclusão de exames especializados em diagnóstico, negociando tabelas de preços com as operadoras de planos de saúde, buscando atrair equipes médicas especializadas e de competência reconhecida, e negociando com médicos a utilização e indicação de suas instalações para procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico. Como consequência, constata-se a tendência e até mesmo o fechamento de unidades com maior fragilidade operacional.

Nesse ambiente de dificuldades, as operadoras de planos de saúde buscam a sobrevivência transferindo os encargos da sustentação do sistema para os usuários de planos, via reajuste de mensalidades; e por outro lado, transferindo custos para os agentes subordinados, isto é, laboratórios, centros de diagnóstico, clínicas e profissionais liberais, por meio do congelamento ou até da redução das tabelas de pagamento. Os hospitais maiores, com algum poder de barganha frente às operadoras, buscam negociar com essas separadamente, tentando assim ampliar suas margem de viabilização contábil e financeiramente.

Cabe enfatizar que quase todas as empresas do pólo utilizam serviços de informática de forma integrada, por meio de redes interna e externa. No entanto, faltam rotinas informatizadas principalmente nas pequenas e médias empresas tornando deficitário o funcionamento de setores vitais como os que respondem pela entrega de resultados e agendamento de serviços e consultas pela internet; gerenciamento informatizado do

atendimento ao cliente; confecção e controle de liberação de laudos; gerenciamento de estoques e prontuário eletrônico.

Apesar de todos os problemas apontados, as empresas que compõem o PMR detêm uma potencialidade estrutural que deve ser ressaltada. Por isso, no geral, é perfeitamente possível afirmar que há motivos para apostar na viabilidade do sistema. O pólo conta com excelência no quesito serviços médicos; possui estrutura física e tecnológica adequadas; conta com o espírito empreendedor de seus dirigentes; oferece ampla diversificação de serviços; promove estruturalmente uma busca permanente de certificação e de maior eficiência por parte de cada unidade e do conjunto do sistema; em muitos casos, goza de exclusividade no que diz respeito à prestação de tratamentos na região; conta com a possibilidade efetiva, ainda que latente, de ampliação da geração de empregos diretos e indiretos; e finalmente, possui localização privilegiada na região Nordeste.

5.2 - Relato das Condições de Trabalho dos Profissionais de Enfermagem

Nesta parte do capítulo 4, serão apresentados os aspectos metodológicos e os resultados obtidos na pesquisa de campo. Tem o objetivo de fazer descrições de entrevistas realizadas com gerentes de recursos humanos no que diz respeito às condições de trabalho dos enfermeiros. O estudo pode ser definido como exploratório, pois tem o objetivo de investigar, aumentar o conhecimento da situação em que se pretende realizar o estudo, Seltz (1967). Além do aspecto exploratório, a pesquisa é qualitativa, os dados foram obtidos de um contato direto e interativo da autora com a situação objeto de estudo.

Na escolha dos hospitais foram levados em consideração os seguintes aspectos: a) porte, houve a opção pelos grandes, já que eles dispõem de mais recursos financeiros para investir em novas tecnologias e em políticas de recursos humanos; b) particulares, por ser mais fácil de intervir nas políticas de recursos humanos e de ter resultados mais rápidos na aplicação da metodologia sugerida.

Desta forma, foram escolhidos quatro dos grandes hospitais de Recife, porém em um deles foi encontrada uma grande dificuldade de acesso, desta forma, a pesquisa de campo foi realizada em três grandes hospitais do Pólo Médico do Recife.

Seguem os resultados das entrevistas realizadas isoladamente por hospital e depois uma análise comparativa das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem nos três hospitais, seguida das conclusões do capítulo.

5.2.1 - Relato das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem –Hospital 1

O Hospital 1 possui dezoito anos de funcionamento, 647 funcionários e atende em média mensalmente 3800 pacientes na emergência e 100 na internação. Tem como propósito “primar pela qualidade dos serviços e desafiar o mercado com inovações tecnológicas e procedimentos de alta complexidade, antes realizados apenas fora do país” (<http://www.hospitalmemorial.com.br>).

Constatam-se alguns pontos com relação ao trabalho dos enfermeiros desse hospital. Por exemplo: ele possui 52 enfermeiros (8,04%), cuja atuação vem mudando. A princípio a função de enfermagem era meramente assistencialista, hoje, a atividade é de liderança do corpo de enfermagem, incluindo os auxiliares e os técnicos.

Recentemente foi criado o cargo de supervisor de enfermagem para cada área, cujo profissional titular coordena as atividades de cada setor, melhorando a comunicação entre os enfermeiros, técnicos, auxiliares e a coordenação de enfermagem.

A gerente de recursos humanos do grupo relatou que com essas mudanças não houve alteração no quesito saúde dos enfermeiros, oriundas de condições insalubres do hospital. Ficou claro, portanto, que até o momento não foi realizado nenhum estudo ergonômico nessa instituição. Não há sequer identificação de problemas ergonômicos.

Quanto a doenças ocupacionais, principalmente a lesão por esforço repetitivo – LER observa-se que, com a inclusão de camas automáticas e com a mudança do serviço de assistência aos pacientes para os auxiliares, não houve nenhum caso de doença ocupacional nos enfermeiros nos últimos anos, havendo também pouco absenteísmo e baixa rotatividade na equipe de enfermeiros.

De acordo com a gerente de recursos humanos entrevistada, o estresse da atividade do enfermeiro é gerado, principalmente, em virtude do senso de responsabilidade pela recuperação da saúde dos pacientes e por estes estarem muitas vezes no limiar entre a vida e a morte. A convivência com a morte é inevitável, mas deixa uma sensação incomoda nestes funcionários, principalmente naqueles que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

Verificamos que os enfermeiros dessa unidade são pessoas mais fechadas, mais pesadas, isto é, visivelmente diferentes em comparação com os enfermeiros que atuam em áreas com pacientes em situação menos crítica.

No geral, os enfermeiros não podem intervir, modificando procedimentos previstos pelo médico. É sua responsabilidade comunicar qualquer problema ocorrido com o paciente durante a sua internação ao médico plantonista, ou ao médico que o acompanha. A responsabilidade do enfermeiro no sucesso do tratamento do paciente está no real cumprimento do tratamento e na supervisão do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Todo o trabalho do enfermeiro é padronizado por meio de rotinas operacionais, disponíveis nos postos de enfermagem. O Hospital 1 é certificado pela ISO 9001:2000, abrangendo todo o Hospital (serviços de enfermagem, urgências, UTIs, bloco cirúrgicos, alas de internamentos, bem como no processo de monitoramento e controle da infecção hospitalar).

Para admissão no grupo, o enfermeiro tem que ter nível superior completo e pelo menos um ano de experiência. Segundo a gerente de RH, hoje o enfermeiro tem um problema a resolver, pois em sua formação superior ele não é preparado para assumir cargo de liderança, e sim para trabalhar na assistência ao paciente, só que muitas dessas atividades assistenciais foram repassadas para auxiliares e técnicos de enfermagem, devendo o enfermeiro supervisionar estes profissionais.

Não existe um plano de carreira formal para os enfermeiros. A possível ascensão é alcançar uma supervisão de enfermagem. No hospital em questão, de quatro delas, só existe uma ocupada por um profissional externo, as demais por profissionais que ascenderam na carreira. A remuneração é fixa, possuindo apenas uma gratificação por pontualidade e assiduidade.

O clima organizacional parece ser satisfatório para a área de recursos humanos, embora não existam pesquisas ou mecanismos de avaliação externa que permita a comprovação desse dado. O próprio hospital realiza, anualmente, uma pesquisa interna, para verificar a satisfação dos funcionários com a instituição. Observa-se que não há críticas expressas sobre o ambiente e espaço físico do trabalho.

Quanto aos processos de incentivos motivacionais é papel da supervisão de enfermagem identificar possíveis insatisfações no trabalho e promover ações de realimentação e melhorias no trabalho. Porém, não se percebe indícios de problemas de relacionamento na equipe de enfermagem contatada.

Observa-se, entretanto, que existe interferência direta do avanço tecnológico nas atividades prestadas pelos enfermeiros. Quando ocorre aquisição de novos equipamentos, existe treinamento específico, que pode ser ministrado pelo fornecedor, pela equipe de engenharia do hospital, ou pela supervisora da equipe de enfermagem. Um exemplo deste procedimento é a compra de novos respiradores.

Quanto às metas organizacionais, existem metas coletivas para o corpo de enfermagem, e em estudo o estabelecimento de metas individuais. As metas coletivas são variadas, como exemplo: cumprimento dos procedimentos operacionais e redução do percentual de infecção hospitalar.

As informações para área de enfermagem vêm por meio de reuniões com os supervisores e coordenação de enfermagem. A escala de trabalho também é elaborada pelos supervisores das áreas. Existem duas formas de escalas: de 6 horas corridas, e de 12 horas por 60 horas de descanso, com uma hora de intervalo.

Durante o processo seletivo é observado se o enfermeiro trabalha em mais de um hospital e qual o seu regime de trabalho. Com isso, evita-se a contratação de um funcionário que já tenha sobrecarga de trabalho. No critério observado, exige-se um intervalo entre os turnos de pelo menos 12 horas, devido ao fato de ter sido constatada queda de produtividade, maior probabilidade de ocasionar acidentes e oscilação de humor entre profissionais com sobrecarga de trabalho. O funcionário é conscientizado da importância do descanso e alertado quanto aos problemas que o não cumprimento desse critério pode acarretar para ele e para o paciente.

No que diz respeito à hora-extra, o hospital evita esse tipo de recurso. São observadas, rigorosamente, as escalas, fazendo com que um profissional não dobre as suas horas de trabalho. Quando alguém da equipe falta ao trabalho, o fato é comunicado ao supervisor antecipadamente, sendo convocando outro profissional para substituir o funcionário momentaneamente ausente.

O hospital também realiza estudos visando auferir sua própria capacidade de atendimento, com objetivo de inferir o número suficiente de enfermeiros, auxiliares e técnicos por posto, diminuindo dessa forma a dependência da instituição da necessidade de ter de recorrer a horas-extras.

5.2.2 - Relato das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem – Hospital 2

O Hospital 2 possui 1.022 empregados, dos quais 7,63% são enfermeiros e 34,25% técnicos de enfermagem. Ele atende, em média, mensalmente, 3500 pacientes na emergência e 758 na internação. Constata-se um padrão: o trabalho do enfermeiro tem mudado bastante nos últimos anos, passando de uma atividade mais assistencialista para uma atividade mais voltada a controles operacionais e supervisão das atividades do técnico de enfermagem. Como isso, vem sendo bastante reduzido o número de doenças ocupacionais, hoje, entretanto, ainda presente nos técnicos.

Verifica-se também que de fato o fator que causa mais estresse é o tipo de atividade e a natureza do contato com a doença. Desta forma, é realizado no Hospital um trabalho de conscientização com a finalidade de amortizar as emoções.

Outro fator causador de estresse é a cobrança da equipe médica, a realização de auditorias de padrões in-loco e o controle administrativo, por meio de relatórios.

Os pré-requisitos de contratação de um enfermeiro são: possuir curso superior completo de enfermagem e dois anos de experiência na área. A remuneração da categoria é fixa, havendo uma premiação por assiduidade e pontualidade. Quanto à carreira, a sua possível ascensão limita-se a dois níveis: supervisor e gerente de enfermagem. Hoje, são três gerentes e cinco supervisores. Os supervisores são responsáveis pela elaboração da escala de trabalho, coordena a equipe de enfermagem e dá assistência aos pacientes em situação mais grave.

Os profissionais de enfermagem interferem diretamente no tratamento, porque além do conhecimento técnico eles desempenham papel importante no controle de infecções hospitalares. Para este fim há uma comissão de controle de infecção hospitalar, formada por um enfermeiro líder, um prestador de serviço e três técnicos de enfermagem. Todos os funcionários que se relacionam com o paciente são conscientizados do problema da infecção: equipes de enfermagem, de limpeza e de nutrição.

O clima organizacional apresenta-se também, à primeira vista, positivo. Também nesse caso é realizada, periodicamente, pesquisa para verificação do clima organizacional (verificação bianual). A pesquisa é aplicada por meio de entrevistas com 18% dos funcionários de cada setor. Pretende-se nos próximos anos informatizar a pesquisa, visando facilitar a coleta, análise e inferência dos dados e resultados da pesquisa.

A instituição conta com funcionários antigos, com quinze a vinte anos de casa o que parece dizer de uma política de valorização do contingente funcional.

A instituição desenvolve ainda atividades de músico-terapia, que ajuda na prevenção do estresse, levando a alegria para pacientes, familiares e funcionários, proporcionando um ambiente mais agradável.

Quando analisadas as condições físicas e o espaço físico foi mencionado apenas que o quarto de descanso é considerado pequeno pelos enfermeiros.

Nesse hospital verifica-se que o avanço tecnológico facilita o trabalho do enfermeiro, mas é necessária uma preparação da equipe. De fato, vêm sendo realizadas oficinas de enfermagem para os funcionários recém-admitidos, durante o processo de integração, e dependendo da necessidade, quando da aquisição de novos equipamentos são convocados antigos profissionais para reciclagem do contingente na ativa.

O processo de integração dos novos funcionários serve para promover a adaptação com as novas tecnologias, e também para apresentar as diversas áreas do hospital, preparando-os para o tipo de atividade a ser realizada, conscientizando-os a respeito do fato de que aspectos como angústia ou depressão, em alguns casos, fazem parte do trabalho, sendo-lhes apresentadas técnicas de relaxamento.

