

ORGANIZAÇÕES SAUDÁVEIS E QUALIDADE
DO TRABALHO NA EUROPA. DESAFIOS PARA
ORGANIZAÇÕES E PROFISSÕES NO SETOR PÚBLICO
DE SAÚDE

Maria das Dores Horta Guerreiro*
Ana Margarida Martins Barroso**
Eduardo Alexandre Anastácio Rodrigues***

Resumo

Em um contexto global marcado pela intensificação da competitividade, tem sido reconhecida a necessidade de se identificar as características das “organizações saudáveis”, entendidas como aquelas com a “agenda dual” de consecução dos seus objetivos organizacionais e, simultaneamente, de promoção da qualidade de vida dos trabalhadores. Focando especificamente o caso das organizações do setor público de saúde, este artigo discute como é que as demandas de produtividade estão influenciando a qualidade de vida dos profissionais de saúde na Europa. A análise baseia-se nos resultados do projeto QUALITY, financiado pela Comissão Europeia. Conjugando métodos quantitativos e qualitativos, 32 organizações foram analisadas, com recurso a cerca de 8 mil questionários e 111 entrevistas com trabalhadores europeus de oito países. Este artigo foca a qualidade do trabalho nos vários países, apresentando depois um estudo de caso intensivo em um hospital universitário português. Os resultados demonstram diferenças significativas entre países que têm como fatores explicativos o seu funcionamento institucional e o contexto socioeconômico. Foram também encontradas diferenças entre grupos profissionais, justificadas pelas distintas condições de trabalho a que estão expostos.

Palavras-chave: Organizações saudáveis. Qualidade de vida. Hospitais públicos. Profissões. Europa.

HEALTHY ORGANIZATIONS AND QUALITY OF WORK
IN EUROPE. CHALLENGES FOR ORGANIZATIONS AND
OCCUPATIONS IN THE PUBLIC HEALTH SECTOR

Abstract

In a worldwide context shaped by the intensification of global competitive demands, there is a growing need to identify the features of “healthy organizations”, perceived as those with the “dual agenda” of pursuing their core business objectives while simultaneously meeting their employees’ needs for quality of working life. Focusing the specific case of public healthcare sector organizations, this article discusses how increasing organizational demands are influencing the quality of working life of healthcare occupations. The analysis is based in the results of the EU funded project QUALITY. With a multi-method approach that combined quantitative and qualitative research methods, 32 organizations were surveyed and around 8.000 questionnaires and 111 in-depth interviews were conducted to European professionals

*Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Professora do Departamento de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). E-mail: Maria.guerreiro@iscte.pt

**Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL). E-mail: margarida.barroso@iscte.pt

***Licenciado em Sociologia pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Assistente de Investigação no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL). E-mail: Eduardo.rodrigues@iscte.pt

from eight countries. This article focuses the quality of working life in healthcare occupations in these countries, presenting then an organizational case study undergone at a Portuguese university hospital. Results show significant differences between countries, which can be explained by its institutional functioning and socioeconomic context. Differences amongst occupational groups were also found and can be justified by the distinct working associated to each occupation.

Keywords: Healthy organizations. Quality of life. Public hospitals. Occupations. Europe.

Introdução

A pesquisa sobre a qualidade de vida no trabalho tem mostrado algum dinamismo nas ciências sociais contemporâneas. A emergência da chamada sociedade do conhecimento e a percepção dos seus efeitos sobre a reconfiguração dos locais de trabalho têm intensificado o interesse sobre a forma como as organizações estão promovendo o bem-estar dos trabalhadores, enquanto tentam, simultaneamente, cooperar com a mudança. Em um contexto de grandes exigências organizacionais, tem sido reconhecida como central a necessidade de se identificar as características das organizações "saudáveis", entendidas como aquelas que cumprem os seus objetivos organizacionais e, simultaneamente, promovem a qualidade de vida dos seus recursos humanos (LEWIS, 2008; LEWIS et al., 2011).

Neste artigo, propomos uma reflexão sobre o conceito de organização saudável e sua relação com a qualidade de vida no trabalho. Tendo como referência o projeto europeu "Quality of life in a changing Europe" (QUALITY), mostramos como as dimensões estrutural e institucional se articulam com as componentes organizacionais e ocupacionais na determinação daquilo que os trabalhadores consideram que deve ser um bom trabalho.

O projeto QUALITY foi desenvolvido em oito países europeus para que diferentes modelos de Estado-Providência pudessem ser analisados no estudo da qualidade de vida no trabalho. Assim, participaram do estudo a Finlândia e a Suécia, países representativos de um modelo social-democrata e universalista de Estado de bem-estar; a Alemanha e a Holanda, com um modelo corporativista e conservador; a Hungria e a Bulgária, ilustrativos de regimes pós-comunistas; o Reino Unido, representando um modelo liberal; e Portugal, exemplificativo de um regime subprotetor e mediterrânico. Seguindo a tipologia de Esping-Andersen (1990), cada tipo de Estado-Providência tem características distintivas no que diz respeito à configuração do mercado de trabalho, às dinâmicas de emprego, às políticas de família e de igualdade de gênero, aos sistemas de segurança social e de relações industriais (KOVACHEVA; DOORNE-HUISKES; ANTILLA, 2011). A seleção dos países participantes do estudo procurou, dessa forma, abranger a diversidade interna europeia.

O estudo foi desenvolvido no setor dos serviços, que tem aumentado consideravelmente a sua representação na economia global nas últimas décadas, mas sem que esse crescimento tenha refletido também no aumento das pesquisas sobre as suas especificidades (VAN DER LIPPE et al., 2011). Dentro do setor dos serviços, foram selecionadas quatro áreas de atividade: a financeira, que combina formas tradicionais e modernas de organização do trabalho; o varejo, ilustrativo de um setor de atividade tradicional que continua a empregar uma proporção significativa de mão de obra pouco qualificada; as tecnologias de informação, exemplificativas de uma área altamente competitiva que emprega uma grande proporção de profissionais muito qualificados; e o setor público de saúde, especificamente representativo das organizações tradicionais, públicas, não lucrativas, que também empregam pessoal muito especializado e qualificado (VAN DER LIPPE et al., 2011). Cada país participante selecionou uma organização em cada um desses setores de atividade, em um total de quatro organizações por país, somando 32 ao todo, para a aplicação de um inquérito por questionário. Posteriormente, cada país escolheu uma dessas organizações para

o desenvolvimento de um estudo de caso intensivo, tendo sido realizados, no total, oito estudos de caso.

Neste artigo, analisamos especificamente o caso das organizações de prestação de cuidados de saúde e dos seus trabalhadores. Começamos com uma breve reflexão sobre o conceito de "organização saudável" e sua relação com a qualidade de vida no trabalho nas sociedades contemporâneas, sublinhando os desafios que se colocam às organizações de saúde pública. Depois de apresentada a metodologia, a primeira parte da análise dedica-se à discussão dos resultados do questionário no setor e nas profissões de prestações de cuidados de saúde, nos oito países em estudo. Nesta análise, focamos concretamente quatro pontos críticos para a análise da qualidade de vida no trabalho: tempo de trabalho, insegurança do emprego, pressões associadas ao trabalho e exigências da carreira profissional. Na segunda parte da análise, discutimos as percepções dos trabalhadores sobre o que deve ser uma organização saudável, à luz dos resultados do estudo de caso desenvolvido em Portugal em um hospital público universitário. Esta análise desenvolve-se em torno das dimensões consideradas relevantes nas entrevistas em profundidade levadas a cabo com profissionais da organização: as condições físicas de trabalho, a insegurança do emprego, os salários e a intensificação do trabalho. Terminamos com uma discussão sobre as contribuições científicas desses resultados e com reflexões sobre a pesquisa futura.

