

Gestão da qualidade de vida no trabalho em hospitais de São Paulo

Káthia de Carvalho Cunha¹
Ana Cristina Limongi

Resumo: Este estudo exploratório foi apresentado para conclusão do Programa de Pós-doutoramento da FEA-USP, junto ao Departamento de Administração. Objetivou compreender os valores que norteiam os programas de gestão da qualidade de vida no trabalho nos hospitais de São Paulo; identificar as ações que visam à gestão da qualidade de vida no trabalho (GQVT); caracterizar a visão dos gestores de pessoas sobre os programas de qualidade de vida no trabalho (QVT); e, analisar o conceito de gestão da qualidade de vida no trabalho vigente. O universo compôs-se dos hospitais com cem ou mais leitos ativos, em São Paulo. A amostra caracterizou-se por 35 hospitais, em sua maioria, privados. A coleta de dados deu-se pela aplicação de um questionário com escala Likert. A saúde foi identificada como foco principal da missão dos hospitais. Majoritariamente, constatou-se a inexistência de política formal de QVT, de gestão específica para programa de QVT e de indicadores de avaliação. Contudo, existiam impactos positivos de ações pontuais para a QVT de trabalhadores de nível operacional na motivação, produtividade, sentido da vida e vinculação com a empresa. A gestão da qualidade de vida no trabalho em hospitais pode agregar diferenciais ao conceito de hospitalidade praticado em seus serviços.

Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho em Hospitais de São Paulo

Embora existam iniciativas importantes e investimentos, mais recentes, na gestão do trabalho na saúde e na melhoria da qualidade dos processos de trabalho, sinais e sintomas, continuamente observados e verbalizados por trabalhadores das instituições hospitalares, remetem à possibilidade desses profissionais estarem a serviço de políticas comprometidas com a qualidade, mas que ainda não contemplam, de maneira plena, a gestão da qualidade de vida no trabalho. (BRASIL, 2007; SES, 2008).

A qualidade de vida no trabalho (QVT) é um conceito e uma filosofia de trabalho que visa à melhoria da vida dos trabalhadores. “É um estilo de administração em que os

¹ International Stress Management Association – ISMA. E-mail: vitor.c.cunha@gmail.com

empregados têm uma sensação de posse, auto-controle, responsabilidade e amor-próprio.” (DOLAN, 2006, p. 3-4).

A QVT pode ser compreendida como resultado de políticas macro e micro dimensionadas, intra e extra institucionais, que delineiam as práticas organizacionais, em interação e harmonia com características e necessidades pessoais e profissionais e com a natureza do processo e das relações de trabalho.

A QVT deriva da gestão da qualidade de vida no trabalho (GQVT). Nesse sentido, a QVT evidencia-se como resultado de uma rede de variáveis interdependentes, que afetam o ambiente, a organização, o trabalhador, o processo e as relações de trabalho. A complexidade desse conceito emerge quando se analisa a multiplicidade de fatores que afetam cada uma dessas variáveis.

A GQVT é entendida por França (2007, p. 167) como o gerenciamento de ações que incluem “diagnóstico, implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho alinhada e construída na cultura organizacional, com prioridade absoluta para o bem-estar das pessoas.”

A GQVT é influenciada pela estratégia institucional que pode viabilizá-la ou não, pois dá a direção e provê consistência, resulta de um processo de decisão, abrange toda a organização e sua relação com o ambiente, envolve questões de conteúdo e de processo, em diferentes níveis. Enfim, estratégia contempla a “formulação da missão e dos objetivos da organização, bem como de políticas e planos de ação para alcançá-los, considerando os impactos das forças do ambiente e a competição”. (ALBUQUERQUE, 2002, p. 37-8). A estratégia, enfocada desse modo, pode ser um instrumento de geração e manutenção da GQVT nas organizações, impactando então na QVT. Se, em cada etapa do processo de formulação visando à integração da estratégia de RH à estratégia da empresa, os gestores contemplarem nas suas decisões a QVT, as práticas organizacionais refletirão essas diretrizes. A dinamicidade, a temporalidade e a subjetividade, circunstanciadas pelo contingencialismo, evidenciam-se no processo interrelacional da QVT com a GQVT.