A relação dos enfermeiros com seus superiores parece satisfatória, de acordo com os padrões mínimos exigidos de uma atividade que implica em altíssima responsabilidade em relação à saúde e à vida das pessoas: a atividade do enfermeiro é limitada a execução do que é prescrito pelo médico; quando há qualquer problema identificado, o enfermeiro deve procurar o supervisor, o gerente de enfermagem, o médico plantonista, ou o médico que atende o paciente. Existem, evidentemente, dificuldades de relacionamento dos enfermeiros com alguns médicos, mas nada que altere ou coloque em risco o bom andamento das atividades.

A gerente de recursos humanos afirma a existência de problemas de relacionamento dentro da equipe de enfermagem, como por exemplo, os funcionários mais antigos são resistentes à mudança, o que acarreta conflitos entre novatos e veteranos. Nesses casos, os problemas são identificados e acompanhados pelo gerente da área, com o apoio do setor de RH. Além disso, existe uma ouvidoria, disponível para os funcionários.

O hospital é certificado pela ISO 9001:2000 nas áreas da Multi Emergência, Controle de Infecção Hospitalar, Emergência do Coração e UTI do Coração. Dessa forma, existem padrões operacionais formalizados, protocolos e prontuários para serem seguidos pelo corpo de enfermagem.

Quanto à definição de metas individuais e coletivas nota-se que elas não são bem definidas, segundo a entrevistada, as metas estão em fase de elaboração.

Para comunicação interna são utilizados vários meios para disseminar as informações para funcionários e pacientes da Instituição, como exemplo quadros de avisos, intranet, comunicação interna, jornal interno, site e reuniões setoriais.

A escala de trabalho é de 12 horas por 36 horas, ou de 12 horas por 60 horas. Os plantões são segmentados da seguinte forma: plantão diurno, com intervalo para almoço; plantão noturno, com uma ceia às 19h e um jantar às 23 horas; plantão par e ímpar. Além dos plantonistas, existem os diaristas, que trabalham durante 8 horas de segunda a sexta, com uma hora de intervalo para almoço.

O processo de recrutamento e seleção, nesse hospital, prioriza a contratação de enfermeiro que possua apenas um vínculo empregatício.

O hospital vem formando mão-de-obra para vários outros hospitais de Recife, por ser referência e consolidado em diversas especialidades da área de saúde.

Os mesmos riscos referentes às doenças e aqueles especificamente relacionados à infecção hospitalar foram constatados nessa unidade.

Porém, diferentemente do anterior, esse hospital quando se encontra deficitário de pessoal contrata diaristas visando evitar a realização de horas extras. A hora extra só ocorre quando há falta de profissional, sem comunicação prévia à coordenação, impossibilitando a substituição do plantonista e agravando a situação dos funcionários que possuem outros vínculos empregatícios.

Por último, o estudo ergonômico realizado pelo Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT), constatou um maior esforço físico por parte dos integrantes do corpo de técnicos de enfermagem.

5.2.3 - Relato das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem –Hospital 3

O Hospital 3 possui 2831 empregados, dos quais 10,6% são enfermeiros e 28,26% técnicos de enfermagem e atende em média mensalmente 9.000 pacientes na emergência e 570 leitos para internação.

O hospital desenvolve ações para minimizar os agentes insalubres utilizando EPI's como luvas, máscaras e reduzindo os fatores de riscos ambientais. Foi relatado que o ar-condicionado é fator de contaminação. A Unidade de Terapia Intensiva, a emergência e o centro cirúrgico são os locais mais insalubres, com grau médio de contaminação.

As principais doenças ocupacionais que afetam os profissionais de enfermagem nesse hospital, principalmente os técnicos, são Lesão por Esforços Repetitivos – LER, problemas de coluna e hérnia de disco.

O fator que gera mais estresse nestes funcionários é a sobrecarga de trabalho, ocasionada por plantões dobrados, devido às faltas de outros colegas de trabalho.

Verificou-se um aspecto importante, com o qual todos parecem concordar: o enfermeiro é muito importante no tratamento de saúde do paciente, é ele quem executa o tratamento após a prescrição médica. É o suporte do médico em todos os momentos que o paciente permanece no hospital, principalmente em casos de intercorrência.

De acordo com a entrevistada, a instituição não realiza pesquisa de clima organizacional há algum tempo. Considera o clima bom, não acredita que salário afete a satisfação no trabalho e realiza treinamentos com a equipe para conscientização da necessidade que os pacientes têm de afeto e de empatia.

Não existe trabalho ergonômico que busque analisar as condições de trabalho dos enfermeiros.

O Hospital 3 investe em tecnologia de ponta e realiza treinamentos com seus funcionários da área de enfermagem para absorção da tecnologia por meio de fornecedores e de profissionais do próprio hospital, multiplicando conhecimentos.

A autonomia dos enfermeiros é pequena. Existem diversos níveis superiores a quem estes profissionais se reportam: direção, gerência, corpo médico e supervisão de enfermagem. É importante verificar que ocorrem problemas de relacionamento dentro da equipe de enfermagem, que são tratados pela gerência da área.

Os procedimentos estão descritos no manual operacional, já que o Hospital é certificado pela ISO 9001:2000, sendo realizadas auditorias internas e externas de padrões e mensurados indicadores de desempenho de cada área.

O sistema de informação é desenvolvido por reuniões constantes, quadro de aviso e intranet. A diretoria e o conselho do hospital são formados por estrangeiros, e a partir do segundo escalão os gerentes são brasileiros.

A escala de trabalho dos enfermeiros é padrão 12 por 60 ou 6 horas corridas diariamente, ou seja, 30 horas semanais. A gerente de recursos humanos revelou que os funcionários trabalham em mais de um hospital e que só existe prejuízo para instituição quando o funcionário atrasa para iniciar o plantão. Os funcionários plantonista têm uma hora

de intervalo. Os profissionais fazem horas extras quando necessário e para isso, o hospital conta um banco de horas.

Porém, nesse hospital, para ser admitido como enfermeiro não é necessária experiência anterior. O hospital contrata com, ou sem experiência, sendo uma das formas de testar os profissionais o estágio realizado durante o curso. As características das atividades assumidas pelos enfermeiros são assistenciais e de liderança.

Não existe plano formal de carreira para estes profissionais, apenas um projeto para desenvolvimento de um. A possibilidade atual de crescimento na função é para os seguintes cargos: supervisor, coordenador e gerente. A remuneração é considerada variável, pois é composta com alguns adicionais: gratificação por pontualidade e assiduidade, quinquênio e insalubridade.

Quanto ao estudo ergonômico, não foi realizado nenhum. Desta forma, não foram constatados os principais problemas e suas possíveis soluções. Segundo uma entrevistada, já foi contratado um médico, prestador de serviços, para iniciar um projeto ergonômico no hospital.

5.3 Análise comparativa dos três hospitais

A partir de agora faremos uma análise comparativa das condições de trabalho dos enfermeiros lotados nos três hospitais investigados.

O Quadro 9 mostra algumas características gerais e de estruturação do corpo de enfermagem dos três hospitais.

Quadro 9 - Características gerais e de estruturação do corpo de enfermagem dos três hospitais

Fatores Analisados	Hospitais		
	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
<i>Tempo de Existência (data de fundação - tempo)</i>	1989 - 20 anos	1979 - 30 anos	1850 - 159 anos
<i>N.º de funcionários</i>	647	1.022	2831
<i>N.º de pacientes internados</i>	100	758	1600
<i>N.º de pacientes atendidos</i>	3800	3500	9000
<i>N.º de leitos</i>	110	147	570
<i>N.º de enfermeiros</i>	52	78	300
<i>% de enfermeiros/N.º de funcionários</i>	8,04%	7,63%	10,60%
<i>% de técnicos, incluindo auxiliares de enfermagem/n.º de funcionários</i>	37,71%	34,25%	28,26%
<i>% da equipe de enfermagem/ n.º de funcionários</i>	45,75%	41,88%	38,86%

Fonte: A autora (2009)

Observa-se que o Hospital 3 é o maior em termos de leitos, número de pacientes atendidos, internados e de número de funcionários. Ele é o hospital mais antigo e possui o maior percentual de enfermeiros empregados em relação ao número de funcionários. Porém, se considerarmos a equipe de enfermagem como um todo, verifica-se um percentual menor. Nesse sentido, um dado relevante a ser considerado é que no Hospital 3 a equipe médica faz parte do corpo de funcionários da Instituição, enquanto nos outros dois hospitais ela integra uma cooperativa, prestando serviços aos hospitais.

No Quadro 10 é possível verificar características que dizem das condições de trabalho dos enfermeiros.

Todos os hospitais possuem certificação ISO 9000, mas em áreas distintas a escala de trabalho é recomendável na legislação para profissionais de saúde. Isso diferencia as condições de trabalho nos três hospitais. Observa-se, portanto, que no Hospital 2 existe uma aproximação maior dos funcionários com o setor de recursos humanos, sendo utilizadas técnicas de musicoterapia e atividades em oficinas, visando o treinamento dos enfermeiros para atuarem com novas tecnologias.

Quadro 10 – Características das condições de trabalhos dos enfermeiros

Fatores analisados	Hospitais		
	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
Rotinas e padrões formalizados	O hospital é certificado pela ISO 9001:2000	O hospital é certificado pela ISO 9001:2000.	O hospital é certificado pela ISO 9001:2000.
Escala de trabalho	6 horas corridas e de 12 horas por 60 horas de descanso	6 horas corridas e de 12 horas por 60 horas de descanso	6 horas corridas e de 12 horas por 60 horas de descanso
Sistema de informações	As informações vêm por meio de reuniões com os supervisores e coordenação de enfermagem.	A informação é desenvolvida por quadro de avisos, intranet, comunicação interna, jornal interno, site e reuniões setoriais.	O sistema de informação é desenvolvido por reuniões constantes, quadro de aviso e intranet.
Interferência do avanço tecnológico	A tecnologia interfere na atividade do enfermeiro e quando ocorre qualquer aquisição de equipamentos existe um treinamento específico.	São realizadas oficinas de enfermagem para os funcionários recém-admitidos e na aquisição de novos equipamentos, são convocados antigos profissionais para reciclar.	Investe em tecnologia de ponta e realiza treinamentos com seus funcionários da área de enfermagem.
Relacionamento com superiores	A relação dos enfermeiros com seus superiores é boa.	Existem dificuldades de relacionamento dos enfermeiros com alguns médicos.	Ocorrem alguns problemas de relacionamento dentro da equipe de enfermagem e os mesmos são tratados pela gerência da área de enfermagem.

Fonte: A autora (2009)

Quanto aos aspectos relacionados aos recursos humanos, o Quadro 11 parece relatar suficientemente o que ocorre no setor. Por exemplo, pesquisas de clima são realizadas nos hospitais 1 e 2, porém os três hospitais consideram o clima organizacional satisfatório. Entretanto, as metas individuais e coletivas não dos enfermeiros são bem definidas, apesar de existirem indicadores de desempenho no Hospital 3.

As horas extras são evitadas no Hospital 1 e 2. Já o Hospital 3 possui um banco de horas extras para os funcionários. Da mesma forma, existe uma preocupação maior com a carga de trabalho dos profissionais nos hospitais 1 e 2, inclusive para a contratação de pessoal, priorizando aqueles que só tem no máximo (01) um vínculo empregatício.

Uma característica da atividade de enfermagem parece ser cada vez mais a de liderança, ficando a assistência ao paciente propriamente dita a cargo dos técnicos de enfermagem.

Quadro 11 – Aspectos relacionados aos recursos humanos

Fatores analisados	Hospitais		
	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
Clima organizacional	O hospital realiza anualmente uma pesquisa interna para verificar a satisfação dos funcionários com a instituição.	É realizada uma pesquisa para verificação do clima organizacional com a frequência bianual.	A instituição não realiza pesquisa de clima organizacional há algum tempo.
Metas individuais e coletivas	Há metas coletivas para os enfermeiros e metas individuais estão em elaboração.	Nota-se que elas não são bem definidas, as metas estão elaboração.	São consideradas metas os indicadores de desempenho da área.
Preocupação com carga de trabalho em outros hospitais	Durante o processo seletivo é observado se o enfermeiro trabalha em mais de um hospital e o seu regime de trabalho.	Durante o processo seletivo é observado se o enfermeiro trabalha em mais de um hospital e o seu regime de trabalho.	Não há preocupação com os funcionários que trabalham em vários hospitais.
Hora extra	A realização de horas-extras é evitada.	Quando o hospital está com sua capacidade total ocupada são contratados alguns diaristas evitando a realização de horas extras.	Os profissionais fazem horas extras, quando necessário e para isso o hospital tem um banco de horas.
Experiência exigida para contratação	Um ano de experiência na área.	Dois anos de experiência na área	O hospital contrata com ou sem experiência.
Características das atividades desenvolvidas	Exerce atividades de controles operacionais e de supervisão das atividades do técnico de enfermagem, vem diminuindo as atividades assistencialistas.	Exerce atividades de controles operacionais e de supervisão das atividades do técnico de enfermagem, vem diminuindo as atividades assistencialistas.	As características das atividades assumidas pelos enfermeiros são assistenciais e de liderança.
Plano de carreira	Não existe um plano de carreira formal para os enfermeiros.	Não existe um plano de carreira formal para os enfermeiros.	Não existe um plano de carreira formal para os enfermeiros.
Possíveis promoções	A possível ascensão se limita a dois níveis: supervisor e coordenador de enfermagem.	A possível ascensão se limita a dois níveis: supervisor e gerente de enfermagem.	A possível ascensão se limita a três níveis: supervisor, coordenador e gerente de enfermagem.
Remuneração	A remuneração é fixa possuindo apenas uma gratificação por pontualidade e assiduidade.	A remuneração é fixa possuindo apenas uma gratificação por pontualidade e assiduidade.	A remuneração é considerada variável: gratificação por pontualidade e assiduidade, quinquênio e insalubridade.