Organizações saudáveis e qualidade de vida no trabalho nas sociedades contemporâneas

A emergência da sociedade do conhecimento trouxe novos desafios à promoção da qualidade de vida no trabalho. O desenvolvimento tecnológico veio melhorar os níveis de conforto das populações e aumentar o acesso a bens materiais e simbólicos necessários para o bem-estar geral. O uso de novas tecnologias de comunicação e informação no processo produtivo veio também reconfigurar os locais de trabalho e as características do emprego, que passou a requerer cada vez menos esforço físico. O conhecimento, tal como o entendemos hoje, tende a mudar a estrutura das organizações, fazendo com que sejam menos burocratizadas e tenham menos níveis hierárquicos, tornando as fronteiras mais difíceis de serem delimitadas e criando uma verdadeira atividade organizacional em rede (REICH, 1993; CASTELLS, 1997). As mudanças a que o trabalho e o emprego estão expostos em uma economia global altamente competitiva podem refletir-se, por exemplo, nos tempos de trabalho, com a fácil transposição de barreiras físicas e espaciais e com a gestão dos tempos de trabalho dessincronizados em todo o mundo (CASTELLS, 1997).

O surgimento de novas formas de organizar o trabalho possibilitou a redução da rigidez dos tempos de trabalho e da organização das tarefas. No entanto, essa maior flexibilidade permitiu também o crescimento da incerteza nas relações de emprego e o aumento dos processos de intensificação do trabalho (CASACA, 2005; KÓVACS, 2006).

Como resultado da desregulação das relações de emprego, que ocorreu simultaneamente em diferentes sociedades e se baseia na disseminação de novos valores de referência e culturas organizacionais, algumas empresas tendem a defender a melhoria permanente e a modernização pela introdução de mecanismos de reestruturação que implicam, por exemplo, a redução do número de trabalhadores permanentes, a intensificação dos tempos de trabalho ou o recurso a práticas de *outsourcing*. Para alguns autores (DIMAGGIO, 2001; PINTO, 2006), essas mudanças tendem a colocar os trabalhadores em um segundo nível de prioridade, não se reconhecendo a sua importância para a obtenção dos resultados esperados com essas mudanças e negligenciando efeitos secundários dessas mesmas mudanças, como o decréscimo do bem-estar desses trabalhadores e da sua qualidade de vida em geral. O aumento dos sentimentos de insegurança e dos níveis de estresse (DEN DULK et al., 2011; PRÄG et al., 2011), assim como a diminuição da motivação e

da integração dos trabalhadores (SCHAUFELI; BAKKER, 2004), são efeitos possíveis dessas mudanças, com impacto nos níveis de produtividade das organizações e dos países (DEN DULK et al., 2011).

As consequências dessas transformações no mercado de trabalho e nas práticas de gestão de recursos humanos geraram um conjunto de discussões nos planos político e institucional, e diferentes estratégias de promoção de melhores condições de vida e de trabalho foram desenvolvidas nas décadas de 1990 e início de 2000. A agenda do trabalho decente, da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1999), e o objetivo de mais e melhor emprego, definido pela Estratégia de Lisboa da União Europeia (EU, 2004; EU, 2007), refletem algumas das preocupações com a promoção da qualidade de vida da população trabalhadora.

Na esfera da produção científica, a necessidade de se estudar a qualidade de vida no trabalho em um contexto globalizado tem também sido bastante acentuada. Nos diferentes campos disciplinares, o trabalho tem sido identificado como uma dimensão central na vida humana e, como tal, um fator decisivo na avaliação que os indivíduos fazem do seu bem-estar e qualidade de vida. Na análise da qualidade de vida, também tem sido dada atenção à necessidade de se conjugarem elementos de natureza objetiva ou material, como as condições de trabalho, o salário ou a proteção social, com aspectos de natureza subjetiva, como a sensação de bem-estar, a felicidade e a integração social (DIENER, 1994; VEENHOVEN, 2000).

Green (2006) apresenta a qualidade de vida no trabalho como um conjunto de características que oferecem bem-estar aos trabalhadores. Autonomia, trabalho em equipe, desenvolvimento pessoal e salário são alguns dos aspectos que podem indicar que um trabalho tem qualidade. Madureira Pinto (2006), em diálogo com Serge Paugam (2000), também afirma que as características do emprego, as relações de emprego e o salário, as condições técnicas e materiais do trabalho e a qualidade dos contextos de trabalho são essenciais para a relação subjetiva que os trabalhadores criam com a esfera social do trabalho.

No estudo da qualidade de vida, Allardt (1993) identifica três dimensões de análise centrais: *ter*, que corresponde às condições materiais de vida; *ser*, que diz respeito à dimensão de integração social e identidade; e *amar*, que se relaciona com as relações afetivas e interpessoais. Esse modelo pode ser utilizado para articular a esfera do trabalho com o bem-estar e a satisfação com a vida, já que essas três dimensões estão também presentes na esfera do trabalho.

Também o conceito de *capability*, de Amartya Sen (1999), que inclui a capacidade individual para escolher uma ocupação que confira satisfação e permita o desenvolvimento pessoal, é essencial para a compreensão da qualidade de vida e do trabalho no mundo atual, em que o conhecimento, as qualificações e a aprendizagem são centrais para o bem-estar dos trabalhadores (SEN, 1999).

Face às características que o trabalho assume nas sociedades contemporâneas e às necessidades de promoção da qualidade de vida no trabalho, a comunidade acadêmica tem também discutido os critérios que determinam se uma organização é, ou não, saudável (LEWIS, 2008). De um modo geral, os autores convergem ao defender que há uma interdependência entre o bem-estar da organização e dos indivíduos, sendo que, para ser saudável, uma organização deve ser eficaz naquilo que faz e, ao mesmo tempo, na garantia da satisfação das necessidades dos seus recursos humanos (LEWIS et al., 2011). Desse modo, as organizações saudáveis são aquelas que "reconhecem que as necessidades dos trabalhadores e da organização são mutuamente dependentes e que procuram aplicar a agenda dual de qualidade de vida dos trabalhadores e sucesso organizacional e sustentabilidade" (LEWIS et al., 2011).