QVT pode decorrer de alguns benefícios organizacionais, mas não somente deles. Pode, para certas pessoas, incluir atendimento às necessidades de individuação como a auto-estima e a auto-realização. A compreensão da QVT é um processo multifacetado e direcionado pela diversidade de referenciais e visões de mundo que sustentam os “olhares” individuais e coletivos. A conscientização pode abrir ou fechar o “campo visual” desses

“olhares”, tornando-os mais claros ou turvos, mais superficiais ou profundos, mais próximos ou distantes da realidade vivida e observada.

O comprometimento com a QVT passa pela questão do nível de conscientização que se tem individual e coletivamente, o que aponta para a interface das exigências de qualidade com o nível de educação da sociedade, organização, grupo e indivíduo, o que reitera a relevância da aprendizagem organizacional e da educação corporativa. Comprometer-se com QVT requer atitudes individuais e coletivas de recusa à antimudança, à neutralidade, à anti-historicidade e à ingenuidade nas organizações o que remete aos valores e premissas que norteiam a missão, a visão, a filosofia, a estrutura, a cultura e as práticas institucionalizadas. A GQVT é influenciada pelas convicções dos gestores sobre a sua relevância quer seja na dimensão individual, coletiva, organizacional ou na da sociedade.

A QVT e a GQVT também dependem do imaginário que contempla o conceito de empresa cidadã, promotora da excelência, ética e moralidade, da força flexível e inovadora responsável pelo desenvolvimento e bem-estar da sociedade, com projeção de imagem de proteção para aqueles que as integram e que por meio delas agregam sentido às suas vidas. (FREITAS, 1997).

A GQVT em instituições de saúde pode também contemplar o conceito de hospitalidade, agregando diferenciais aos serviços: “Procurar alcançar a essência da hospitalidade é indispensável para entendermos as relações que se estabelecem entre seres humanos, tanto no ambiente familiar, quanto no ambiente de trabalho.” (SILVA, 2006).

A QVT e a GQVT coexistem nas organizações, em um gradiente da insuficiência até a excelência, de forma implícita ou explícita, gerenciada e vivenciada com diferentes graus de comprometimento, reciprocidade e conscientização. A Figura 1 evidencia a dinamicidade e complexidade da relação entre QVT e GQVT.

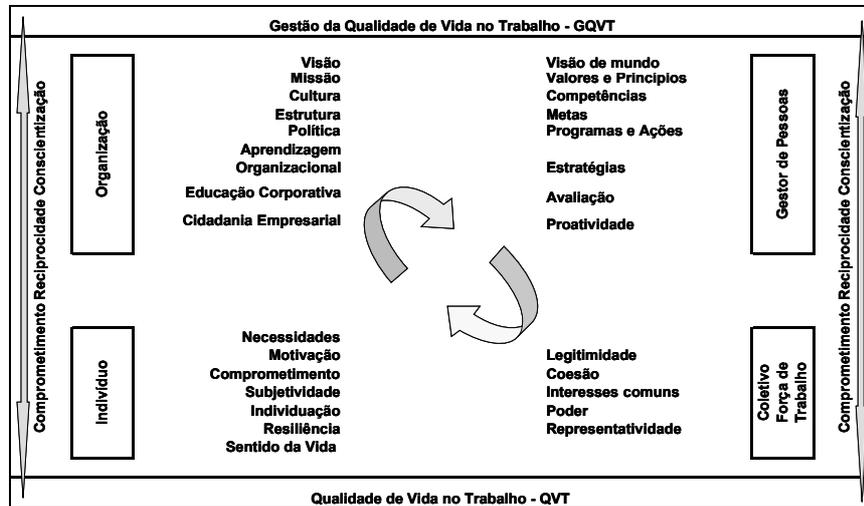


Figura 1. Dinamicidade e complexidade da relação entre QVT e GQVT. São Paulo, 2008.
Adaptada de Cunha (2004).