Fonte: A autora (2009)

Quanto ao processo seletivo, o tempo de experiência exigido difere bastante entre as três unidades pesquisadas, variando de 0 a 2 anos de experiência. A possibilidade de ascensão profissional nessas instituições é pequena. Além disso, nenhum dos hospitais pesquisados possui plano de cargos e salários estruturados. Quanto à remuneração, ela é fixa, mas inclui adicionais de insalubridade, assiduidade e pontualidade.

Quadro 12 - Fatores físicos, psicológicos e ergonômicos que interferem no trabalho dos enfermeiros e a existência de estudos ergonômicos realizados.

Fatores analisados	Hospitais		
	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
Ambiente de trabalho e espaço físico	Não há críticas expressas sobre o ambiente e espaço físico do trabalho.	Foi mencionado apenas que o quarto de descanso é considerado pequeno pelos enfermeiros.	Não há críticas expressas sobre o ambiente e espaço físico do trabalho.
Estudo ergonômico	Não existe trabalho ergonômico realizado analisando as condições de trabalho dos enfermeiros.	É realizado estudo ergonômico pelo gerente do trabalho do serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT).	Não existe trabalho ergonômico realizado analisando as condições de trabalho dos enfermeiros.
Problemas ergonômicos identificados	Não há identificação de problemas ergonômicos.	Não há identificação de problemas ergonômicos nos enfermeiros, o esforço físico é maior nos técnicos de enfermagem.	Não há identificação de problemas ergonômicos.
Problemas saúde identificados	Foi reduzido bastante o número de doenças ocupacionais nos enfermeiros, hoje sendo mais presente no técnico.	Foi reduzido bastante o número de doenças ocupacionais nos enfermeiros, hoje sendo mais presente no técnico.	As principais doenças ocupacionais são: lesão por esforços repetitivos – LER, problemas de coluna e hérnia de disco.
Causa de maior grau de stress	Atividade no limiar entre a vida e a morte	Atividade no limiar entre a vida e a morte, além, da cobrança da equipe médica pela supervisão dos técnicos, a realização de auditorias de padrões in-loco e controle administrativo, por meio de relatórios.	O fator que gera mais stress nestes funcionários é a sobrecarga de trabalho ocasionada por plantões dobrados, em caso de falta de outros colegas de trabalho.

Fonte: A autora (2009)

O Quadro 12 mostra alguns fatores físicos, psicológicos e ergonômicos que interferem no trabalho dos enfermeiros. Isso parece evidenciar a necessidade de implementação de estudos ergonômicos, deficiência essa devida, talvez, ao pequeno contingente de enfermeiros, proporcionalmente ao universo funcional desses hospitais.

5.4 – Validação das Entrevistas pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN

Com objetivo de validar as respostas dadas pelas gerentes de recursos humanos e ouvir o lado do trabalhador, foi realizada entrevista com responsável por fiscalização da área de trabalho do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco.

O Conselho fiscaliza as condições de trabalho de enfermeiros em hospitais públicos e privados em Pernambuco. Para a entrevistada, os principais problemas causados pelas condições insalubres dos hospitais, são: a insatisfação dos funcionários com o ambiente de trabalho, o estresse e alguns problemas de saúde. Dentre os principais problemas de saúde estão: a hipertensão, problemas psicológicos e problemas de coluna.

Quando perguntado sobre o que ocasiona maior grau de estresse entre os enfermeiros, foram mencionados os seguintes aspectos, especialmente em hospitais públicos: o déficit de pessoal, a falta de material e falta do repouso. Com relação aos hospitais privados, a resposta foi a mesma dos gerentes de recursos humanos, ou seja, a natureza da atividade e cobrança pela execução de atividades administrativas e de liderança.

O Conselho afirma que, os enfermeiros têm um papel primordial no tratamento, pois eles visitam os pacientes com uma maior frequência, do que o médico, delegam funções para os auxiliares e técnicos de enfermagem e realizam procedimentos complexos.

Quanto às teorias motivacionais, elas são valorizadas, porque se sabe que, funcionários motivados trabalham melhor. O clima organizacional foi tido como bom nas instituições privadas, porém nas públicas, apesar de possuir muitas vezes a mesma tecnologia, faltam materiais e pessoas, dificultando a realização do trabalho e aumentando a insatisfação com o ambiente de trabalho.

O quarto de descanso foi a principal crítica, quando foi perguntado sobre o espaço físico. Afirmou-se, também que, são poucos hospitais que investem em treinamentos, a capacitação depende do profissional.

Em consonância com as entrevistas anteriores realizadas com os gerentes de recursos humanos de três hospitais de Recife, foi constatado que, alguns enfermeiros não têm perfil para assumir função de liderança da equipe e que a estrutura organizacional é limitada, possibilitando pouca chance de crescimento profissional para os enfermeiros.

A fiscal do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco afirmou que, nos grandes hospitais particulares do Recife, não existem problemas de relacionamento com frequência. Porém, o Conselho, ainda, recebe algumas reclamações de abuso de poder por parte de alguns funcionários, em especial os médicos.

Os padrões e as rotinas são padronizados e o cumprimento deles é colocado como metas e objetivos do setor de enfermagem. A comunicação é disseminada através dos seguintes meios: circular interna, internet, reuniões e através da comunicação boca-boca. Cada instituição tem o seu sistema de comunicação diferenciado. A escala de trabalho é estabelecida de acordo com a legislação, seis horas corridas, com a pausa de uma hora de descanso para alimentação, ou de doze horas de trabalho por sessenta horas de descanso.

Segundo a entrevistada, não há a preocupação com o enfermeiro que trabalha em mais de um hospital, o que existe é preocupação com o cumprimento da escala de trabalho estabelecida para não prejudicar a equipe de enfermagem.

Os riscos a saúde são os mesmos já citados, químicos, biológicos, físicos e ergonômicos. Para a prevenção individual de acidentes e doenças ocupacionais são utilizadas máscaras e luvas, além de outros equipamentos de prevenção quando necessário.

Quanto à hora extra, o Conselho afirma que não é correta a sua utilização, afirma que, os hospitais deveriam funcionar com sua capacidade total, mesmo sem pacientes em todos os leitos. A formação exigida é o curso superior completo, mas sem nenhuma experiência. Os enfermeiros estão assumindo funções assistencialistas, administrativa e de coordenação da equipe. Com relação ao plano de cargos e salários, foi afirmado que só nos hospitais públicos têm bem estabelecida a política de remuneração. O piso da categoria era de R\$ 800,00 (oitocentos reais) em maio de 2009.

O Conselho não conhece nenhum estudo ergonômico realizado em hospitais de Recife, o que já viu foi na internet.

5.5 – Conclusões do Capítulo

A pesquisa de campo foi de extrema importância, pois foi conhecida a situação de trabalho dos enfermeiros na prática de três principais hospitais do Pólo Médico do Recife.

É importante deixar claro que, uma das principais dificuldades encontradas é a diferença entre a formação acadêmica, mais assistencialista, e as atividades desenvolvidas pelos

enfermeiros mais de coordenação e administrativa, pois esses profissionais são responsáveis, em grande parte, pela coordenação dos técnicos e assistentes de enfermagem. Sendo cobradas atividades de liderança, como: estímulo à motivação e principalmente controle disciplinar da equipe, incluindo: utilização de normas e procedimentos operacionais, controle de prontuários com a administração correta dos medicamentos prescritos, escalas de trabalho, pausas e administração de riscos a saúde com a utilização correta de EPI's.

Apesar de terem sido encontrados vários estudos bibliográficos sobre aplicação ergonômica na área hospitalar, no estudo de campo realizado, há ausência de estudos aprofundados na área ergonômica. Esses estudos poderiam ser utilizados para analisar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e seus esforços físicos, mentais e os fatores organizacionais que intervêm no cumprimento de padrões operacionais e a sua interferência na saúde dos trabalhadores da área.

Um dos problemas, relatado tanto na teoria como na pesquisa de campo, foi a pouca autonomia dada aos enfermeiros, em virtude das atividades rotineiras realizadas, que acabam não estimulando a motivação na função. Por outro lado, na entrevista realizada no hospital 2, observou-se o trabalho realizado em nova visão de humanização. Foi visto que, os profissionais de enfermagem deste estabelecimento se comprometem mais, pois a gestão é participativa com a utilização de várias comissões, como se pode citar a participação de dois enfermeiros na comissão de controle de infecção hospitalar, valorizando mais o profissional no trabalho.

Pôde-se verificar que, o corpo de enfermagem necessita em várias situações de acompanhamento psicológico por sofrer juntamente com paciente e sua família, por se sentir responsável pela recuperação do doente. Havendo um sofrimento maior daqueles que trabalham em contato direto com a morte, citados em entrevista como pessoas fechadas, características de enfermeiros de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI's. A recomendação dada é um rodízio entre áreas.

Por fim, a remuneração desses profissionais precisaria ser mais bem estudada, devendo ser desenvolvido um plano de cargos, salários e carreira com progressões horizontal e vertical, podendo reduzir a quantidade de pessoas com duas ou três jornadas de trabalho, havendo apenas um vínculo empregatício, reduzindo o grau de estresse desses profissionais e melhorando a qualidade hospitalar prestada à comunidade.

Com base nos dados bibliográficos e da pesquisa de campo realizada, o Sexto Capítulo propõe um modelo motivacional, que atenda as características do trabalho dos enfermeiros.

Sexto Capítulo

***MODELO MOTIVACIONAL
APLICADO A PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM***

*“Conhecer o país onde se fará a guerra é a
base de toda a estratégia”.*

Frederico II

6 - MODELO MOTIVACIONAL APLICADO A PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

No decorrer da tese, foi mostrado que, os profissionais da área de saúde, em especial os que trabalham em hospitais, sofrem com trabalhos estressantes, decorrentes das condições de trabalho insatisfatórias e dos riscos biológicos, físicos, psicossociais e ergonômicos a que estão expostos. Neste contexto, o capítulo traz a proposta de um modelo motivacional, que atenda as especificidades da área hospitalar e que se aplique ao cargo de enfermeiro, baseado na análise bibliográfica e nas experiências práticas sobre o tema.

6.1 – Qualidade de Serviços de Saúde Hospitalar: uma visão humanística do sistema

Para o desenvolvimento das premissas do modelo motivacional aplicado a função de enfermeiro na área hospitalar deve-se levar em consideração alguns aspectos apresentados na fundamentação teórica sobre qualidade de serviços hospitalares.

O primeiro ponto a destacar é que a qualidade do serviço hospitalar é fruto da percepção do paciente e de sua família do atendimento oferecido pela equipe de saúde e administrativa. Quando uma pessoa procura uma unidade hospitalar, ela quer ser atendida com rapidez de forma a aliviar a dor ou curar uma enfermidade. Outro ponto importante de ser ressaltado é que, a falta de qualidade em serviço de saúde pode ter sérias conseqüências, além da insatisfação do paciente, muitas vezes, levando a perda de imagem, existem efeitos na saúde do paciente, como: agravamento clínico, comprometimento de outros sistemas humanos e até a morte do paciente.

Não só o paciente sofre com a má qualidade do serviço, mas também, os profissionais de saúde por estarem em contato com riscos físicos, psicológicos, químicos e biológicos e sentir responsáveis pela conduta errada. Além, das perdas organizacionais, que muitas vezes afetam, também, a comunidade em geral, muitas vezes pela redução do número de vagas de emprego, ou pelo aumento das exigências contratuais de admissão de novos profissionais.

É um fato constatado que, em hospitais predomina a cultura de urgência, não havendo na maioria dos casos um planejamento em longo prazo. Porém, muitas empresas estão operando numa nova visão com implantação de novas ferramentas de gestão, focadas no

planejamento estratégico, redefinição de processos, redução de custos operacionais e investimento em programas de qualidade de vida.

Para representar os aspectos relacionados à qualidade de serviço hospitalar foi elaborado um esquema representado na Figura 18 – Qualidade dos Serviços Hospitalares uma Visão Humanística.