A análise realizada neste artigo reflete a articulação das várias perspectivas teóricas sobre o tema da qualidade de vida no trabalho, estudando um contexto organizacional específico, particularmente relevante para o debate sobre o que são "organizações saudáveis": o dos hospitais públicos. O setor público de saúde tem sofrido mudanças estruturais e organizacionais significativas nas últimas décadas. Também aqui, novas tecnologias e sistemas de informação estão promovendo outras formas de organizar o trabalho que requerem saberes profissionais inovadores, podendo contribuir

para a desvalorização do conhecimento anterior. Por exemplo, a forma como certas tarefas são feitas, como o cuidado é prestado ou como certos problemas de saúde são diagnosticados podem substituir a perícia e os conhecimentos tradicionais de alguns profissionais, com procedimentos ou sistemas automatizados. Esse fenômeno requer particular atenção quando falamos da relação entre diferentes grupos ocupacionais em uma organização. Os princípios do "New public management" (FERLIE et al., 1996), o controle dos procedimentos de trabalho, a transparência e a responsabilização podem interferir na forma como os profissionais se relacionam entre si. Do mesmo modo, as recorrentes demandas de racionalização dos serviços públicos, muitas vezes no sentido da sua privatização, ou tendo como objetivo a consolidação de princípios neoliberais, fazem com que algumas empresas ou organizações se distanciem de todo um conjunto de preocupações com o bem-estar dos seus recursos humanos, criando dificuldades acrescidas para que os profissionais possam ter qualidade de vida.

A prevalência de pessoal altamente qualificado e especializado e de grupos profissionais com forte reconhecimento e valorização social, associada a relações de emprego mais flexíveis e à emergência de novas formas de gestão organizacional no setor público (BOVAIRD; LOFFLER, 2003), conferem às organizações de saúde pública características únicas e uma configuração particular quanto às implicações das mudanças na qualidade de vida dos profissionais que nela trabalham. Como resultado, vários estudos têm procurado identificar os padrões de qualidade de vida no trabalho no setor da saúde e, em particular, dentro dos grupos profissionais associados à prestação de cuidados de saúde. Por exemplo, Asaiag et al. (2010) destacam o agravamento da qualidade de vida e os casos de *burnout*, exaustão emocional e despersonalização em uma amostra de médicos residentes em um centro hospitalar de Curitiba. Paiva e Avelar (2011) sublinham, por outro lado, os elevados níveis de realização profissional em um serviço de atendimento móvel de urgência, denotando, porém, o efeito adverso das más condições físicas, nomeadamente das infraestruturas, do trabalho por escala e da intensidade dos horários. Bastos e Lira (1997) evidenciam a relação entre as práticas organizacionais e os níveis de comprometimento no trabalho no centro de internamento de um hospital. Lacaz (2000), noutro sentido, analisa a qualidade de vida na perspectiva das mudanças na organização do trabalho, evidenciando o impacto positivo da gestão participativa na moderação dos efeitos nocivos da intensificação e da precariedade do trabalho.

Metodologia

Para analisar a qualidade de vida no trabalho em oito países europeus e em quatro setores de atividade, o projeto QUALITY (2006-2009) seguiu uma abordagem metodológica mista que combinou métodos quantitativos e qualitativos de investigação.

A primeira fase da coleta de dados consistiu na aplicação de um inquérito por questionário nos locais de trabalho selecionados. O questionário incluiu questões sobre o passado e o futuro das condições de trabalho dos inquiridos e das organizações de trabalho em causa, tendo sido também colocadas questões diretamente relacionadas com as práticas organizacionais em curso no momento da aplicação do questionário. Tendo em conta eventuais mudanças ocorridas nos seus locais de trabalho e/ou nas suas vidas pessoais, os inquiridos foram também chamados a avaliar a sua qualidade de vida presente e a imaginar o que seria o seu futuro no curto prazo.

Os questionários foram aplicados por meio de uma plataforma *on-line*, disponibilizada na intranet de cada organização, e de entrevistas face a face para preenchimento dos questionários. Em um processo de amostragem por conveniência, 7.974 questionários foram preenchidos, sendo que 1.651 correspondem ao setor público de saúde nos oito países.

O questionário foi desenvolvido em torno de quatro grandes dimensões de análise: a satisfação geral com a vida; a satisfação com o equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar; o compromisso com o trabalho; e o estado de saúde. Para cada

dimensão foram identificadas diversas variáveis passíveis de medi-las¹. Com base nos resultados do questionário, neste artigo analisamos quatro variáveis que demonstraram ser essenciais para a compreensão da qualidade de vida nas ocupações do setor: as horas de trabalho; a insegurança do emprego; a pressão do trabalho; e as exigências para progressão na carreira. A análise focou quatro grupos ocupacionais nos vários países: médicos e enfermeiros (profissões que requerem qualificações especializadas de grau superior); técnicos complementares de diagnóstico (profissões que requerem qualificações especializadas de nível técnico, podendo ou não corresponder a um grau superior); pessoal administrativo (profissões que requerem qualificações de nível secundário); e auxiliares de ação médica (profissões que requerem qualificações básicas). No total, foram inquiridos 173 médicos, 818 enfermeiros, 146 técnicos complementares de diagnóstico, 183 administrativos e 115 auxiliares de ação médica.

Na segunda fase de recolha de dados, foram realizados estudos de caso organizacionais nos diferentes setores de atividade em todos os países participantes. Neste artigo, apresentamos o estudo de caso português, realizado em um hospital universitário que emprega cerca de 5 mil trabalhadores e que registra um dos maiores volumes assistenciais do país. Quando o estudo foi realizado, 71% da força de trabalho do hospital era feminina, 72% tinham ensino superior e a média de idades situava-se nos 39 anos (VAN DER LIPPE et al., 2011). O estudo de caso teve lugar no serviço de urgência do hospital e 16 entrevistas intensivas foram realizadas com vários profissionais (cinco médicos, seis enfermeiros, dois técnicos complementares de diagnóstico, três auxiliares de ação médica). As entrevistas focaram as trajetórias pessoais e profissionais dos entrevistados e, tal como no questionário, foi pedido aos trabalhadores que avaliassem a sua qualidade de vida presente e futura. Foi-lhes também pedido que refletissem sobre os significados do conceito de "organização saudável", indicando quais características uma organização deveria idealmente ter para que pudesse ser considerada um bom local de trabalho. Este artigo apresenta os resultados específicos dessa análise.

Resultados

Qualidade do trabalho nos hospitais públicos europeus: pontos críticos

Horas de trabalho

A análise dos tempos de trabalho é fundamental para a compreensão dos padrões de qualidade de vida em um dado país ou ocupação, sendo essa uma variável diretamente relacionada com outros indicadores de qualidade de vida, como as necessidades de descanso, lazer, tempo para a família ou para a vida social.

Neste estudo, examinamos os tempos de trabalho com base nas horas médias de laboração semanal que os diferentes profissionais declararam praticar. Começando por uma análise ao nível das diferenças entre países, os resultados encontrados nas organizações e nas profissões aqui em estudo seguem, em larga medida, os padrões gerais dos tempos de trabalho em cada um dos países. Desse modo, nos países onde as horas médias de trabalho semanal são mais baixas para o total da população, como é o caso da Holanda e da Alemanha, os profissionais do setor público de saúde tendem também a trabalhar menos horas. Por outro lado, os profissionais desse setor trabalham mais horas nos países onde os horários semanais são também mais alargados, como é o caso da Hungria e de Portugal. Segundo os dados mais recentes do Eurostat (Gabinete de estatísticas da União Europeia), em 2013, as horas de tra-

¹ Para uma explicação mais detalhada dos procedimentos metodológicos e de todas as variáveis incluídas no estudo, ver Van Der Lippe et al. (2011).

balho semanais na Holanda e na Alemanha situavam-se nas 30.0 e nas 35.3 horas, respectivamente, para o total da população empregada (EUROSTAT, 2013). Já na Hungria e em Portugal, as horas de trabalho praticadas situavam-se nas 39.5 e 39.4, respectivamente (EUROSTAT, 2013). Assim, a distribuição dos tempos de trabalho na nossa amostra não se diferencia muito dos dados globais conhecidos para cada país. No entanto, esses valores globais escondem realidades muito diferenciadas entre os grupos ocupacionais e, inclusive, no interior de cada país.