Um pressuposto importante é que a QVT e a GQVT devem estar respaldadas por valores voltados à geração do bem-estar individual, coletivo e organizacional essencial à vitalidade, perenidade e saúde funcional e psicológica das empresas e à vivência da hospitalidade nas relações.

“Para a organização se desempenhar a um nível de alto padrão, seus membros devem acreditar que o que ela esteja fazendo é, em última análise, a tal contribuição para a comunidade e para a sociedade, das quais todos dependem.” (DRUCKER, 2000, p. 8).

[...] As empresas saudáveis precisam concentrar-se no equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal. [...] precisam se comprometer em proporcionar condições favoráveis para que as pessoas façam escolhas no sentido de atingir o nível aceitável de equilíbrio. (DAHLBERG et al., 1997, p. 390). “As organizações do futuro terão de resolver as preocupações reais das pessoas se pretendem liderar seus setores e constituir forças de trabalho comprometidas e talentosas”. (PLATT, 1997, p. 340).

Quick et al. (2003) analisam o calcanhar-de-aquiles, os riscos e a vulnerabilidade na GQVT e associam-nos com medidas de prevenção e de promoção da saúde, do equilíbrio, do bem-estar e da QVT. Políticas organizacionais que excluem a GQVT estão negligenciando em algum grau aspectos que garantiriam a sua sanidade operacional e a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

A organização saudável como um sistema recebe informações atualizadas de seus subsistemas; é administrada em relação à visão de futuro; utiliza várias estruturas e gerenciamento de equipes; respeita o cliente interno e externo; compartilha o acesso à informação; descentraliza a tomada de decisão e mantém as comunicações abertas; identifica pontos de aprendizagem; admite inovação e criatividade; tolera a ambigüidade e os diferentes estilos de pensamento; respeita tensões entre exigências profissionais e familiares; incentiva o trabalho em casa, quando apropriado; mantém agenda social explícita; cidadania comunitária; responsabiliza-se pela licença maternidade e assistência às crianças; protege o meio ambiente; apóia as artes; dá atenção à qualidade, à consciência da segurança em suas operações; identifica e gerencia mudança para um futuro melhor. (BECKHARD, 1997).

O conceito de empresa saudável implica em determinar a forma ideal de dar atenção tanto a parâmetros de desempenho – satisfação do consumidor, ganhos e custos e participação no mercado – quanto à satisfação dos funcionários.

Os profissionais da área de gestão de pessoas devem ser agentes de contínua transformação, desenhando processos e implantando uma cultura que aumente a capacidade da organização de adaptar-se e aperfeiçoar-se, contemplando estratégias que favoreçam o aprendizado. Esse novo estilo de gestão deve pautar-se no comprometimento, reciprocidade e conscientização requeridos para viabilizar a inclusão da QVT no planejamento estratégico das instituições.

Eboli (2001, p. 110-1) enfoca as novas tendências voltadas à educação e ao desenvolvimento das pessoas. Para ela, o novo estilo de gestão “exigirá que se forme uma verdadeira cultura empresarial de competência e resultado, o que supõe mudanças profundas não só na estrutura, nos sistemas, nas políticas e nas práticas, mas também e principalmente na mentalidade organizacional e individual.”

No Brasil, ainda é preocupante a manutenção de algumas práticas organizacionais. As empresas precisam conscientizar-se da importância do abandono de posturas que não favorecem o desenvolvimento e a auto-realização de pessoas. Estratégias e indicadores precisam ser criados para monitorar a QVT. O sucesso das organizações deverá ser analisado tendo como um dos critérios a avaliação da sua contribuição para a satisfação das expectativas e necessidades dos cidadãos. Os líderes devem efetivar ações que melhorem a QVT e a GQVT. Essa perspectiva precisa se consolidar.