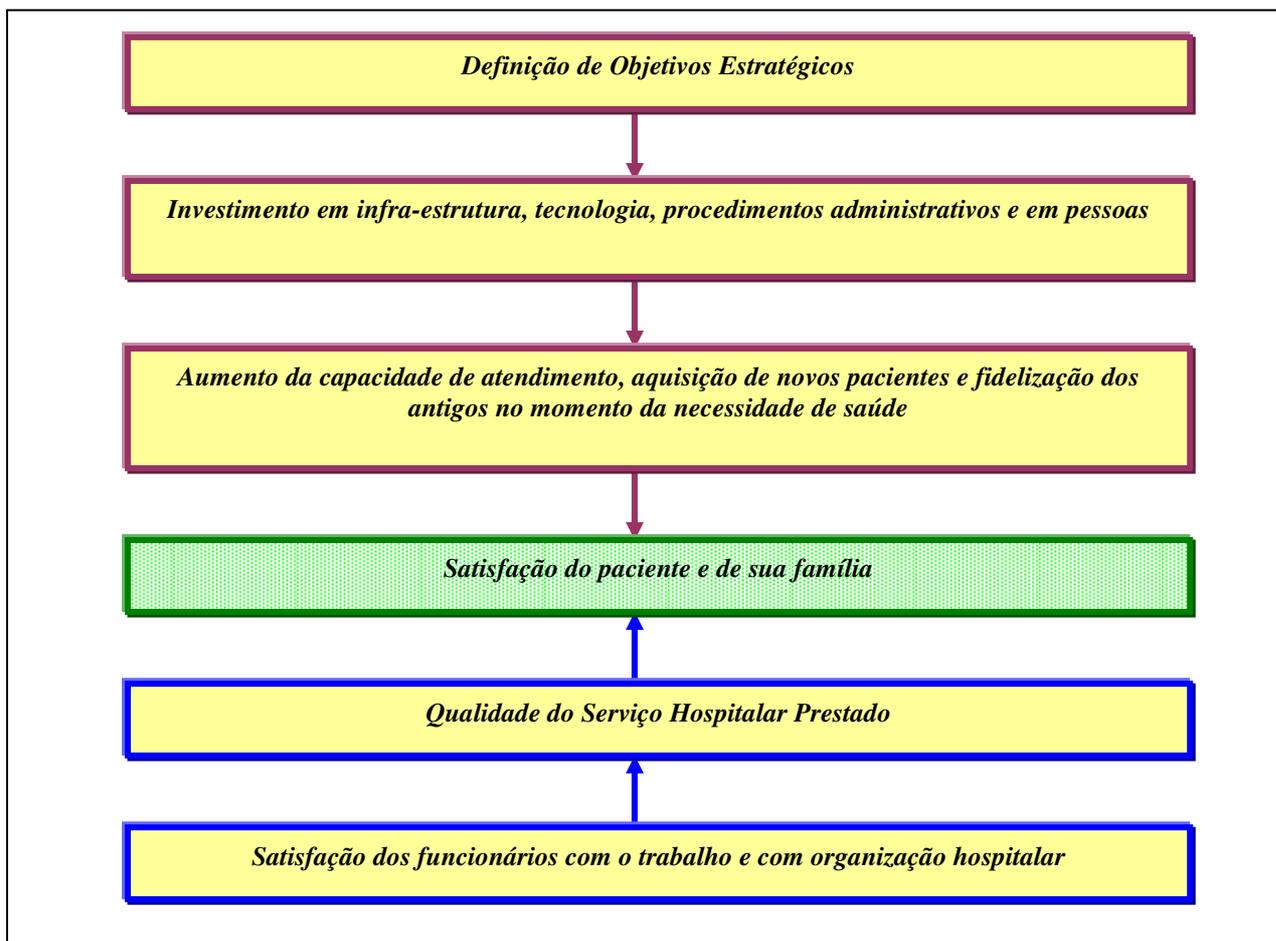


Figura 18 – Qualidade dos Serviços Hospitalares uma Visão Humanística
 Fonte: A autora (2009)

A Figura 18 ilustra que, o processo inicia no planejamento estratégico, pois ele vai direcionar todas as ações da empresa, inclusive de investimento de infra-estrutura, procedimentos administrativos, tecnologia e pessoas. A grande preocupação da empresa hospitalar nos dias atuais é a satisfação do paciente e de seus familiares. E, que quando o serviço é prestado com qualidade, leva a fidelização e a indicação do hospital para amigos e familiares no momento da necessidade de saúde. Sabe-se, também que, a qualidade dos serviços prestados está relacionada com satisfação dos funcionários com trabalho e com a

organização hospitalar. Com a ilustração, tentou-se mostrar que a gestão da qualidade hospitalar está altamente ligada a satisfação dos empregados com o trabalho. A partir deste momento, o trabalho focará a função do enfermeiro com o objetivo de apresentar um instrumento para análise da motivação desses profissionais e por consequência os serviços prestados por eles.

6.2 – Características do trabalho do enfermeiro

Como foi visto na revisão bibliográfica e na pesquisa de campo, o trabalho do enfermeiro se modificou e, nos dias atuais, revela-se muito mais administrativo e de liderança de equipes, do que totalmente assistencialista, exigindo novas competências e responsabilidades.

Outros fatores relatados são os desgastes físicos e mentais passados por esses profissionais com mudança de tecnologia, contato com a dor e a morte, problemas osteomusculares, correria na realização dos cuidados a pacientes graves, falta de conhecimentos administrativos e de liderança, dificultando a coordenação da equipe de enfermagem, além da falta de autonomia na função.

As condições ambientais são marcadas por espaço físico reduzido para descanso e trabalho, alta movimentação de pessoas, ruídos de equipamentos, frio excessivo, contato com agentes químicos, biológicos e radiações ionizantes, dentre outros problemas ambientais já apresentados.

Para análise da qualidade das condições trabalho dadas aos enfermeiros pelos administradores dos hospitais, foi realizada uma adaptação no conceito de Donabedian (1990) sobre mensuração da qualidade de acordo com três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. A Figura 19 mostra as dimensões que envolvem a qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros.

Como ilustra a Figura 19, a qualidade do trabalho do enfermeiro está relacionada as competências técnicas, administrativas e interpessoais, bem como com as condições das instalações e equipamentos oferecidos, além dos fatores ambientais apresentados em termos de conforto e bem-estar.

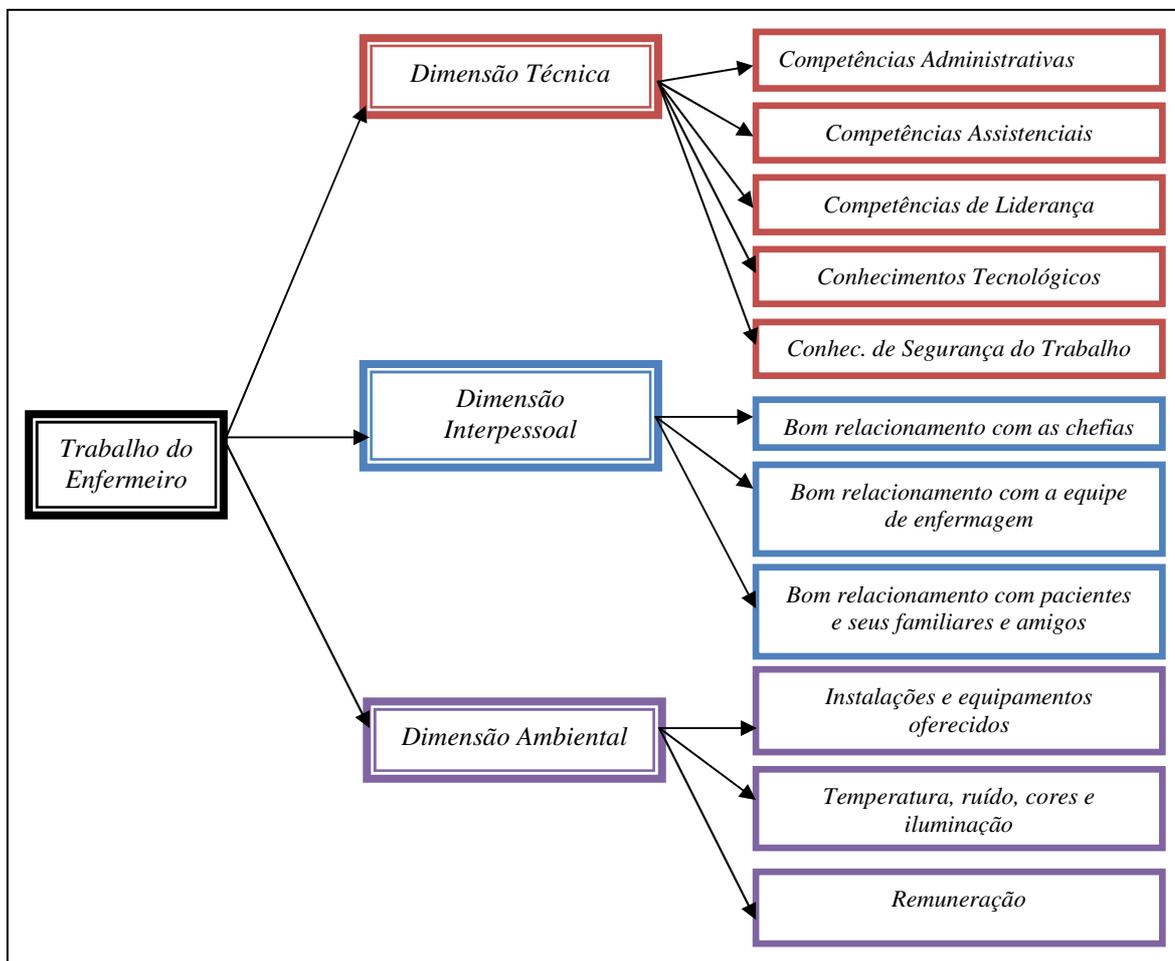


Figura 19 – Dimensões que envolvem a qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros
 Fonte: A autora (2009)

6.3 – Teorias Motivacionais e Aplicabilidade à Área Hospitalar

Respondendo ao primeiro objetivo específico e procurando desenvolver um modelo de motivação que deverá ser aplicado para analisar aspectos motivacionais de enfermeiros do Pólo Médico do Recife, nesta parte do trabalho, será apresentado o Quadro 13, com os conceitos motivacionais utilizados na Área Hospitalar.

Quadro 13 – Conceitos motivacionais utilizados na Área Hospitalar

Teoria	Aplicação ao Modelo Motivacional
Ambiente como fator motivacional	Objetiva envolver os enfermeiros no planejamento, na organização e no controle do seu próprio trabalho.
Teoria X e Teoria Y	Estimula a criatividade, o desempenho profissional e encoraja o crescimento individual e o desenvolvimento profissional, se preocupando com as condições em que a tarefa é realizada.
Teoria da Hierarquia das Necessidades	Satisfaz as necessidades dos profissionais de enfermagem para obter um bom desenvolvimento no trabalho. Promover a segurança física, remuneração adequada à função, reconhecer o bom desempenho e promover a capacitação profissional.
Teoria ERG (Existência, relacionamento e crescimento)	Garante um salário que possa arcar com as necessidades básicas do indivíduo e um local de trabalho seguro. Compartilhar idéias e sentimentos, sentir aceito e pertencente ao grupo de trabalho. Utilizar suas capacidades e desenvolver novas competências.
Teoria dos Dois Fatores	Valoriza o trabalho em si, e não as recompensas externas ou as condições de trabalho.
Teoria da Expectativa	Acredita que o comportamento é estimulado por recompensas ou resultados que elas desejem
Teoria das Necessidades Socialmente Adquiridas	Faz um melhor ajuste da pessoa ao trabalho. Aloca a pessoa certa no lugar certo.
Teoria da Equidade	Afirma que percepção de injustiça deve ser evitada, pois provoca sofrimento psíquico e ameaça o bem-estar do trabalhador e provoca impacto direto na qualidade de vida das pessoas.
Teoria da Fixação dos Objetivos	Compromisso com objetivos. Estimulo a participação e as recompensas extrínsecas afetando os objetivos de desempenho que os indivíduos estabelecem.

Fonte: A autora (2009)

Diante do exposto no Quadro 13 e nas dimensões para prestar um serviço de qualidade aos enfermeiros, o modelo de motivação apresentado será desenvolvido baseado na Teoria ERG, que tem como premissa básica o atendimento das necessidades de existência, relacionamento e crescimento. Ela foi escolhida baseada nos seguintes critérios:

a) Necessidade de existência – haver a preocupação das empresas e funcionários com a dupla ou tripla jornada dos enfermeiros e quantidade de riscos expostos aos enfermeiros no desenvolvimento de suas atividades.

A necessidade de existência busca um salário que possa garantir as necessidades básicas dos enfermeiros e local de trabalho seguro, incluído certa estabilidade no emprego, através da divulgação de regras claras e justas sobre o desempenho e contínua qualificação do trabalhador.

b) Necessidade de relacionamento - desenvolver a dimensão interpessoal nos enfermeiros para melhor atender os pacientes e sua família, além de promover um bom clima organizacional, pelo trabalho hospitalar ser um trabalho coletivo e o enfermeiro ter uma função de coordenação da equipe de enfermagem e trabalhar com diversos turnos de trabalho, precisando de um bom controle no trabalho.

c) Necessidade de crescimento – utilização plena da capacidade do indivíduo no cargo e análise da possibilidade de crescimento vertical e horizontal na instituição hospitalar.

Além da Teoria ERG, o modelo motivacional aplicado a profissionais de enfermagem leva em consideração outros conteúdos das teorias da motivação apresentadas, como podem ser citados: o envolvimento dos enfermeiros no planejamento, na organização e no controle do seu próprio trabalho (Ambiente como fator motivacional); valorização do trabalho em si, e não as recompensas ou as condições de trabalho (Teoria dos Dois Fatores) e compromisso com os objetivos organizacionais (Teoria da Fixação dos Objetivos).

A Figura 20 relaciona o conteúdo referente às dimensões da qualidade do serviço prestado por enfermeiros e o conteúdo da Teoria ERG, objetivando mostrar como a Teoria pode ser bem aplicável à área hospitalar e ao trabalho do enfermeiro.