A análise por profissão demonstra que os médicos são o grupo ocupacional que trabalha mais horas por semana em todos os países. É na Hungria que os médicos trabalham mais horas (52.3), sendo seguida pela Alemanha (52.1), Suécia (49.8) e Portugal (49.6). Possivelmente como consequência dos tempos de trabalho praticados no país, a Holanda é o único país onde os médicos declaram trabalhar menos de 40 horas semanais médias. Enfermeiros e técnicos complementares de diagnóstico demonstram também estar sujeitos a períodos de trabalho intensos, com uma média global de 39.1 e 36.3 horas semanais de trabalho, respectivamente, sendo aqui importante destacar que Portugal é o país onde essas duas ocupações estão associadas a mais horas de trabalho, no conjunto dos países em estudo. O pessoal administrativo e os auxiliares de assistência médica são, nesse setor de atividade, quem reporta trabalhar menos horas.

Tabela 1 – Horas semanais de trabalho por país e ocupação (médias).

	Médicos	Enfermeiros(as)	Técnicos(as) complementares de diagnóstico	Pessoal administrativo	Auxiliares de ação médica	Total
Bulgária	40.1	39.4	39.3	–	–	39.6
Suécia	49.8	37.8	39.5	34.2	34.0	38.3
Reino Unido	47.1	39.9	38.7	32.8	36.2	39.2
Holanda	37.3	27.9	27.7	27.6	24.1	27.4
Alemanha	52.1	36.4	33.7	35.6	30.7	36.2
Portugal	49.6	45.4	40.8	39.2	37.7	43.3
Hungria	52.3	47.2	34.2	42.3	42.3	46.6
Total	46.9	39.1	36.3	35.3	34.2	38.7

Fonte: Base de dados QUALITY (2009).

Nota: Dados indisponíveis para a Finlândia. Na Bulgária, não foi possível inquirir profissionais administrativos e auxiliares de ação médica.

Insegurança do emprego

A incerteza tende cada vez mais a caracterizar as experiências de vida nas sociedades pós-modernas, em grande parte em virtude da desinstitucionalização e da perda de importância das relações contratuais de emprego e das filiações ocupacionais (BECK; GIDDENS; LASH, 2000). Várias pesquisas têm evidenciado as consequências negativas da instabilidade do emprego, enfatizando-a não só como um fator perturbador do bem-estar geral, mas também como um elemento central na forma como os indivíduos acabam por estruturar e organizar as suas trajetórias de vida. A insegurança do emprego está associada a sentimentos de incerteza sobre o futuro, influenciando a forma como os trabalhadores avaliam a sua qualidade de vida no trabalho (DEN DULK et al., 2011).

Neste estudo, analisamos a insegurança do emprego com base na construção de um índice composto de cinco variáveis. Os inquiridos foram chamados para manifestar a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações: "Tenho receio de perder o meu emprego"; "Esforço-me para conseguir manter o emprego"; "Tenho

a certeza de que conseguirei manter o meu emprego”; “Acho que poderei perder o emprego no futuro próximo”. Com base na agregação das respostas a essas questões, foi construído um índice de insegurança no emprego ($\alpha = 0.562$)², em que 1 significa ter um emprego “muito inseguro” e 5 ter um emprego “muito seguro”.

A questão foi colocada a todos os entrevistados, independentemente da sua situação contratual. Os resultados demonstram que mesmo os trabalhadores com contratos de trabalho permanentes, e a princípio mais estáveis, estão expostos a situações e sentimentos de insegurança relativos ao seu emprego. Ou seja, a permanência do contrato de trabalho e as salvaguardas legais de proteção face ao despedimento nem sempre protegem, de fato, os trabalhadores da possibilidade de perderem o seu emprego nem do medo que lhe está associado. Na nossa amostra, os países com os níveis mais elevados de insegurança no emprego são Hungria, Portugal e Reino Unido. Os sentimentos de insegurança parecem, assim, ser independentes de impressões mais gerais sobre a rigidez dos mercados de trabalho, já que, no caso da Hungria e de Portugal, as percepções de insegurança permanecem, mesmo sendo esses países geralmente apontados como tendo um mercado de trabalho rígido, onde as leis laborais, alegadamente, dificultam aos empregadores a cessação de um contrato de trabalho. A Suécia, a Finlândia, a Alemanha e a Holanda são os países onde os profissionais do setor público de saúde se sentem mais seguros no emprego.

Quando analisamos cada uma das profissões, verificamos que os níveis mais elevados de insegurança perante o emprego no total dos países se encontram nas ocupações menos qualificadas, concretamente nos auxiliares de ação médica, que tendem a apresentar níveis mais elevados de insegurança em todos os países. Os médicos, por outro lado, por força do valor social e da procura das suas qualificações no mercado de trabalho, são a ocupação que se sente mais segura com o seu emprego.

Tabela 2 – Insegurança do emprego por país e ocupação.

	Médicos	Enfermeiros(as)	Técnicos(as) complementares de diagnóstico	Pessoal administrativo	Auxiliares de ação médica	Total
Bulgária	3.5	3.3	3.2	-	-	3.3
Suécia	4.0	3.9	3.8	3.5	4.0	3.7
Finlândia	4.0	3.7	-	2.9	-	3.7
Reino Unido	3.4	3.2	3.2	3.0	2.9	3.2
Holanda	4.0	3.8	3.8	3.5	3.1	3.6
Alemanha	4.1	3.7	3.7	4.0	2.5	3.7
Portugal	3.4	3.2	2.8	2.6	2.5	3.0
Hungria	2.8	2.2	3.2	2.9	3.1	2.7
Total	3.7	3.4	3.4	3.2	3.0	3.4

Fonte: Base de dados QUALITY (2009).

Notas: $\alpha = 0,562$; 1 = muito inseguro, 5 = muito seguro.

Pressão no trabalho

Sentimentos de tensão e de pressão são consequências possíveis do processo de intensificação do trabalho, horas de trabalho muito intensas, prazos curtos para a realização de tarefas e muitas exigências profissionais. O conceito de pressão no trabalho é frequentemente utilizado para fazer referência às exigências do trabalho e ao esforço do trabalhador na resposta a essas solicitações, tendo um impacto

2 O Alfa de Cronbach (α) é uma medida de consistência interna, que indica a fiabilidade do índice construído.

considerável não só na forma como as pessoas experienciam a atividade profissional e obtêm satisfação, como também nas outras esferas da vida, por exemplo, na saúde ou na família (DEN DULK et al., 2011).

Neste estudo, analisamos a pressão no trabalho com base na construção de um índice ($\infty = 0.398$) composto pela agregação das respostas às seguintes questões: "Tem que trabalhar depressa?"; "Tem que trabalhar muito?"; "Sente que o seu trabalho exige demasiado de si?"; "Tem tempo suficiente para realizar o seu trabalho?"; "O seu trabalho coloca-o perante exigências difíceis de conciliar?". As respostas foram dadas na forma de uma escala de frequência, em que 1 correspondia a "nunca" e 4 a "sempre".