Dahlberg et al. (1997, p. 383) referem que “um de nossos desafios é continuar a desenvolver nossa saúde e vitalidade organizacional enquanto progredimos em meio a mudanças maciças”. Políticas que viabilizem a GQVT estão vinculadas à responsabilidade social das organizações. Podem gerar um impacto qualitativamente positivo sobre o nível de vida da comunidade que dela participa. A organização deve responsabilizar-se por seu impacto nos empregados, no meio ambiente, nos clientes e em tudo o mais com que ela lide. (DRUCKER, 2000). Contudo, historicamente, as empresas têm sido reativas às exigências vinculadas às suas responsabilidades legais.

Quando se estuda a GQVT, tem-se como delineador e condutor do pensamento um escopo bem ancorado em valores humanitários que possam promover reciprocidade, legitimidade, respeito, autonomia, participação, emancipação, felicidade, realização, saúde, bem-estar, comprometimento, hospitalidade, sendo esses apenas alguns aspectos da complexa rede conceitual que sustenta uma cultura organizacional voltada para a GQVT.

Sethi (1997, p. 252-3) acredita que a motivação acontecerá quando as políticas e práticas comprometerem o coração e a mente de todos os envolvidos no processo produtivo. Esse panorama evidencia a importância da gestão da qualidade de vida no trabalho embasada em referencial teórico-metodológico consistente, crítico, contemporâneo e ético-legal.

QVT e GQVT: Problematização na Área da Saúde

Os trabalhadores da saúde em torno do mundo estão vivenciando o aumento do estresse e da insegurança. (WHO, 2006). Estudo desenvolvido pelo The National Institute for Occupational Safety and Health caracterizou o cenário de violência que envolve os trabalhadores de hospitais e recomendou que todos eles deveriam desenvolver um programa de prevenção para diagnóstico dos fatores de risco em cada unidade com orientação dos trabalhadores. (NIOSH, 2002). Foi criado o programa visando à instrumentalização dos profissionais da saúde para o combate ao medo, às agressões, à humilhação e homicídios em seus locais de trabalho. (OMS/OIT/CIE/ISP, 2002). As diversas formas de violência a que estão submetidos os trabalhadores da saúde configuram-se como estressores e geram riscos à qualidade da assistência prestada, à produtividade e ao desenvolvimento, podendo comprometer a eficácia dos sistemas de saúde. (DI MARTINO, 2002). O estresse organizacional tornou-se uma preocupação contemporânea. O trabalhador, nos diferentes

ambientes e dinâmicas organizacionais, vivencia níveis de estresse, sendo freqüentes as conseqüências no desempenho, moral, rotatividade, absenteísmo e violência no trabalho. (ROSSI, 2005). A exposição prolongada a estressores gera cronicidade podendo levar ao *burnout* caracterizado por exaustão, ceticismo e desligamento do trabalho. (MASLACH, 2005, p. 41). O desgaste físico e emocional há mais de 20 anos afeta trabalhadores das profissões que envolvem o cuidado ao ser humano, assumindo hoje proporções epidêmicas. (MASLACH; LEITER, 1999).

O diagnóstico do setor saúde evidencia sistemas fragmentados, iniquidades, dificuldades na governabilidade e ineficiências na gestão. Transformações devem ocorrer com o desenvolvimento permanente de pessoas e com o foco na equidade, na qualidade das ações de saúde e na satisfação da população e dos trabalhadores. (MOTTA, 2001). No Brasil, os profissionais da saúde compõem uma força de trabalho deficitária quantitativamente, pois para cada 1.000 habitantes há 1,71 Médicos; 1,15 Odontólogos; 0,65 Enfermeiros; 0,21 Nutricionistas; 0,42 Fisioterapeutas; 0,05 Terapeutas Ocupacionais; 0,76 Profissionais da Educação Física; 0,34 Assistentes Sociais; 0,20 Biólogos; 0,55 Farmacêuticos; 0,82 Psicólogos; 1,34 Técnicos de Enfermagem; e 1,99 Auxiliares de Enfermagem. (BRASIL, 2007). Fernandes e Gutierrez (1988) já pontuaram que “poderia parecer até mesmo paradoxal, no momento desafiante e competitivo vivido pelas empresas, no qual a escassez de recursos é uma constante, falar-se em melhoria da QVT, visando a aumentar o nível de satisfação dos empregados.” Estudos de caso realizados por Cunha; França (2003); Cunha (2003) e Cunha; Souza (2004) sobre assédio moral, estresse e violência enriquecem a problematização sobre a QVT nas organizações de saúde na cidade de São Paulo.