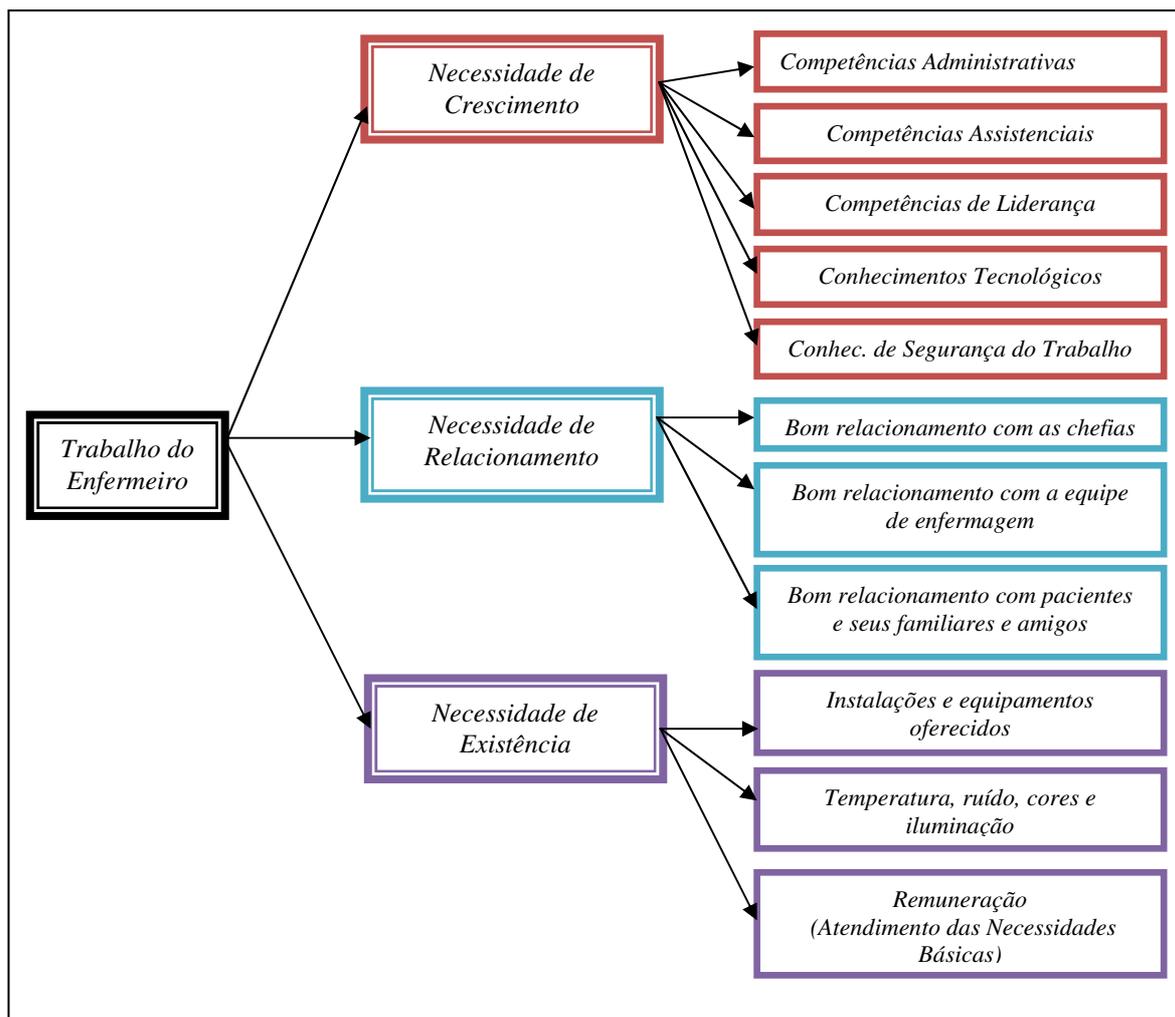


Figura 20 – Teoria ERG e as dimensões da qualidade em serviços hospitalares
 Fonte: A autora (2009)

Observa-se que, o trabalho do enfermeiro necessita de diversas condições de trabalho para a prestação do serviço com qualidade e bem estar da equipe. São fatores indispensáveis a existência de boas instalações físicas, observando as condições de temperatura, ruído, cores, umidade e iluminação, além de uma remuneração justa para atendimento das necessidades fisiológicas básicas, levando em consideração as especializações da função.

Vale ressaltar, também, que os enfermeiros precisam ter um bom relacionamento com as chefias, equipe de enfermagem, pacientes e familiares, pois o tipo de relacionamento tem impacto direto na qualidade do serviço prestado por esses profissionais. Com relação à necessidade de crescimento, é importante considerar que o desempenho do indivíduo estar ligado a sua competência (conhecimento, habilidade e atitude), devendo então, estar preparado para assumir as funções administrativas, assistenciais, de liderança e de segurança do trabalho e ser reconhecido pelo bom desenvolvimento de seu trabalho.

6.4 – Utilização da Ergonomia Organizacional como Ferramenta de Melhoria das Condições de Trabalho dos Enfermeiros da Área de Saúde Hospitalar

Foi visto durante a Fundamentação Teórica que, a ergonomia organizacional tem a finalidade de aperfeiçoar os sistemas sócio-técnicos, incluindo suas estruturas organizacionais, políticas corporativas, processos de produção e negócio. Desta forma, ela foi escolhida para ser utilizada na fase de diagnóstico das necessidades dos profissionais de enfermagem para que a organização possa saber quais são seus principais problemas, de forma participativa, construindo um processo de melhoria das condições de trabalho com o comprometimento da equipe. Essas ações ajudarão a estimular a motivação dos enfermeiros.

Constatou-se no decorrer do trabalho que, os enfermeiros tiveram uma grande alteração de suas atribuições e que, é papel da ergonomia organizacional obter conhecimentos do trabalho destes profissionais, de forma a contribuir para análise de suas atribuições e do ambiente de trabalho.

É finalidade da ergonomia organizacional influenciar na manutenção de um ambiente confortável, promovendo um melhor desempenho dos profissionais em suas atividades através de verificações de fatores físicos, como: insalubridade, ruído, iluminação, aplicação de cores, conforto térmico; também é verificado o posto de trabalho, a análise inclui a utilização de equipamentos, o processo de comunicação, os procedimentos administrativos e operacionais

de trabalho. Além de abordar assuntos relativos ao estresse, incluindo esquemas de turnos alternantes, desenvolvimento rápido de tecnologia, hierarquia, acidentes de trabalho, sistemas de informação, dentre outros tópicos, visando administrar a carga de trabalho, diminuindo problemas osteomusculares e psicológicos.

6.5 – Aplicação da Análise Ergonômica do Trabalho para Projeto da Análise das Condições de Trabalho

Neste momento da tese, será sugerida a aplicação da metodologia Análise Ergonômica do Trabalho - AET para Área Hospitalar, como forma de colher dados para a elaboração de um modelo de motivação a ser aplicado na área hospitalar, observando os aspectos psicossociais e a interferência dos aspectos ergonômicos sob o comportamento dos enfermeiros. Pontualmente, o trabalho de ordem metodológica deve obedecer as seguintes etapas:

1º) Análise da demanda – Neste momento inicial serão analisados os aspectos organizacionais e ergonômicos, definindo os principais problemas em cada hospital, a partir de uma negociação com os diversos atores sociais envolvidos. Nesta etapa, será desenvolvida uma pesquisa de campo, após a definição da população e da seleção da amostra dos hospitais que serão estudadas.

Pretende-se determinar os problemas que serão estudados e elaborar hipóteses com causas, efeitos e possíveis soluções. Um dos aspectos que deve ser verificado é a influência dos avanços tecnológicos na motivação dos funcionários para o trabalho, analisar qual é o grau de dificuldade dos funcionários em acompanhar esses avanços.

2º) Análise da tarefa – Essa análise incidirá sobre os processos de trabalho, normas e rotinas hospitalares impostas ou prescritas; levantamento dos indicadores de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Nesta fase, é importante, além do levantamento dos procedimentos operacionais, a realização de entrevistas com médicos e funcionários sobre as condições de trabalho, disponibilidade de aparelhos, aspectos do ambiente físico, higienização e limpeza, adoção de políticas socialmente responsáveis, incluindo aspectos relacionados com a política de Recursos Humanos, além da adoção de uma postura pró-ativa diante dos riscos ocupacionais, desenvolvimento de política de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho.

3º) Análise da atividade - análise do comportamento do homem no trabalho. Nessa fase, será utilizada a técnica de observação direta. Verificando o desempenho das pessoas

envolvidas em situação ativa de trabalho, analisando se as condições ambientais, técnicas, organizacionais e o espaço físico são adequados ao exercício pleno da profissão; conhecer o clima organizacional das instituições de saúde; se as condições humanas para o trabalho são condizentes à satisfação de necessidades fisiológicas como sono, alimentação, higiene pessoal, cuidado com a saúde, etc.

4º) Diagnóstico Ergonômico – Após o término das três etapas anteriores, será elaborada uma síntese da análise ergonômica do trabalho de cada hospital, correlacionando às condicionantes ambientais e técnico-organizacionais de um posto de trabalho com as determinantes manifestadas pelo trabalhador.

5º) Caderno de Encargos de Recomendações Ergonômicas – deverão ser estabelecidas de forma condensada as diversas especificações sobre a situação futura, tanto em termos ambientais como organizacionais.

A idéia da utilização da AET surgiu com a finalidade de ajudar no planejamento de ações coerentes com a necessidade do setor de enfermagem, tomadas de decisões acertadas, reduzindo o custo com absenteísmo por doença, reduzindo a exposição a riscos ocupacionais, melhorando a satisfação com o trabalho e o seu ambiente, e por conseqüência melhorando os serviços de saúde prestados por esses profissionais.

No próximo tópico, será apresentado um modelo de motivação utilizando os conceitos da Teoria ERG e os conceitos da AET, como ferramenta de diagnóstico para priorização de ações que melhorem a motivação no trabalho de enfermeiros.

6.6 – Modelo de estímulo da motivação de enfermeiros na área de saúde hospitalar

O modelo que será apresentado tem o objetivo de fazer um diagnóstico do trabalho do enfermeiro e de suas condições estruturais, organizacionais e ambientais para desenvolver um plano de ação preciso que leve a uma maior satisfação dos profissionais de enfermagem com o trabalho e com a instituição de saúde.

Tem como premissas a Teoria Motivacional ERG, além de alguns conceitos da teoria da fixação de objetivos, pois tem início no planejamento estratégico e no planejamento das áreas e definição de objetivos e metas individuais e coletivas para os enfermeiros.

Conforme foi analisado, a definição de valores e metas ajuda a motivar o comportamento humano. Como explica Cavalcanti (2005), as pessoas centralizam seus esforços em direção a objetivos, tecendo sua energia e pensamento para alcance de objetivos.

Além de existir uma maior preocupação com a atividade desenvolvida pelos enfermeiros, realizando um diagnóstico dos fatores que interferem na motivação dos funcionários e na realização de suas atividades laborais. Para obtenção de diagnóstico preciso foi utilizada a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho – AET.

Todo esse trabalho de análise é focado na satisfação dos funcionários para que eles tenham condições de prestar um bom serviço para os pacientes e suas famílias. Já que, a qualidade dos serviços prestados é relacionada com a satisfação dos funcionários com o trabalho e com a organização hospitalar oferecida.

Essa satisfação depende de vários fatores, como: processos e procedimentos de trabalho, qualidade dos relacionamentos com superiores e colegas de trabalho, adaptação às novas tecnologias, boas condições de trabalho e políticas de valorização dos funcionários, incluindo treinamento, remuneração e segurança no trabalho, ou seja, dos conceitos da Teoria Motivacional ERG, como demonstra a Figura 21 - Premissas do modelo motivacional aplicado aos profissionais de enfermagem.

Explicando o Modelo Motivacional sugerido por etapas, pode-se verificar o seguinte:

- a) na primeira etapa, os objetivos e as metas empresariais deve-se ser definidas no Planejamento Estratégico da Organização;
- b) tendo os objetivos e as metas organizacionais definidas, é de extrema relevância desdobrá-los em objetivos e metas setoriais e, por conseqüência, em objetivos e metas do setor de enfermagem.

Até o presente momento, foram enfatizados os princípios da teoria motivacional da Fixação de Objetivos, que afirma que, a compreensão de objetivos faz com que as pessoas se engajem mais e tenham um melhor desempenho nas suas funções, melhorando a qualidade dos serviços prestados ao paciente.

- c) por outro lado, é necessário que os enfermeiros tenham uma boa condição de trabalho, desta maneira, o hospital precisa realizar um diagnóstico das condições de trabalho e de suas atividades e tarefas. Para efetuar o diagnóstico, o modelo sugere a utilização da metodologia da Análise Ergonômica de Trabalho e a utilização dos conceitos da Teoria Motivacional ERG.

- d) verificam-se as condições ambientais, aspectos com relação a treinamento para a função, remuneração, qualidade dos relacionamentos, processos e procedimentos de trabalho e adaptação à aquisição de tecnologias.