Na análise por país, verifica-se que a Bulgária apresenta valores mais elevados de pressão associada ao trabalho, enquanto a Holanda apresenta os menores níveis globais de pressão.

As profissões médicas e de enfermagem, que envolvem o cuidado direto com os pacientes, são aquelas em que os trabalhadores dizem sentir mais pressão. O fato de terem contato direto com patologias, dor, ansiedade e impaciência dos pacientes pode estar na origem dos sentimentos de pressão reportados por esses profissionais no seu quotidiano. Situações de escassez de recursos humanos, ou de insuficiência ou obsolescência de recursos materiais podem ainda exacerbar tais sentimentos.

É sobretudo na Bulgária, no Reino Unido, na Holanda e na Suécia que os médicos apresentam níveis mais altos de pressão associada ao trabalho. No caso da Bulgária e do Reino Unido, também as profissões de enfermagem se destacam com valores superiores aos dos países restantes. É importante notar que, em Portugal e na Alemanha, níveis elevados de pressão no trabalho são também registados nas profissões menos qualificadas, como os auxiliares de ação médica, em que os valores se aproximam, por exemplo, dos verificados para os médicos. Nessas ocupações, geralmente caracterizadas pelo contato direto com os pacientes, os sentimentos de pressão podem também decorrer dos menores níveis de autonomia e qualificação no desempenho das respectivas funções.

Tabela 3 – Pressão no trabalho por país e ocupação.

	Médicos	Enfermeiros(as)	Técnicos(as) complementares de diagnóstico	Pessoal administrativo	Auxiliares de ação médica	Total
Bulgária	2.8	2.8	2.8	-	-	2.8
Suécia	2.7	2.4	2.7	2.5	2.4	2.5
Finlândia	2.6	2.7	-	2.7	-	2.7
Reino Unido	2.8	2.8	2.8	2.6	2.2	2.7
Holanda	2.7	2.4	2.1	2.2	2.2	2.3
Alemanha	2.4	2.5	2.3	2.2	2.6	2.5
Portugal	2.6	2.7	2.5	2.5	2.5	2.5
Hungria	2.6	2.7	2.3	2.3	2.4	2.5
Total	2.7	2.6	2.5	2.4	2.4	2.6

Fonte: Base de dados QUALITY (2009).

Notas: $\infty = 0,398$; 1 = pouca pressão, 4 = muita pressão.

Exigências de carreira

Juntamente aos níveis de pressão associada ao trabalho, as exigências que se colocam à progressão na carreira constituem também um elemento importante a considerar na análise da qualidade de vida no trabalho. No contexto do nosso estudo, as exigências de carreira dizem respeito às imposições que as entidades empregadoras fazem aos trabalhadores em termos de disponibilidade de tempo e dedicação ao trabalho (DEN DULK et al., 2011).

Analisamos as exigências de carreira por meio da construção de um índice ($\infty = 0,851$) composto por três variáveis. Os inquiridos foram chamados para manifestar a sua concordância com as seguintes afirmações: "Nesta organização, os trabalhadores que querem ter sucesso têm que fazer hora extra de forma frequente"; "Para serem levados a sério nesta organização, os trabalhadores têm de trabalhar muitas horas e estar sempre disponíveis para o que for preciso"; "Nesta organização, é esperado que os trabalhadores ponham o seu emprego acima da vida privada sempre que for preciso". Da agregação dessas respostas resultou o índice de exigências na carreira, sendo que 1 corresponde a uma carreira "com muitas exigências", e 5 a uma ocupação "com poucas exigências".

Portugal, Hungria e Reino Unido são os países onde os inquiridos mais afirmam estar sujeitos a exigências para poder progredir na sua carreira. A Holanda e a Suécia são, pelo contrário, os países onde as percepções das exigências de carreira são menos acentuadas.

No geral, nas profissões que pressupõem uma carreira hierárquica bem estruturada, os profissionais tendem a sentir mais exigências profissionais, destacando-se os médicos como o grupo profissional sobre o qual se colocam mais solicitações de tempo e disponibilidade para a evolução na carreira. Nos casos britânico e português, parece, contudo, existir maior homogeneidade entre os vários grupos profissionais do setor da saúde, no que se refere a esse indicador, sugerindo que as exigências estão mais relacionadas com uma cultura de presença prolongada no local de trabalho, realidade muito evidenciada nesses dois países (PRÁG et al., 2011).

Tabela 4 – Exigências de carreira por país e ocupação.

	Médicos	Enfermeiros(as)	Técnicos(as) complementares de diagnóstico	Pessoal administrativo	Auxiliares de ação médica	Total
Bulgária	3.6	3.5	3.7	-	-	3.6
Suécia	2.4	3.8	3.6	4.0	4.0	3.7
Finlândia	3.4	3.5	-	2.9	-	3.5
Reino Unido	2.6	3.0	3.0	3.1	3.3	3.0
Holanda	2.9	3.8	3.8	3.9	3.8	3.8
Alemanha	3.0	3.5	3.9	4.1	3.4	3.5
Portugal	2.5	3.1	3.1	2.8	3.0	2.8
Hungria	2.2	3.4	3.4	2.9	2.3	2.9
Total	2.8	3.5	3.5	3.4	3.3	3.4

Fonte: Base de dados QUALITY (2009).

Notas: $\infty = 0,851$; 1 = muitas exigências, 5 = poucas exigências.

A análise desses quatro indicadores críticos para a qualidade de vida profissional permite-nos observar a existência de padrões diferenciados de qualidade de vida no interior da Europa. De um modo geral, a Holanda e a Alemanha são os países com uma situação global mais favorável nos indicadores analisados. Já Portugal e Hungria enfrentam mais desafios no alcance do bem-estar efetivo dos seus cidadãos. A análise por ocupação permite-nos também identificar diferenças na forma como a mesma realidade organizacional impacta sobre as experiências de trabalho. As profissões relacionadas com o centro operacional hospitalar (MINTZBERG, 1998) e, em particular, as ocupações médicas, são aquelas sobre as quais se colocam mais desafios. No ponto seguinte deste artigo, olhamos para o caso português, um país com um desempenho relativamente desfavorável quanto a esses indicadores, no contexto europeu. Com base nos testemunhos de um conjunto de profissionais, procuramos compreender com mais detalhes as perspectivas dos trabalhadores sobre quais condições de trabalho poderiam melhorar a sua qualidade de vida.

Tabela 5 – Quadro-resumo da qualidade de vida no trabalho por país.

	Horas de trabalho	Insegurança do emprego	Pressão no trabalho	Exigências de carreira
Bulgária	39.6	3.3	2.8	3.6
Suécia	38.3	3.7	2.5	3.7
Finlândia	-	3.7	2.7	3.5
Reino Unido	39.2	3.2	2.7	3.0
Holanda	27.4	3.6	2.3	3.8
Alemanha	36.2	3.7	2.5	3.5
Portugal	43.3	3.0	2.5	2.8
Hungria	46.6	2.7	2.5	2.9
Média	38.7	3.4	2.6	3.4

Fonte: Base de dados QUALITY (2009).

Tabela 6 – Quadro-resumo da qualidade de vida no trabalho por ocupação.