A GQVT em Hospitais de São Paulo: Caminho Metodológico

Algumas questões originaram esta pesquisa: “instituições hospitalares da cidade de São Paulo, que prestam assistência à saúde e valorizam a promoção da qualidade de vida, estão incorporando modelos de GQVT em suas estratégias? Essas instituições estão vinculando a GQVT a um compromisso institucional? A GQVT caracteriza-se como uma das prioridades para essas instituições de saúde? A GQVT está sendo associada a uma competência institucional relacionada ao bem-estar? A GQVT está contemplada na missão e

na visão estratégica dessas instituições? Que valores norteiam os gestores de pessoas e os programas de GQVT nessas instituições?

Este estudo objetivou compreender os valores que norteiam os programas de GQVT em Instituições Hospitalares da cidade de São Paulo; identificar as ações que visam à GQVT; caracterizar a visão dos gestores de pessoas sobre os programas de QVT; e, analisar o conceito de GQVT vigente nessas Instituições Hospitalares.

Desenvolveu-se um estudo exploratório por meio do método de estudo de caso multi-casos. (TRIVIÑOS, 1995). O estudo de caso, enquanto método de pesquisa, é utilizado em delineamentos exploratórios, para análise de um ou de poucos objetos de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo, sem a preocupação com a generalização dos achados. O estudo de caso é adequado para explorar casos típicos, extremos ou marginais. Nesta pesquisa selecionou-se as unidades-caso, por meio do critério de tipicidade. (GIL, 1995; CHIZZOTTI, 1991; LÜDKE; ANDRÉ, 1986; MARCONI; LAKATOS, 1996). O universo compôs-se dos hospitais com cem ou mais leitos do Cadastro de Unidades Hospitalares do Estado de São Paulo, da Relação de Hospitais da Secretaria de Estado da Saúde-CSRMGSP-DIR-I-Capital. (Fonte: Ficha de Cadastro de Estabelecimentos –FCES).

A amostra compôs-se por 35 hospitais, sendo que as instituições que se recusaram a participar alegaram principalmente a inexistência de uma Política de GQVT, a priorização de outras demandas intra e extrainstitucionais, a necessidade de se seguir um fluxo demorado internamente para solicitação de autorização institucional, o que inviabilizaria a coleta no prazo estipulado. Das 35 instituições hospitalares da cidade de São Paulo, 49% eram privadas, 34% públicas, 9% do terceiro setor, 6% mistas, e 3% outras. Quanto ao perfil dos hospitais, segundo a idade, 23% tinham de 0 a 20 anos de existência; 20% tinham de 21 a 40 anos; 34% tinham de 41 a 60 anos; 11% tinham de 61 a 80 anos e 11% mais de 80 anos de existência. A maioria das instituições (53%) tinha de 20 a 60 anos de idade, com média de aproximadamente 48 anos. Quanto ao perfil dos hospitais, segundo as instalações físicas, a média da área construída foi de 36.663,8 m². A média de leitos ativados foi de 329,9 leitos e a média de área por leito foi de 97,5 m².