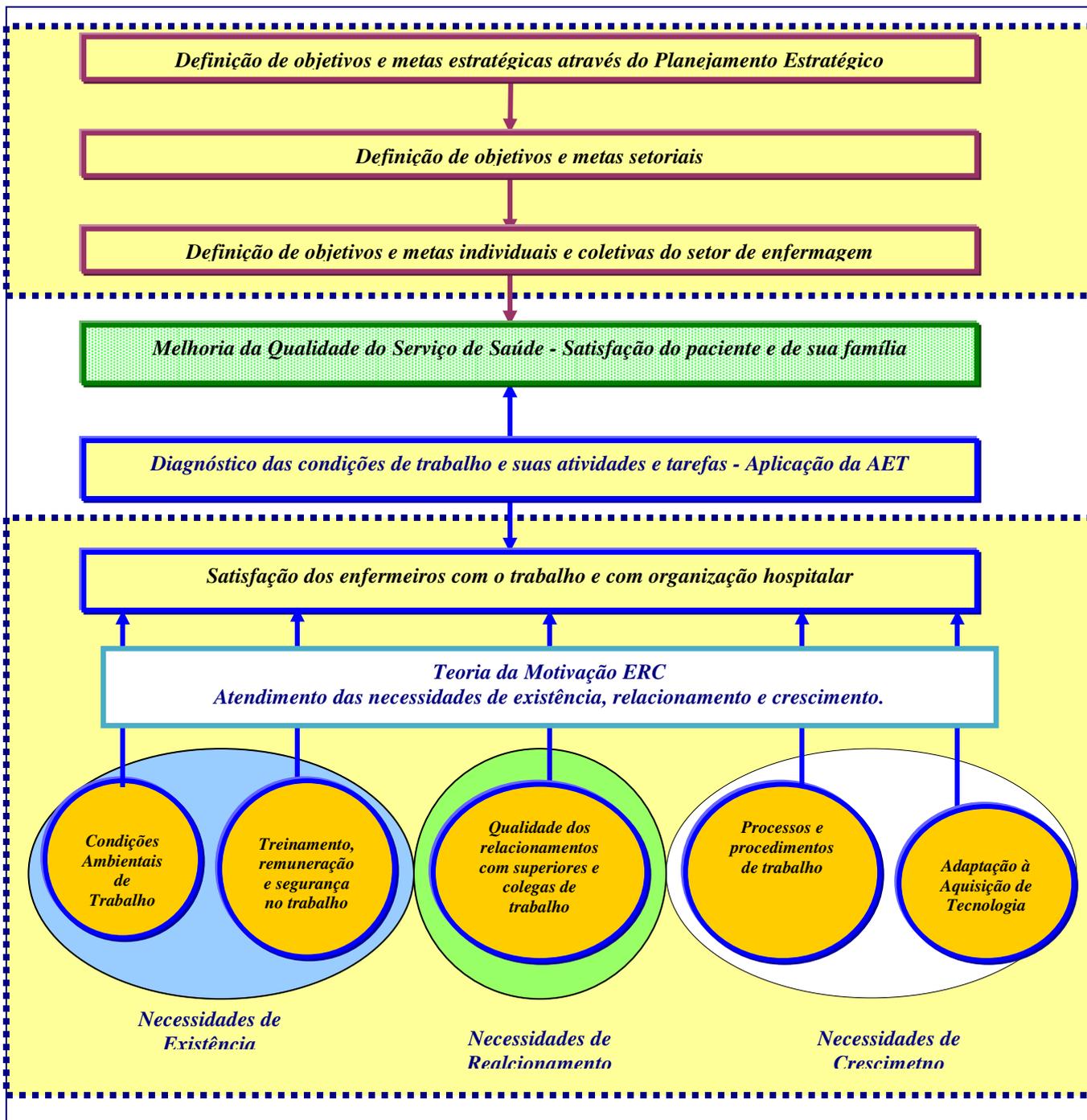


Figura 21 – Premissas de um modelo motivacional aplicado aos profissionais de enfermagem
 Fonte: A Autora (2009)

A idéia é fazer com que o enfermeiro fique satisfeito com sua função e com as condições de trabalho oferecidas, desempenhando melhor as suas atividades, o que causa impacto direto na melhoria do serviço oferecido e, conseqüentemente, o paciente e seus familiares ficarão mais satisfeitos, e o hospital ganhará por ter a fidelidade do paciente e de sua família, além de possível indicação.

6. 7 – Conclusões do Capítulo

Sintetizar os principais aspectos motivacionais em um único modelo, não é uma tarefa fácil, devido às especificidades do setor hospitalar, caracterizado por um trabalho sistêmico e padronizado, onde existem inúmeras preocupações e problemas, incluindo infecções, riscos hospitalares, recuperação do paciente, efeitos psicológicos dos familiares, horários alternantes de trabalho, tecnologia associada, além de outros fatores. A escolha do modelo baseado nos conceitos da Teoria ERG (Existência, relacionamento e crescimento) se deu após a análise do trabalho do enfermeiro na prática dos três hospitais, que fizeram parte da pesquisa de campo, e de dados encontrados na pesquisa bibliográfica.

Com os dados coletados nas duas pesquisas, pôde-se constatar que, o trabalho desses profissionais tem algumas deficiências e necessitam de alguns cuidados, como por exemplo: de fatores salariais, de capacitação e de prevenção à doenças ocupacionais (necessidades ligadas a existência); de análise da autonomia, de relacionamentos com superiores e com a equipe de enfermagem. Observou-se que, é comum os enfermeiros possuírem funções de liderança (necessidades ligadas a relacionamentos); além de fatores ligados ao trabalho atual e a possibilidade de carreira (necessidades ligadas ao crescimento de carreira).

O modelo motivacional proposto procura utilizar a metodologia da AET, como forma de fazer um diagnóstico detalhado da função do enfermeiro e das suas condições de trabalho. Procura conseguir uma melhoria na satisfação desses profissionais para obter uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Para que o modelo motivacional tenha sucesso é necessário um comprometimento da alta administração, pois os planos de melhoria necessitarão de investimentos em equipamentos, treinamento, revisão de procedimentos administrativos, ligados à estratégia organizacional.

No próximo capítulo, serão apresentadas as conclusões, limitações e as sugestões para novas pesquisas.

Sétimo Capítulo

CONCLUSÕES, SUGESTÕES E LIMITAÇÕES

“Pouco conhecimento faz com que as pessoas se sintam orgulhosas. Muito conhecimento, que se sintam humildes”.

Leonardo da Vinci

7 - CONCLUSÕES, SUGESTÕES E LIMITAÇÕES

O objetivo deste capítulo é apresentar as principais conclusões da pesquisa, bem como comentar algumas limitações encontradas no desenvolvimento do trabalho e algumas sugestões para futuros trabalhos na área. A tese apresentada tem o objetivo de analisar os componentes que interferem na motivação de enfermeiros, propondo um modelo motivacional, que atenda as especificidades da área de saúde hospitalar.

7.1 – Conclusões

Foi observado durante a pesquisa que, o serviço na área hospitalar é marcado pela padronização do trabalho, cultura de urgência, avanços tecnológicos e exposição a vários tipos de riscos à saúde do profissional.

Na execução desse serviço, é muito importante o recrutamento, a seleção e o treinamento de profissionais, afim de melhor atender os pacientes. Para tanto é preciso um alto nível de qualidade pessoal, contar com profissionais que tenham respeito, desprendimento, inteligência e habilidades específicas no trato com paciente, que saibam tomar as opções mais adequadas para garantir e obter resultados desejados. Para aumentar a eficiência, a empresa precisa padronizar procedimentos e estipular metas setoriais, coletivas e individuais, com ênfase na aplicação da disciplina positiva na área hospitalar. Desta forma, constata-se como verdadeira a primeira hipótese da pesquisa afirmando que, as instituições de saúde que priorizam na sua seleção de pessoal, funcionários que valorizam as relações interpessoais e o trabalho em equipe e verificam a facilidade da absorção de novas tecnologias, têm um corpo funcional mais motivado.

Outro tópico apontado é que, a ergonomia tem o objetivo de melhorar a segurança, a satisfação e bem estar dos trabalhadores no seu relacionamento com sistemas produtivos, e por isso desenvolve atividades nos ambientes físicos, cognitivos e organizacionais. Foi vista uma variedade de programas ergonômicos em empresas mundiais. Alguns programas surgiram para melhorar a qualidade da produção, capacitando equipes de trabalho, com objetivo de desenvolver novas estratégias de trabalho. Para implantação desses programas é

necessária a contratação de especialistas em ergonomia, além da participação de trabalhadores.

A área hospitalar avançou bastante nas últimas décadas, porém a maioria dos estudos realizados tenta identificar estratégias ergonômicas para diminuir os esforços osteomusculares, determinantes de problemas mais frequentes entre trabalhadores de enfermagem hospitalar.

Este trabalho utilizou a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho – AET, que visa uma compreensão mais abrangente da situação de trabalho, procurando entender como o trabalho é efetivamente realizado, quais são os seus determinantes e quais as suas repercussões na saúde dos que executam e no desempenho da qualidade e produtividade do processo.

A AET busca identificar os principais fatores na estrutura organizacional que interferem no trabalho, como: estrutura geral do sistema de produção, fluxo de produção, sistemas de controle, sistemas de comando e problemas críticos evidentes; definição e repartição de funções e tarefas de trabalho, decisão e implementação dos meios materiais e humanos. Nas condições ambientais estuda o espaço, o arranjo físico, o mobiliário, o ambiente térmico, o acústico, o luminoso entre outros.

A análise ergonômica do trabalho contém o estudo das atividades das pessoas como fonte principal de informações para o entendimento dos aspectos que compõem o trabalho. A metodologia AET utiliza os seguintes procedimentos: análise da demanda; análise da tarefa; análise da atividade; síntese ergonômica do trabalho.

No terceiro capítulo da tese foi realizada uma pesquisa sobre a aplicação da metodologia AET em diversos setores e foram encontradas em média de 30 aplicações em diversos setores, como por exemplo: setor de obras de arte especiais da construção civil; produção agrícola familiar; no processo de educação à distância; em marcenarias; setor de teleatendimento; reciclagem de lâmpadas; produção artesanal de carvão vegetal; indústria vidreira; perfuração de petróleo; serviços jurídicos; instituições militares e panificadoras.

Na área de saúde, também, se desenvolveram algumas pesquisas com a aplicação da AET convergindo para os seguintes aspectos: materiais e quantitativos de recursos humanos do corpo de enfermagem; análise da qualidade do serviço de raio-X; análise do sistema de informações gerenciais utilizados em unidades de saúde; estudo de trabalho das copeiras; concepções de centrais de esterilização de instrumentos odontológicos, dentre outros.

No ano 2008, foi publicado um estudo realizado em um hospital universitário aplicando a AET em duas enfermarias com a participação de dez profissionais de enfermagem com objetivo de estabelecer um diagnóstico ergonômico a partir das demandas relacionadas aos recursos humanos e materiais. Na análise ergonômica foram apontadas a falta de qualidade dos recursos materiais, a grande sobrecarga de trabalho e a exposição ao risco como principais problemas. Segundo Mauro et al. (2008), o envolvimento do trabalhador nas decisões faz com que aumente a aceitabilidade de uma mudança organizacional, pois o mesmo percebe que está contribuindo para mudar seu posto de trabalho, e não mantido à margem dos problemas da organização.

Tratando-se do Pólo Médico do Recife especificamente foram encontradas algumas características: surgiu de ações espontâneas de médicos e empreendedores. Atualmente, ele se concentra na Ilha do Leite, com diversas instituições que prestam serviços de saúde, gerando um núcleo de cadeia produtiva formada por hospitais, faculdades de medicina, clínicas especializadas, serviços ambulatoriais e de complementação diagnóstica ou terapêutica, além de atividades voltadas para profissionais de saúde e atividades afins. Outras prestações de serviços complementam o núcleo produtivo de saúde: indústrias farmacêuticas, de produção e manutenção de equipamentos, serviços de informática e automação, de descartáveis, de gases, serviço de lavanderia, de esterilização, de coleta e tratamento de lixo, de hospedagem, além de outros, empregando aproximadamente 20,8 mil pessoas em 2002, com cerca de 1800 estabelecimentos.

Os hospitais têm maior capacidade de atrair a clientela por ter melhor qualidade dos serviços prestados, melhores instalações físicas, equipamentos modernos, profissionais qualificados e serviços de apoio estruturados, incorporando tecnologia de ponta.

Para a execução desta tese, houve uma pesquisa de campo em três hospitais do Recife sobre as condições de trabalho dos enfermeiros neles lotados e as características destes hospitais.

Nas entrevistas realizadas foram identificados alguns importantes pontos: a equipe médica em dois dos hospitais entrevistados faz parte de uma cooperativa; todos os hospitais possuem certificado ISO 9000, por necessitar de padronização dos procedimentos; a escala de trabalho é baseada na legislação específica para hospitais; existe uma preocupação com a realização de horas extra em dois hospitais e esses priorizam a contratação de profissionais com apenas um vínculo empregatício; a possibilidade de ascensão dos enfermeiros nessas instituições é pequena.

Nas instituições pesquisadas, foi observado que, os enfermeiros são responsáveis pela coordenação de técnicos e auxiliares de enfermagem, exercem atividades de liderança, controle disciplinar da equipe, inclusive a utilização de normas e procedimentos operacionais, controle de prontuários com a administração correta dos medicamentos prescritos, escalas de trabalho, pausas e administração de riscos a saúde com a devida utilização de equipamentos de proteção individual – EPI's. É importante constatar que, em muitos casos acontece um processo de resistência dos enfermeiros em assumir essas novas funções de liderança, pois em suas formações superiores não tiveram disciplinas de gestão, e sim assistencialistas e ligadas à área de saúde.

Outro ponto de extrema importância é a remuneração desses profissionais, ela teria de ser mais bem estudada. Ficando claro durante o estudo, a falta de plano de cargos, salários e carreira bem estruturado, devendo, então, essas instituições desenvolver um plano com progressão horizontal e vertical, com o objetivo de reduzir a quantidade de jornada de trabalho, tendo apenas um vínculo empregatício, reduzindo o grau de estresse e melhorando a qualidade hospitalar prestada à comunidade. Este ponto é relacionado com a terceira e com a quarta hipóteses da pesquisa, afirmando que, a falta de plano de remuneração e de plano de desenvolvimento pode levar a insatisfação dos enfermeiros, além de que os baixos salários dos enfermeiros fazem com que eles precisem trabalhar em mais de uma instituição, aumentando o seu grau de estresse.