	Horas de trabalho	Insegurança do emprego	Pressão no trabalho	Exigências de carreira
Médicos	46.9	3.7	2.7	2.8
Enfermeiros	39.1	3.4	2.6	3.5
Técnicos complementares de diagnóstico	36.3	3.4	2.5	3.5
Pessoal administrativo	35.3	3.2	2.4	3.4
Auxiliares de ação médica	34.2	3.0	2.4	3.3
Média	38.7	3.4	2.6	3.4

Fonte: Base de dados QUALITY (2009).

○ estudo de caso português

O estudo de caso português centrou-se em um hospital universitário. Fundado no início dos anos de 1950, a sua estrutura organizacional tem se transformado consideravelmente nas últimas décadas, sobretudo no que diz respeito à composição da força de trabalho, às suas atribuições e às relações institucionais, nomeadamente entre o hospital e a faculdade de medicina.

Enquanto organização do setor público, os anos recentes têm sido marcados pelas pressões financeiras que se colocam à gestão dos recursos humanos. A análise que apresentamos em seguida ilustra como os profissionais nesse hospital estão enfrentando as mudanças, como avaliam a sua qualidade de vida no trabalho e quais condições de trabalho e estratégias organizacionais consideram relevantes para que o hospital possa ser considerado uma organização saudável.

Pontos críticos para a qualidade de vida no hospital

Condições físicas de trabalho

O impacto das condições físicas na satisfação, na motivação e na produtividade dos trabalhadores tem sido desde sempre crucial no estudo do trabalho. Apesar de o último século ter trazido melhorias significativas nas condições físicas de trabalho, a

importância do ambiente físico continua a ter uma presença forte no debate científico atual sobre a qualidade de vida nas organizações.

Nesse hospital português, construído há mais de meio século, as estruturas físicas são caracterizadas por um grau elevado de obsolescência. A otimização do espaço, a salubridade e a higiene são aspectos considerados centrais na promoção da qualidade de vida dos trabalhadores, especialmente porque uma parte significativa do trabalho requer uma presença física prolongada nas instalações.

A grande dimensão do edifício torna difícil o deslocamento interno dos trabalhadores e a comunicação entre os diferentes serviços. Ao mesmo tempo, a antiguidade da construção, a ausência de áreas para refeições ou descanso, a desorganização dos espaços exteriores e a falta de higiene em algumas áreas constituem sérios obstáculos ao bem-estar diário dos trabalhadores.

“As infraestruturas têm de ser adaptadas ao século XXI. A estrutura física do hospital é essencial para que não se perca tempo [...]. A falta de organização significa que os recursos humanos têm de se adaptar. As mudanças físicas levam a mudanças psicológicas. Está tudo relacionado. As pessoas trabalham de forma diferente quando têm infraestruturas novas e adequadas [...]. É necessário construir um novo hospital, um com condições adequadas. Precisamos de um sítio para descansar, um local onde possamos tomar um ducho, uma sala onde possamos mudar de roupa para que não tenhamos de sair da sala de cirurgia, todos transpirados e estar 24 horas sem poder tomar um banho. As pessoas que estão aqui 24 horas precisam de uma casa de banho decente. Um hospital como este é quase impraticável [...]. A trabalhar nestas condições, a única coisa que queremos fazer é ir embora e nunca mais voltar. Trabalharíamos melhor se tivéssemos melhores condições de trabalho e uma pessoa trabalha melhor num local arranjado, mais agradável.” (João, médico).

“O estacionamento do hospital é uma vergonha! Toda a gente entra no hospital, não existe um espaço que seja reservado aos funcionários do hospital, os estacionamentos estão uma porcaria, não existem pavimentos, aquilo é um lamaçal completo... e depois não estão sinalizados. Há alturas em que as saídas estão bloqueadas. Já me aconteceu estar uma hora à espera que tirassem o carro para eu poder sair com o meu. Isto é uma manifestação de que não existe nenhuma consideração e respeito pelos funcionários deste hospital. O estacionamento que existe devia ser devidamente sinalizado. Outras coisas... Por exemplo, os elevadores. Deveriam existir elevadores para os doentes e para os funcionários e outros para as visitas. Às vezes, os elevadores estão de tal modo entupidos, que temos que subir até ao 8º andar, ou 9º, pelas escadas.” (Noémia, médica).

Condições contratuais

Tal como noutros setores de atividade, os trabalhadores do setor público de saúde têm experienciado mudanças significativas nas suas relações de emprego e condições contratuais. Trabalhar em um setor tradicional da administração pública deixou de ser uma garantia de segurança de emprego. A disseminação de contratos individuais de trabalho e o aumento da insegurança de emprego nas profissões médicas, com a expansão dos chamados casos de “trabalho ocasional”, têm aumentado as taxas de *turnover* nesses serviços para níveis mais elevados do que o desejável, quando o objetivo é a formação de equipes de trabalho estáveis. A constante reconfiguração das equipes de trabalho não só cria obstáculos para o serviço de saúde em si, como questiona o objetivo de integração social do trabalho de equipe.

Tal como vimos anteriormente, os trabalhadores do setor público de saúde em Portugal apresentam níveis mais elevados de insegurança do emprego do que noutros países europeus. Ao longo das entrevistas, pudemos confirmar que esse sentimento de insegurança se deve sobretudo à instabilidade das relações contratuais e às suas consequências em termos de proteção social, remuneração e bem-estar geral, mas também no que diz respeito ao desempenho organizacional e às relações de trabalho. Relações de emprego frágeis levam esses profissionais a fazerem uma avaliação negativa entre o esforço que colocam no seu trabalho e as recompensas que recebem (salário, proteção social, progressão na carreira).

"Você não se vai comprometer se souber que não vai estar aqui daqui a seis meses. Você faz o seu trabalho o melhor que pode no dia a dia, sem oferecer mais do que aquilo que você pode dar [...]. Isto significa diferentes posturas, diferentes formas de praticar medicina, não só em relação aos pacientes, como aos colegas e à própria instituição em si. No final, há uma grande diferença. Se você não está realmente integrado, estável, se não faz parte do sistema, com um salário permanente e tudo isso, é como se você estivesse apenas de passagem." (Vítor, médico).

"Assinei um contrato de 2 anos no ano passado. Já vai terminar este ano. [...] Estou em dúvida, como sempre! Já quando foi do meu primeiro contrato (de 6 meses) fiquei em dúvida e agora estou em dúvida e essa dúvida vai ser sempre, porque o trabalho nunca é garantido. Nós sabemos que é garantido um determinado período de tempo e depois, a partir daí, é uma incógnita e quando começa o tempo a aproximar-se... é a incógnita, o friozinho no estômago aumenta, porque não temos segurança. Não é certo que me renovem o contrato. Eu dou sempre o meu melhor mas não significa que as outras pessoas também não deem e que eles não queiram reduzir o pessoal, como já aconteceu." (André, auxiliar de ação médica).

Salários

Juntamente às condições de emprego, as condições salariais têm sofrido alterações significativas para esses profissionais. Salários reduzidos e menor poder de compra surgem como o resultado de um conjunto de políticas de contenção da despesa pública, que coloca esses profissionais no grupo dos mais afetados, em termos salariais, pela situação econômica no país. Essa desvalorização salarial gera, por vezes, a necessidade de se complementar a atividade profissional principal com um segundo emprego, habitualmente no setor privado. Nas profissões da área da saúde, mas principalmente entre os médicos e os enfermeiros, a jornada diária de trabalho é, assim, estendida para o exercício de um segundo emprego, o que significa menos tempo para descanso, lazer e para a vida pessoal, familiar e social.