Os dados foram coletados por meio de um questionário envolvendo questões fechadas e abertas e de uma escala Likert, com assertivas fundamentadas no referencial teórico, alinhadas à especificidade do objeto e dos objetivos do estudo. Para cada assertiva, os respondentes escolheram a resposta mais adequada em uma escala. Um teste piloto visando à

identificação da necessidade de aperfeiçoamento do processo e do instrumento foi realizado em dois hospitais de uma cidade, capital de estado, da região sul do País. Após o pré-teste, o instrumento foi analisado por três juízes de instrumento, professores universitários, com formação em estatística e vivência com escalas. Suas sugestões foram contempladas, sendo que o instrumento de coleta se compôs de: 14 questões referentes à caracterização institucional; 4 questões sobre os dados institucionais do respondente; 8 questões com dados pessoais do respondente; 3 questões relativas às diretrizes institucionais; e, 11 questões sobre o programa de qualidade de vida no trabalho. Junto com a escala Likert foram inseridos o Termo de Esclarecimento sobre a Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitadas as questões éticas relacionadas ao desenvolvimento de pesquisas.

Utilizou-se técnicas estatísticas conforme os objetivos das análises e a natureza dos dados. O mesmo ocorreu em termos das representações gráficas empregadas. Para fins de descrição da amostra, foram utilizados a média, o desvio-padrão, o mínimo, o máximo e cálculo de proporções (percentuais). Em termos diagramáticos, também foram utilizados para isso histogramas e gráficos de barra. As diferenças entre grupos foram avaliadas utilizando-se o teste Mann-Whitney U, por ser esse adequado para esse tipo de análise em dados ordinais e ou com distribuição não-gaussiana (teste de hipóteses não-pareado e não-paramétrico). Já as comparações entre duas variáveis foram realizadas por meio do teste *Wilcoxon Matched Pairs*, aplicável para esse tipo de análise em dados ordinais e ou não-gaussianos (teste de hipóteses pareado e não-paramétrico). O grau de relacionamento entre variáveis foi avaliado por meio de um coeficiente de correlação. No caso, usou-se o Spearman R, por ser aplicável em dados ordinais e ou não-gaussianos. Em se tratando de múltiplas variáveis, de uma só vez, ou de uma variável com múltiplas alternativas nominais, usou-se a Análise de Variância (ANOVA). Para fins de ilustração gráfica das diferenças ou semelhanças entre os comportamentos estatísticos de variáveis distintas, usou-se o diagrama *Box & Whiskers*.

GQVT em Hospitais: Conceitos Institucionais e Pessoais e Valores dos Gestores

“Tudo o que é precioso, verdadeiro e belo está dentro do ser natural” (TULKU, 2007, p. 89).

As palavras-chave mais utilizadas como significado de QVT pelos gestores respondentes foram satisfação profissional, seguida de bem-estar, co-responsabilidade, saúde,

reconhecimento, respeito, envolvimento, liderança, motivação e produtividade. Os gestores definiram QVT como o processo e o resultado advindos de condições favorecedoras de escolhas de bem-estar; satisfação, felicidade, respeito; vínculos afetivos positivos; confiança; credibilidade; reconhecimento; benefícios; colaboração; reciprocidade; infraestrutura; remuneração; autonomia; realização; bom humor; criatividade e inovação; perspectivas de futuro; participação no destino da organização; cumprimento de metas; concretização da missão; identificação e sentido do trabalho; transparência e comunicação; legitimidade pelo usuário; plenitude; paixão pelo trabalho; cuidado e promoção da saúde.

Partindo da análise dos conceitos emitidos pelos respondentes, a QVT foi entendida como o equilíbrio entre as expectativas e necessidades dos trabalhadores e as oportunidades de saná-las ou minimizá-las por meio do oferecimento de fatores de satisfação durante o processo de trabalho e por meio das relações estabelecidas. Os conceitos destacados pelos respondentes como vigentes institucionalmente sobre QVT foram associados às ações de QVT desenvolvidas que tinham o foco na promoção da saúde, no bem-estar, na integração, na confraternização, na capacitação, no comprometimento, na humanização do ambiente de trabalho, na ética nas relações e na organização do ambiente adequado ao trabalho.