Como, a falta de qualidade em serviço de saúde tem sérias conseqüências, além da insatisfação do paciente e de seus familiares, muitas vezes pode levar a perda na imagem e ter conseqüências danosas na saúde do paciente, como o agravamento clínico, com o comprometimento de outros sistemas do corpo humano e até levar a morte, a grande preocupação da empresa hospitalar, atualmente, é qualidade do serviço prestado.

Finalizando o trabalho e respondendo ao questionamento: “como melhorar a motivação dos funcionários que trabalham na área de saúde” optou-se por utilizar os conceitos da Teoria ERG e da Teoria da Fixação de Objetivos para desenvolver um modelo de motivação aplicado a instituições hospitalares, com o foco na função do enfermeiro. Para a fase de diagnóstico das necessidades dos enfermeiros escolheu-se a metodologia AET, com forma de propor soluções que ajudem na melhoria das condições de trabalho e reduzam o estresse e as doenças ocupacionais.

A proposta de aplicação da metodologia AET se deu por verificar que a metodologia ajuda na análise detalhada da tarefa e dos fatores que interferem na sua execução. A tese, por

fim, propõe um estudo da primeira versão do modelo para a área de saúde hospitalar, promovendo mudanças organizacionais que maximizaria o ambiente físico, os processos organizacionais e as atividades desempenhadas pelos funcionários da área, facilitando o desempenho, aumentando a satisfação dos funcionários no trabalho.

Com base nos dados e informações coletados, fica claro que as atividades desempenhadas pelos enfermeiros ocorrem num universo cuja complexidade integra fatores díspares e conflitantes: a atividade é de ordem privada, logo implica em lucro; no entanto, o objeto de atuação são vidas humanas.

Embora essenciais, os profissionais de enfermagem padecem de uma gama de necessidades: não tem autonomia condizente com sua autoridade e especialidade; sofrem o natural desgaste físico e emocional inerentes a sua profissão, enfatizando o problema do trabalho em turnos alternantes, que influencia na questão biológica e prejudica a participação em eventos sociais; e principalmente há uma divisão do trabalho que interfere na prestação da assistência aos pacientes, o que por sua vez causa um paulatino desgaste mental a esses profissionais e aumenta a probabilidade de ocorrência de erros e acidentes de trabalho, pondo em risco a vida de pessoas que deveriam receber desses profissionais um tratamento de qualidade.

Constata-se ainda, que talvez por uma questão de custo, ou mesmo por razões outras, os hospitais ainda não desenvolveram um trabalho ergonômico condizente com as necessidades aqui apontadas.

7.2 – Limitações

Entendem-se como limitação deste trabalho de pesquisa os seguintes fatos: a) a dificuldade de encontrar bibliografia específica; b) limitou-se ao estudo do cargo de enfermeiro, não podendo ser aplicado a outros cargos; c) a pesquisa de campo foi focada na área hospitalar de Recife, não podendo generalizar o resultados para outras instituições de saúde e em outras localidades, já que a amostra estudada é bem específica; d) o modelo estudado precisa de melhorias a ser efetuadas, após a aplicação de um pré-teste em um dos hospitais estudados. Portanto, não é nosso objetivo esgotar os estudos, e sim fazer um estudo preliminar.

7.3 – Sugestões para Futuros Trabalhos

Como sugestão para novos trabalhos, recomenda-se fazer a aplicação do modelo motivacional na área hospitalar com o cargo de enfermeiro, podendo também, ampliar para novos cargos, ou para outros estabelecimentos de saúde. Outra alternativa seria focar no desenvolvimento tecnológico e na preparação dos profissionais para os novos desafios da competitividade. Finalizando, ainda, pode ser proposto um estudo avaliando, sob a ótica da perspectiva do paciente e de sua família, a qualidade da prestação de serviços oferecida por enfermeiros antes e após a aplicação do modelo motivacional proposto.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, K. *A única coisa que importa: trazendo o poder do cliente para dentro da empresa*. São Paulo: Pioneira, 1993.
- ALDERFER C. P. *An empirical test of a new theory of human needs*. *Organization Behavior and Human Performance*, 4, 142-175, 1969.
- ALEXANDRE, N. M. C, MORAES, M. A. A.; CORREA FILHO, Heleno R et. al. *Evaluation of a program to reduce back pain in nursing personnel*. *Rev. Saúde Pública*, ago. 2001, vol.35, no.4, p.356-361. ISSN 0034-8910.
- ALEXANDRE, N.M.C. *Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem*. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, v. 32, n. 1, p. 84-90, abr. 1998.
- ALEXANDRE, N.M.C.; ANGERAMI, E.L.S. *Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes*. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, v. 21, n. 77, p. 81-90, jan. 1993.
- ALEXANDRE, N.M.C.; MORAES, M.AA.; MAHAYRI, N.; CUNHA, S.H.F. *Aspectos ergonômicos e posturais no centro de materiais*. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, v. 26, n. 1, p. 87-94, mar. 1991.
- ALMEIDA, L. G. *Gerência de Processo: mais um passo para excelência*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1993.
- ALMEIDA, S. *Cliente, eu não vivo sem você: o que você não pode deixar de saber sobre qualidade em serviços e clientes*. Salvador: Casa da Qualidade, 1995.
- AMARANTE, S.T. *Análise das condições ergonômicas do trabalho das enfermeiras de centro cirúrgico*. São Paulo, 1999, 214p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ANTUNES, Arthur Velloso; Sant Anna, Lígia Rodrigues. *Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 49, n.3, p.425-434, jul./set. 1996.
- ARAUJO, Tânia M, AQUINO, Estela, MENEZES, Greice et al. *Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem*. *Rev. Saúde Pública*, Aug. 2003, vol.37, no.4, p.424-433. ISSN 0034-8910.
- BECK, C. L. C. *O Sofrimento do Trabalhador: da banalização à resignificação ética na organização da Enfermagem*. Florianópolis [s.n.], 2001.

- BELL, Daniel. *The Coming of Post-Industrial Society: a venture in social forecasting*. Basic Books, Inc., Nova York, 1973.
- BENEDITO, G.A.V. *Análise de exigências cognitivas das atividades do trabalhador de enfermagem*. Florianópolis, 166p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- BENEDITO, G.A.V.; GONTIJO, L.A. *A ergonomia cognitiva: um referencial de análise na arte do cuidar em enfermagem*. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 5, n. 1, p. 111-29, jan. 1996.
- BERGAMINI, Cecília W. *Motivação nas organizações*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- BERNARDINA, L.D.; MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, E.C.C. *Postura corporal adotada pelos membros da equipe de enfermagem durante os procedimentos de colheita de sangue, administração de medicação endovenosa e soroterapia*, *Rev. Esc. Enfermagem USP*, v. 29, n. 3, p. 317-30, dez., 1995.
- BORBA, Valdir Ribeiro; LISBOA, Teresinha Covas. *Teoria geral de administração hospitalar: estrutura e evolução do processo de gestão de hospitais*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.
- BULHÕES I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. Rio de Janeiro (RJ): Correio Carioca, 1998.
- CABANA, Maria Cristina Fonsêca de Lima. *Vida de médico e ofício da medicina: estudo sobre a saúde mental do médico, seu cotidiano e estilo de vida*. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2005.
- CANINI, Silvia Rita Marin da Silva, GIR, Elucir, HAYASHIDA, Miyeko et al. *Acidentes Perfurocortantes entre Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário do Interior Paulista*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Mar./Apr. 2002, vol.10, no.2, p.172-178. ISSN 0104-1169.
- CARDOSO, V. M. B.; MORAES, A. de. *Fatores ergonômicos que influenciam na recuperação de pacientes internos em hospitais e a opinião de pacientes sobre as dificuldades vivenciadas*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA - ABERGO, 9, 1999, Salvador. Anais. Salvador.
- CARRAPINHEIRO G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2ª ed. Porto (Portugal): Afrontamento, 1999.
- CAVALCANTI, V. L. (org.). *Liderança e Motivação*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- CAVASSA, C.R. *Ergonomia y productividade*. Balderas, Limsa Noriega, 1997.
- CHIAVENATO, I. *Recursos Humanos*. Ed. Compacta, 6 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

- COCKELL, Fernanda Flávia. *Incorporação e apropriação dos resultados de intervenção ergonômica: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: UFSCar, 2005.
- COLETA, José Augusto Dela; COLETA, Marília Ferreira Dela. *Escalas para medida de fatores da cultura organizacional de instituições de educação superior*. Aval. Psicol. Nov. 2005, vol. 4, nº 2, p. 173-182. ISSN 1677-0471.
- COSTA, Fernanda Marques da; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Rosângela de Sena. *Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, jan-fev; 62(1): 38-44, 2009.
- CRUZ, Roberto Moraes, ALCHIERI João Carlos; et al. *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.
- DEMING, W. E. *Qualidade: A revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.
- DONABEDIAN, A. *The seven pillars of quality*. Arch Pathol Lab Med, 1990.
- DULL, J.; WEERDMEEESTER, B. *Ergonomia Prática*. 2ª ed. Editora Edgard Blücher, 2005.
- ERDMANN, A.L.; BENEDITO, G.A.V. *A ergonomia como instrumento no processo de trabalho de enfermagem*. Texto & Contexto Enfermagem, v. 4, n. 1, p. 41-6, jan./jun. 1995.
- ESTRYN-BEHAR, M. *Ergonomia hospitalar: teoria e prática*. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENFERMAGEM DO TRABALHO, 7, Rio de Janeiro, 1996. Anais. Rio de Janeiro, 1996. p. 96-105.
- ESTRYN-BEHAR, M.; POINSIGNON, H. *Travailler à l'hôpital*. Paris, Berger Levrault, 1989.181p.
- FARIA, M.F.S. *O trabalho hospitalar e saúde: estudo de caso de técnicos e auxiliares de Enfermagem em instituição de pediatria*. Rio de Janeiro.1996. 103p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública.
- FERNANDES, Ana Cristina; LIMA, João Policarpo R. *Cluster de serviços: contribuições conceituais com base em evidências do pólo médico do Recife*. Nova econ., Belo Horizonte, v. 16, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512006000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2009. doi: 10.1590/S0103-63512006000100001.
- FERREIRA, André. *Os fatores de motivação no trabalho: o que pesam os líderes*. 62 p. Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão Estratégica de Negócios. Instituto de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2006.

- FIALHO, F.; dos SANTOS, N., *Manual de Análise Ergonômica do Trabalho*. Editora Gênese, Curitiba: 290 p. 1995.
- FISCHER, D.; PASTRE, T. M.; KMITA, S. *Dinâmica de Comitês de ergonomia em diferentes organizações*. In: XII Congresso Brasileiro de Ergonomia, 2002, Recife – PE, Anais, CDROM.
- FITZSIMMONS, James A.; FITZSIMMONS, Mona J. *Administração de serviços: operações, estratégias e tecnologia de informação*. Porto Alegre: Bookman Editora, 2000.
- GIANESI, I. G. N. & CORRÊA, H. L. *Administração Estratégica de Serviços: operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas, 1996.
- GRANDJEAN, E. *Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem*. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 1998.
- GRAY-TOFT P.; ANDERSON J. G. *Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects*. Soc Sci Med, 1981;639-47.
- GUÉRIN F., et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia*. Tradução Gilliane M. J. Ingratta e Marcos Maffei. Fundação Vangolini USP Departamento de Engenharia de Produção. São Paulo: Ed. Edgard Blucher Ltda, 2001.
- GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F; Duraffourg, J.; Kerguelen, A. *Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie*. Montrouge: Anact, 1991.233p.
- GUIMARÃES NETO et al. *Dimensão e significado do Pólo Médico do Recife*. In: LIMA J., Policarpo (Coord.) et al. *O Pólo Médico do Recife: cadeia de valor, desafios e oportunidades*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004.
- GUIMARÃES, Paulo Ferraz. *Serviços de Saúde no Recife: trajetória recente do Pólo Médico- Hospitalar*. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2004.
- HACKMAN, J. R. OLDHAM, G. R. *Motivation through the design of work: test of theory*. *Organizational Behavior and Human Performance*, v 16. ,p. 250-279. 1976.
- HACKMAN, J.R. e PORTER, L. W. *Expectancy theory predictions of work effectiveness*. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3, 417-426, 1968.
- HÄGG, G. M. *Corporate initiatives in ergonomics – an introduction*. *Applied Ergonomics*, v. 34, nº 1, p. 3-15, 2003.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU , 1986.