"Eu considero que o salário dos enfermeiros é extremamente baixo neste momento, se considerarmos as nossas qualificações, o tipo de trabalho que desenvolvemos, a responsabilidade do nosso trabalho [...]. Eu tenho colegas que trabalham aqui há mais de 10 anos e que ganham exatamente o mesmo do que eu, portanto, não há qualquer progressão na carreira. Na verdade, a maior parte dos enfermeiros tem dois trabalhos: trabalham aqui e noutro sítio para ganharem um rendimento extra." (Bruno, enfermeiro).

"Não passo fome, não passo necessidades básicas, nada disso... mas acho que deveríamos ser melhor remunerados [...]. Não posso dizer que sou miserável, mas sou pobre, porque a nível monetário nós ganhamos pouco [...]. Acho que nós ganhamos pouco. É um serviço que exige muito de nós! [...] Eu trabalho por turnos para poder ganhar mais algum, porque o ordenado base é mesmo mínimo [...]. Acho que a nível monetário, se fosse melhor remunerado, melhorava imenso a qualidade de vida." (André, auxiliar de ação médica).

Intensificação do trabalho

O processo de intensificação do trabalho é geralmente associado ao aumento dos ritmos de trabalho e das pressões que resultam das crescentes exigências que se colocam em termos da quantidade e da qualidade do que é produzido (GREEN, 2006). Nas nossas entrevistas, a intensificação do trabalho foi referida como um dos aspectos que contribui para os sentimentos de pressão e insatisfação, sendo também indicado como um dos principais desafios que se colocam à promoção da qualidade de vida no trabalho.

Nas ocupações de saúde, a intensificação do trabalho diz geralmente respeito ao conflito gerado entre o aumento das exigências ao nível dos cuidados prestados e a resposta que pode ser dada pelo hospital com os recursos técnicos e humanos que

tem ao seu dispor. As mudanças demográficas, a concentração de um maior número de habitantes nas áreas urbanas que circundam o hospital, o envelhecimento da população, a emergência de novos hábitos e estilos de vida, a ineficácia dos serviços de assistência locais, a falta de recursos humanos, a obsolescência das instalações e dos equipamentos, são causas possíveis para esse tipo de tensões sentidas pelos trabalhadores.

"Eu acho que o elevado número de pacientes que nós temos, que está sempre a aumentar, se deve ao fato de os pacientes receberem cada vez menos cuidados médicos adequados nos centros de saúde locais e, portanto, vêm para o hospital. Como há mais pessoas nos centros urbanos e os centros de saúde locais estão a perder capacidades, as pessoas vêm para o hospital desnecessariamente. Estes pacientes poderiam perfeitamente ser atendidos por um médico no centro de saúde. Aqui o hospital está a tentar cooperar usando novas tecnologias e tentando educar os pacientes para que não entupam o serviço de urgências desnecessariamente. Está a tentar contratar mais médicos, o que não tem sido fácil e nem sempre é possível." (Ricardo, médico).

"Basicamente, do que nós nos queixamos é do cansaço. Quando falamos de qualidade de vida, do que nós nos queixamos bastante é do cansaço pelo excesso de trabalho, pelos poucos elementos que temos na equipa, e pelo volume de trabalho que temos, da afluência... Se quisermos prestar bons cuidados, saímos daqui muito cansados... é complicado." (Patrícia, enfermeira).

De acordo com esses testemunhos, para que possam ser consideradas uma organização saudável, é fundamental que as instalações físicas do hospital melhorem e se adequem às novas exigências que o trabalho hospitalar assume. Ao mesmo tempo, é necessário estabelecer relações de emprego mais seguras e com salários mais adequados para que os trabalhadores possam assumir outros níveis de compromisso com a organização. Por fim, a melhoria da sua qualidade de vida passaria também por uma questão mais abrangente, de articulação do hospital com outras instituições de saúde nacionais; nomeadamente com os centros de saúde locais, beneficiando-se com o aumento de recursos físicos, materiais e humanos que possam facilitar o quotidiano de trabalho.

Conclusão

Ao longo deste artigo, analisamos dados quantitativos e qualitativos relativos às realidades de trabalho de um conjunto selecionado de ocupações no setor da saúde na Europa. Com base nos resultados do projeto europeu QUALITY, desenvolvido em oito países e em vários setores de atividade, pudemos explorar dimensões relevantes para o estudo da qualidade de vida no trabalho e, concretamente, no setor público de saúde.

A análise dos dados quantitativos permitiu sublinhar o peso dos contextos nacionais e das configurações institucionais dos países na determinação de aspectos centrais para a qualidade de vida no trabalho. A Holanda e a Alemanha são os países que, no estudo, apresentam um quadro geral mais positivo nas profissões do setor da saúde. É nesses países que médicos, enfermeiros, técnicos complementares de diagnóstico, auxiliares de ação médica e administrativos trabalham menos horas, sentem mais segurança no emprego, afirmam sentir menos pressão e que estão sujeitos a menos exigências para a progressão na carreira. Por outro lado, é na Hungria, em Portugal e, em parte também, na Bulgária e no Reino Unido que essas dimensões de qualidade de vida no trabalho se apresentam mais precárias, com mais horas de trabalho, mais insegurança, mais pressão e mais exigências.

O padrão de desenvolvimento socioeconômico tende assim a refletir-se nas condições laborais das profissões analisadas nas organizações públicas estudadas.

A atividade médica é aquela sobre a qual recaem mais desafios para uma vida profissional com qualidade. De forma mais ou menos generalizada, nos países europeus em análise, os médicos trabalham mais horas, estão expostos a mais pressões e exigências. Apenas no que diz respeito à insegurança do emprego, essa

ocupação parece estar mais protegida, já que a sua valorização social e elevada procura continuam a atenuar eventuais preocupações com a perda de emprego no futuro. Também os enfermeiros enfrentam sérios desafios quanto à obtenção de uma vida profissional com mais qualidade. Em uma tendência de precarização que é comum a vários países europeus, recaem sobre esses profissionais níveis elevados de pressão, também partilhados com outras profissões que envolvem o contato direto com os pacientes, mas às quais estão associadas menores qualificações, menor reconhecimento social e maior insegurança no emprego, como é o caso dos auxiliares de ação médica.

É, no entanto, importante atender a algumas especificidades encontradas no cruzamento entre país e ocupação. Em Portugal e no Reino Unido, por exemplo, as elevadas exigências sentidas pelos trabalhadores são comuns às várias ocupações, sendo este um fenômeno que varia pouco em função da ocupação. Outra particularidade é encontrada no índice de pressão no trabalho em Portugal e na Hungria, onde os profissionais menos qualificados partilham dos acentuados níveis de pressão dos médicos.