QVT foi associada a um ambiente ético-legal agradável, de oportunidades, integração, responsabilidade individual e institucional, produtividade, satisfação, auto-realização, respeito, reconhecimento, humanização, opção de escolha, saúde física e mental, desenvolvimento, lazer, motivação, comprometimento, infraestrutura, confiança, solidariedade, reciprocidade, alinhamento de objetivos, expectativas e sucesso individual e organizacional.

O conceito de GQVT representado no coletivo pelos respondentes associou o diagnóstico de necessidades com intervenções que viabilizam fatores de satisfação e oportunidades de escolhas de bem-estar. Contudo, as práticas organizacionais ainda não contemplavam essas especificidades, pois as ações eram propostas no coletivo, focando o trabalhador operacional, sem, contudo, envolvê-lo no processo decisório a respeito. Assim, dimensões da individualidade, subjetividade, necessidades, do próprio sentido da vida e da vida no trabalho e a motivação não foram destacadas como aspectos relevantes nas ações vigentes. Conceitos como o de reciprocidade, resiliência, comprometimento e legitimidade, estariam ainda em construção em um processo que deveria gerar um nível de conscientização que oportunizasse a transformação de idéias em estratégia de gestão.

Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho em Hospitais de São Paulo: Síntese

A GQVT ainda não havia se consolidado nas instituições estudadas. O tempo que cada hospital iria requerer para formalização de uma política de GQVT estaria na dependência da atitude dos gestores nos diferentes níveis da organização e dos trabalhadores. Evidenciou-se que a QVT não estava contemplada nas estratégias de gestão; que esse aspecto não tinha se mostrado prioritário para os hospitais até então; que a relação de reciprocidade e comprometimento poderia ser melhor trabalhada e explorada; que a GQVT ainda não era associada a uma competência para a gestão de pessoas capaz de gerar bem-estar no trabalho, impactando na produtividade e sentido do trabalho; que QVT não era foco das missões desses hospitais; e, que os gestores de pessoas poderiam incluir valores que norteassem estratégias e programas de GQVT.

Para Tulku (1994, p. 101), a relação entre objetivos, sucesso e responsabilidade ocorre quando se expande os objetivos no trabalho, aumenta-se os desafios, aprofunda-se a responsabilidade e dessa sincronia obtém-se o sucesso ou fracasso. “Assumir responsabilidades aumenta naturalmente nosso nível de compreensão e cuidado, nosso grau de participação e nosso compromisso em proteger os resultados dos nossos esforços e dos esforços dos outros.”

O processo de mudança a ser vivenciado pelas organizações deve incluir a incorporação de uma filosofia humanista ancorada por valores que norteiam novas práticas de gestão que tenham a QVT como prioridade. Garcia e Dolan (1997), ao discorrerem sobre a “direção por valores”, consideram-na como uma ferramenta da liderança estratégica imprescindível.

Bibliografia

ALBUQUERQUE, L. G. de. A gestão estratégica de pessoas. In: FLEURY, M. T. L. (coord.). **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002. Parte 1, p. 35-50.

BECKHARD, R. Perfil da organização saudável. In: HESSELBEIN, F. **A organização do futuro**. 5. ed. São Paulo: Futura, 1997. cap. 33, p. 349-52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de gestão do

trabalho em saúde : material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 290 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CUNHA, K. de C. The perception of stress associated with the work environment of nursing related employees. **Anais**. 27th International Congress Occupational Health - ICOH. Foz do Iguaçu, 2003.

CUNHA, K. de C.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Perceptions of bullying from students employed in the nursing workplace. **Anais**. 27th International Congress Occupational Health - ICOH. Foz do Iguaçu, 2003.

CUNHA, K. de C.; SOUZA, L. A de. Impacto da violência urbana no processo e nas relações de trabalho em unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Anais**. 4º Congresso de Stress da ISMA-BR e 6º Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Porto Alegre, 2004.