- IIDA, I. *Ergonomia: Projeto e Produção*. São Paulo: editora Edgard Blucher, 2005.
- JOSEPH, B. *Corporate ergonomics programme at The Ford Motor Company*. Applied Ergonomics, v. 34, nº 1, p. 23-28, 2003.
- JURAN, J.M.. *Juran on Quality by Design: The New Steps for Planning Quality into Goods and Services*. New York: Free Prez, 1992.
- KETCHUM, L. D; TRIST, E. *All teams are not created equal. How Employee Empowerment Really Works*. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
- KOTLER, P. *Administração de Marketing: a edição do novo milênio*. São Paulo: Prentice Hall, 2000.
- KOTLER, P. *Marketing para Serviços Profissionais*. São Paulo: Atlas, 1988.
- LACY, Marie Louise. *O Poder das Cores no Equilíbrio dos Ambientes*. Tradução Carmen Ficher. 9 ed. São Paulo: Editora Pensamento, 2002.
- LAS CASAS, A. L. *Marketing de Serviços*. São Paulo: Atlas, 2000.
- LAS CASAS, A. L. *Qualidade Total em Serviços: conceitos, exercícios, casos práticos*. São Paulo: Atlas, 1994.
- LAVILLE, A. *Ergonomia*. EPU/EDUSP. São Paulo, 1977.
- LEONARDO, Jefferson Marco Antonio. *A guerra do sucesso pelos talentos humanos*. Revista Produção. v. 12, nº 2, p. 42-53, 2002.
- LIMA J., Policarpo (Coord.) et al. *O Pólo Médico do Recife: cadeia de valor, desafios e oportunidades*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004.
- LIMA JÚNIOR, J.H. V. e ÉSTHER, A. B. *Transições, Prazer e Dor no Trabalho de Enfermagem*. RAE - Revista de Administração de Empresas, v. 41, n. 3, Jul./Set., 20-30, 2001.
- LIMA, João Policarpo R. e SICSÚ, Abraham. *Um Cluster em Construção (?) - Desafios do Pólo Médico do Recife*. Revista Economia Contemporânea, Rio de Janeiro: 411-440, jul./dez. 2004.
- LOCKE, E. A.; LATHAM, G. P. *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1990.
- MAIA, Silmara da Costa. *Análise ergonômica do trabalho na unidade de terapia intensiva: proposta para a minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho*. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 1999.
- MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galan; LAVERDE, Gabriel Ponton. *Administração Hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

- MARTINS, Milton Carlos. *Departamento de medicina social XIX*. São Paulo, 1998. 111f. Especialização (Curso de Especialização em Medicina do Trabalho) - Ergonomia. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
- MARZIALE, M.H.P. *Abordagem ergonômica do trabalho de enfermagem*. 1999, p. 149. Texto (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MARZIALE, M.H.P. *Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes*. 1990, p.132. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, E.C. *A ergonomia no hospital*. Rev. CIPA, n. 196, p. 98-108, 1996.
- MARZIALE, M.H.P.; CARVALHO, E.C.de. *Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 99-117, janeiro 1998.
- MARZIALE, M.H.P.; MELO, M.R.A.C.; SILVA, E.M. *A postura corporal adotada pela enfermeira durante a execução de seu trabalho*. Rev. Bras. Saúde Ocup., v. 19, n. 73, abr./maio/jun. 1991.
- MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. *O trabalho de enfermagem e a ergonomia*. Revista latino-americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-127, dezembro 2000.
- MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROZESTRATEN, Reinier Johanés Antonius. *Shift schedule: mental fatigue in nursing*. Rev. Latino-Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, 1995.
- MASLOW, A. H. *A theory of human motivation*. Psychological Review, 50, 370-396, 1943.
- MATOS, Cristina Henschel de; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. *Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso*. Revista de Nutrição, Campinas, v. 16, n. 4, 2003.
- MATOS, D.G. *O trabalho do enfermeiro do centro cirúrgico: um estudo sob a ótica da ergonomia*. Brasília, 1994. 160p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- MAURO, M. Y. C.; CUPELLO, A. J. *O trabalho de Enfermagem hospitalar: uma visão ergonômica*. Anais ABERGO. Gramado, 2001.

- MAURO, Maria Yvone Chaves; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DUARTE, Nei Santos. *Estudo Ergonômico do Trabalho de Enfermagem Focado nos Recursos Humanos e Materiais em Unidades de um Hospital Universitário*. III Congresso Internacional de Enfermagem do Trabalho. São Paulo. 18 a 22 de agosto de 2008.
- McCLELLAND, D. C; BURHAM, D. H. *O poder é o grande motivador*. In.: VROOM, V. H. (org.) *Gestão de Pessoas, não de pessoal*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- MÉLO, Maria Auxiliadora do Nascimento. *Qualidade e inteligência competitiva no setor de saúde suplementar: proposição de um modelo para análise da estratégia competitiva*. Tese de Doutorado. Recife: o autor, 2007.
- MÉLO, Maria Auxiliadora do Nascimento. *Gestão da Qualidade em Empresas Prestadoras de Serviços na Área de Saúde*. Dissertação de Mestrado Apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção. Recife: o autor, 2002.
- MENDES, Luciano Frizo. *O processo de mudança ergonômica e as relações entre saúde e trabalho: um estudo de caso*. São Carlos: UFSCar, 2003.
- MENDES, R. *Medicina do Trabalho e Doenças Ocupacionais*. São Paulo: Sarvier, 1980
- MESQUITA JÚNIOR, Abner Dantas de. *Elementos para identificação da necessidade de oferta, 24 horas, de bens alimentícios no Pólo Médico Hospitalar localizado no bairro da Ilha do Leite – Recife/PE*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção: UFPE, 2004.
- MEZOMO, J. C. *Gestão da Qualidade na Saúde Princípios Básicos*. São Paulo: Editora Manole, 2001.
- MIRSHAWKA, V. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- MOLLER, C. *O Lado Humano da Qualidade*. São Paulo: Pioneira, 1992.
- MONTEDO, Uiara Bandineli e SZNELWAR, Laerte Idal. *Análise ergonômica do trabalho agrícola familiar na produção de leite*. Prod. [online]. 2008, vol. 18, no. 1, pp. 142-154. ISSN 0103-6513.
- MONTMOLLIN, M. (1990). *A ergonomia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- MORAES, Anamaria; PEQUINI, Suzi Marino. *Ergodesign para trabalho com terminais informatizados*. Rio de Janeiro, 2AB Editora, 2000.
- MÜNCK_ULFSFÄLT, U.; FALCK A.; FORSERG, A.; DAHLIN, C.; ERIKSSON, A. *Corporate ergonomics programme at Volvo Car Corporation*. Applied Ergonomics, v. 34, nº 1, p. 17-22, 2003.

- NISHIDE, Vera Médice; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. *Ocorrência de acidentes de trabalho em uma unidade de terapia intensiva*. Rev. Latino-Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, 2004.
- NOULIN, M. *Ergonomie*. Paris: Techniplus, 1992.
- ORLICKAS, E. *Consultoria Interna de Recursos Humanos: conceitos, cases e estratégias*. São Paulo: Makron Books, 1998.
- PALADINI, E. P. *Gestão da Qualidade no Processo: a produção de bens e serviços*. São Paulo: Atlas, 1995.
- PALADINI, E. P. *Gestão da Qualidade: teoria e prática*. São Paulo: Atual, 2000.
- PEREIRA, Débora Maia; MAFRA, José Roberto; VIDAL, Mario César. *Aplicação da gestão integrada e análise ergonômica do trabalho (AET), na reciclagem de “lâmpadas fluorescentes tubulares”, em contexto de economia informal*. XXV Encontro Nac. de Eng. de Produção – Porto Alegre, RS, Brasil, 29 out a 01 de nov de 2005.
- PEREIRA, Luciane Lúcio; GALVÃO, Cláudia Raffa; CHANES, Marcelo (orgs.). *Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2005.
- PEREIRA, M. V. S. M.; VIDAL, M. C. *Ergonomia participativa: um alicerce para certificação de competências*. In: XII Congresso Brasileiro de Ergonomia, 2002, Recife – PE, Anais, CDROM.
- QUINN, J. B. *Empresas muito mais inteligentes*. São Paulo: Makron Books, 1996.
- REGO, A.; JESUINO, J. *Estilos de gestão do conflito e padrões motivacionais: um estudo exploratório in comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2002.
- ROBBINS, Stephen P. *Comportamento Organizacional*. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- ROCHA, A.M. *Fatores ergonômicos e traumáticos envolvidos na ocorrência de dor nas costas em trabalhadores de enfermagem*. Belo Horizonte. 1997, 151p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.
- ROLIM, F. S. C., MELO, L. C. P. de. *O setor de serviços de saúde nos estados de Pernambuco e Piauí. Relatório de pesquisa*. Fortaleza: Banco do Nordeste (mimeo), 1999.
- RUTENFRANZ, J. et al. *Trabalhos em turno*. Trad. Reinaldo Mestrinel. São Paulo: HICITEC, 1989. p. 135
- SANTOS, N.; FIALHO, F. A. P. *Manual de análise ergonômica do trabalho*. 2 ed. Atualizada e revisada. Curitiba; Genesis, 1997.

- SICSU, A. B. *Análise das Tendências Tecnológicas do Núcleo do Pólo Médico do Recife*. In: João Policarpo Rodrigues Lima. (Org.). *O Pólo Médico do Recife: cadeia de valor, desafios e oportunidades*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004.
- SILVEIRA, D.T. *Consulta-ação: educação e reflexão nas intervenções de enfermagem no processo trabalho-saúde-adoecimento*. Porto Alegre, 1997. 154p.
- SLACK, Nl. *Administração da Produção*. São Paulo: Atlas, 1996.
- SMYTH, J. *Corporate ergonomics programme at BCM Airdrie*. Applied Ergonomics, v. 34, nº 1, p. 39-43, 2003.
- SPECTOR, P. E. *Psicologia nas organizações*. São Paulo: Saraiva, 2002.
- STONER, J. A. F; FREEMAN, R. E. *Administração*. 5a. edição. Livros Técnicos e Científicos Ed. S.A., 1999.
- TARABOULSI, Fadi Antoine. *Serviços hospitalares: teoria e prática, compreender para atender e surpreender*. São Paulo: Reichmann & Autores Editores, 2005.
- VAN EERDE, W. e THIERRY, H. *Vrooms's expectancy models and Works-related criteria: a meta-analysis*. Journal of Applied Psychology, 82, 486-499, 1997.
- VASCONCELOS, Renata Campos; LIMA, Francisco de Paula Antunes; CAMAROTTO, João Alberto; ABREU, Ana Carolina Medeiros da Silveira; COUTINHO FILHO, Augusto Otávio Silveira. *Aspectos de complexidade do trabalho de coletores de lixo domiciliar: a gestão da variabilidade do trabalho na rua*. Gestão & Produção. vol.15, no.2, p.407-419, 2008.
- VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 1997.
- VIDAL, M. C. *Ergonomia na empresa: útil, prática e aplicada*. 2ª edição. Editora Virtual Científica. Rio de Janeiro, 2002.
- VIDAL, M. C. A. *Materialidade da Organização do Trabalho como Objeto da Intervenção Ergonômica*. In: SILVA, J. F. e JARDIM, S. A. *Danação do Trabalho*. Rio de Janeiro: Te Cora Editora, 1997, p. 89-138.
- VILELA, Lailah Vasconcelos de Oliveira; ASSUNCAO, Ada Ávila. *Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000400022.

Referências Bibliográficas

VILLAR, Rose Marie Siqueira. *Produção do Conhecimento em Ergonomia na Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2002.

VROOM, V. H. *Work and motivation*. Nova York: John Wiley, 1964.

WISNER, Alain. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de Ergonomia, tradução de Roberto Leal Ferreira*. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

ZEIHOUNE, R.C.G. *Desconforto lombar e as variáveis cinemáticas da postura do profissional de enfermagem*. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1996.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE TECNOLOGIA E GEOCIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Com o objetivo de colher informações sobre a influência da ergonomia organizacional nas atividades dos enfermeiros na área hospitalar, gostaria de contar com a sua colaboração.

- a) Com relação aos enfermeiros, quais são os problemas causados pelas condições insalubres dos hospitais?
- b) Existem muitos enfermeiros afastados por problemas de saúde? Quais são as principais doenças ocupacionais existentes?
- c) O que ocasiona um maior grau de stress nestes funcionários?
- d) Qual é o grau de interferência do enfermeiro no sucesso do tratamento médico em hospitais?
- e) Qual a aplicabilidade das teorias motivacionais existentes nas instituições de saúde?
- f) Como é o clima organizacional dos estabelecimentos de saúde?
- g) As condições ambientais de trabalho e o espaço físico são adequados ao exercício pleno da profissão?
- h) De que forma o avanço tecnológico interfere no trabalho dos enfermeiros? Existe capacitação? Com que frequência?
- i) Como é a relação dos enfermeiros com seus superiores? Qual é o grau de autonomia deles?
- j) Existem problemas de relacionamentos com a equipe de enfermagem?
- k) Existem rotinas e padrões formalizados nos trabalhos dos enfermeiros?
- l) Existem metas individuais ou coletivas?
- m) Como se dá o sistema de informações dentro de um hospital?
- n) Como é feita a escala de trabalho?
- o) Existe uma preocupação com os funcionários que trabalham em vários hospitais?

- p) Existem pausas dentro da jornada de trabalho destes funcionários?
- q) Quais são os riscos em que o corpo de enfermeiros estão expostos? Quais são os EPI's utilizados na função?
- r) Quando o hospital está com sua capacidade total ocupada, os auxiliares fazem hora-extra?
- s) Qual é a formação e experiência exigida para esses profissionais?
- t) Quais são as características das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros?
- u) Existe um plano de carreira?
- v) Quais são as possíveis promoções?
- w) Quanto à remuneração, ela é fixa ou variável?
- x) Existe algum estudo ergonômico do trabalho realizado?
- y) Quais os principais problemas identificados e as possíveis soluções?

Divisão do Corpo Funcional

N.º de Funcionários:

Função	Número de funcionários
Auxiliar de Enfermagem	
Atendentes	
Enfermeiros	
Técnico em enfermagem	
Técnicos de raio	
Fisioterapeutas	
Psicóloga	
Farmacêuticos	
Administrativos	
Direção	
Gerência	
Total de Funcionários	
N.º Médio de Pacientes Internados:	
N.º Médio de Pacientes Atendidos:	