No contexto da sociedade do conhecimento, a posse de qualificações formais elevadas seria, à partida, um indicador de melhor qualidade de vida no trabalho. Os nossos dados permitem confirmar que, nomeadamente no que diz respeito à insegurança das relações laborais, os médicos se encontram em uma situação relativamente privilegiada quando comparados a outros grupos ocupacionais menos qualificados e cujas competências são menos procuradas pelo mercado de trabalho. No entanto, esses profissionais continuam expostos a pressões, exigências e longas horas de trabalho. Do mesmo modo, algumas características que o trabalho assume na modernidade apresentam-se de forma transversal às várias ocupações. O papel que o conhecimento desempenha na determinação da qualidade de vida no trabalho é, assim, ambíguo, obrigando a que se analisem cada vez mais os processos de adaptação e reconfiguração profissional na sociedade do conhecimento.

Neste artigo, demos especial atenção ao caso português, apresentando os resultados de um estudo de caso realizado na unidade de urgência de um hospital público. De acordo com os nossos entrevistados, dimensões tradicionalmente consideradas no estudo das condições do trabalho, como o ambiente físico e o salário, continuam a ser pertinentes na avaliação que os trabalhadores fazem da sua qualidade de vida, inclusive nas profissões que mobilizam um tipo de conhecimento muito especializado, como é o caso dos médicos. Ao mesmo tempo, transformações sociais mais abrangentes, como o processo de envelhecimento populacional ou o reforço da urbanização das grandes cidades, não têm sido acompanhadas por uma adequada atualização dos recursos, humanos e materiais, necessários à prática eficaz dos objetivos dessa organização. Com um conjunto de pressões financeiras que se colocam atualmente ao setor público, e com a contínua precarização dos vínculos laborais, a conjugação desses diferentes fatores tem intensificado o trabalho nos hospitais, independentemente do número de horas trabalhadas. A esse propósito, é importante relembrar os sérios efeitos que a mais recente crise econômica global trouxe para a generalidade dos países europeus, e para alguns deles em particular. No quadro europeu, a economia portuguesa foi uma das mais afetadas, o que levou a um pedido de resgate internacional, concedido de forma condicional, a troco da implementação de várias reformas socioeconômicas no país. O setor público foi especialmente afetado, com a implementação de medidas de racionalização de recursos, que vieram agravar as condições de vida e de trabalho dos profissionais de saúde e distanciar as organizações de prestação de cuidados médicos de um ideal de organização saudável.

A combinação de métodos quantitativos e qualitativos permitiu uma melhor compreensão dos critérios que contribuem para que uma organização possa ser considerada saudável. Outros resultados deste estudo internacional, que acrescentam outras variáveis ao estudo da qualidade de vida (BÄCK-WIKLUND et al., 2011), contribuem para o debate em torno das melhores formas de promover o bem-estar dos trabalhadores do ponto de vista das práticas organizacionais.

Referências

- ALLARDT, E. Having, loving and being. An alternative to the Swedish model of welfare research. In: NUSSMAN, M.; SEN, A. (Ed.). *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press, 1993.
- ASAIAG, P. D. et al. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 3, p. 422-429, 2010.
- BÄCK-WIKLUND, M. et al. (Ed.). *Quality of life and work in Europe*. Theory, practice and policy. London: Palgrave Macmillan, 2011.
- BASTOS, A. V.; LIRA, S. B. Comprometimento no trabalho: um estudo de caso em uma instituição de serviços na área da saúde. *Organizações e Sociedade*, v. 4, n. 9, p. 39-64, 1997.
- BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização reflexiva*. Oeiras: Celta Editora, 2000.
- BOVAIRD, T.; LOFFLER, E. (Ed.). *Public management and governance*. London: Routledge, 2003.
- CASACA, S. F. *Emprego, flexibilidade e relações de gênero*. 2005. Tese (Doutorado) – Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa, 2005.
- CASTELLS, M. *The information age: economy, society and culture*. Massachusetts: Blackwell Publishers, 1997. v. 1, 2, 3.
- DEN DULK, L. et al. Quality of life and work in a changing Europe: a theoretical framework. In: BÄCK-WIKLUND, M. et al. (Ed.). *Quality of life and work in Europe*. Theory, practice & policy. London: Palgrave Macmillan, 2011.
- DIENER, E. Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, v. 31, p. 103-157, 1994.
- DIMAGGIO, P. (Ed.) *The twenty-first-century firm: changing economic organization in international perspective*. New Jersey: Princeton University Press, 2001.
- ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of the welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press, 1990.
- EU. *Growth and jobs: relaunch of the Lisbon strategy*. 2004. Disponível em: <<http://www.euractiv.com/section/innovation-industry/linksdossier/growth-and-jobs-relaunch-of-the-lisbon-strategy/>>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- EU. *Treaty of Lisbon (rev.)*. 2007. Disponível em: <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:12007L/TXT&from=EN>>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- EUROSTAT. *Labour force survey*. 2013. Disponível em: <<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- FERLIE, E. et al. *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- GREEN, F. *Demanding work, the paradox of job quality in the affluent economy*. Princeton; Oxford: Princeton University Press, 2006.
- KOVACHEVA, S.; DOORNE-HUISKES, A.; ANTILLA, T. The institutional context of the quality of life. In: BÄCK-WICKLUND, M. et al. (Ed.). *Quality of life and work in Europe*. Theory, practice and policy. London: Palgrave Macmillan, 2011.
- KÓVACS, I. Novas formas de organização do trabalho e autonomia no trabalho. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n. 52, p. 45-65, 2006.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde Colectiva*, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LEWIS, S. *Consolidated report*. Case studies of healthy organization. Deliverable of the EU project QUALITY. Utrecht: Utrecht University, 2008.

LEWIS, S. et al. Healthy organizations. In: BÄCK-WIKLUND, M. et al. (Ed.). *Quality of life and work in Europe*. Theory, practice and policy. London: Palgrave Macmillan, 2011.

MINTZBERG, H. *Structure et dynamiques des organisations*. Paris: Éditions d'Organisation, 1998.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. *Decent work*. Report of the Director-General to the 87th session of the International Labour Conference. Genebra, 1999. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

PAIVA, K. C. M.; AVELAR, V. L. A. M. Qualidade de vida no trabalho em uma central de regulação médica de um serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). *Organizações e Sociedade*, v. 18, n. 57, p. 303-321, 2011.

PAUGAM, S. *Le salarié de la précarité*. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle. Paris: Presses Universitaires de France, 2000.

PINTO, J. M. Precarização e relações de sentido no espaço social do trabalho. *Sociologia*, v. 16, p. 177-190, 2006.

PRÄG, P. et al. Quality of work and quality of life of service sector workers: cross-national variations in eight European countries. In: BÄCK-WIKLUND, M. et al. (Ed.). *Quality of life and work in Europe*. Theory, practice and policy. London: Palgrave Macmillan, 2011.

REICH, R. *O trabalho das nações*. Lisboa: Quetzal Editores, 1993.

SCHAUFELI, W. B.; BAKKER, A. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of organizational behaviour*, n. 25, p. 293-315, 2004.

SEN, A. *Development as freedom*. New York: Oxford University Press, 1999.

VAN DER LIPPE, T. et al. Data and methods. In: BÄCK-WICKLUND, M. et al. (Ed.). *Quality of life and work in Europe*. Theory, practice and policy. Londres: Palgrave Macmillan, 2011. p. 55-74.

VEENHOVEN, R. The four qualities of life. Ordering concepts and measures of good life. *Journal of Happiness Studies*, v. 1, p. 1-39, 2000.

Submissão: 26/12/2014

Aprovação: 30/09/2015