CUNHA, K. de C. **Gestão da qualidade de vida no trabalho em hospitais da cidade de São Paulo**. 2004. 247f. Relatório de Pesquisa. Programa de Pós-Doutoramento do Departamento de Administração, FEA, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DAHLBERG, A.W. et al. **Construindo uma empresa saudável**. In: HESSELBEIN, F. et al. A organização do futuro. 5. ed. São Paulo: Futura, 1997. p. 383-91.

Di MARTINO, V. Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study): Synthesis Report. Ginebra (SWZ): OMS/OIT/CIE/ISP, 2002.

DOLAN, S.L. **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

DRUCKER, P. F. A nova sociedade das organizações. In: Howard R. et al. **Aprendizado organizacional: gestão de pessoas para a inovação contínua**. Rio de Janeiro: Campus, 2000. Parte 1. cap.1, p. 3-17.

EBOLI, M. (coord.). **Educação para as empresas do século XXI: desenvolvimento e alinhamento de talentos humanos às estratégias empresariais**. USP/FEA/PROGEP/FIA. São Paulo: Schumuckler, 2001.

FERNANDES, E. C.; GUTIERREZ, L. H. Qualidade de vida no trabalho (QVT): uma experiência brasileira. **Rev. Adm.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 29-38, out/dez, 1988.

FRANÇA, A. C. L. **Práticas de recursos humanos: conceitos, ferramentas e procedimentos**. São Paulo: Atlas, 2007.

FREITAS, M. E. Cultura organizacional: o doce controle no clube dos raros. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (org.). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997.

GARCIA, S.; DOLAN, S. **La dirección por valores: el cambio más allá de la dirección por objetivos**. Madrid: McGraw-Hill, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 1996.
- MASLACH, C; LEITER, M. P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Campinas: Papirus, 1999.
- MASLACH, C. Conseqüências do stress ocupacional no trabalho e na saúde. In: ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. Parte 2, cap.4, p. 41-55.
- MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**. Rio de Janeiro: OMS/OPS/FGV, 2001.
- NIOSH**. National Institute for Occupational Safety and Health. CDC Workplaces safety and health violence: occupational hazards in hospitals. Department of Health an Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. 2002.
- OMS/OIT/CIE/ISP**. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra (SWZ): OMS/OIT/CIE/ISP, 2002.
- PLATT, L. E. O equilíbrio entre a vida profissional e pessoal do funcionário. In: HESSELBEIN, F. et al. **A organização do futuro**. 5. ed. São Paulo: Futura, 1997. cap. 32, p. 339-348.
- QUICK, J. C. et al. **O executivo em harmonia**. São Paulo: Publifolha, 2003.
- ROSSI, A. M. Estressores ocupacionais e diferenças de gênero. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. Stress e qualidade de vida no trabalho.: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. cap. 2, p. 9-17.
- SES**. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo. Programa de melhoria da qualidade de vida e ambiente profissional. Implantação das COMSATs. Disponível em: <<http://www.recursohumanos.sp.gov.br/qualidadevida/secretarias/saude>>. Acesso em janeiro de 2008.
- SETHI, D. Os sete rs da auto-estima. In: HESSELBEIN, F. et al. **A organização do futuro**. 5. ed. São Paulo: Futura, 1997. cap. 18, p. 195-206.
- SILVA, J. P. Reflexões sobre o universo da hospitalidade comercial. **Rev.EspaçoAcadêmico**. Ano VI, n. 62, jul., 2006. Disponível em: http://www.espacoacademico.com.br/062/62/silva_juliana.htm Acesso em março de 2008.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.
- TULKU, T. **A excelência da realização no trabalho**: o caminho da habilidade. São Paulo: Dharma Publisching, 1994.
- TULKU, T. **A liberdade oculta da mente**. Rio de Janeiro: Dharma Publishing, 2007.
- WHO**. World Health Organization. Working together for health. The world health report. WHO Press, Geneva, Switzerland.2006. Disponível em: http://www.who.int/topics/health_workforce/en/. Acesso em 7 de fevereiro de 2008.