

ELAINE CRISTINA VAZ VAEZ GOMES

**QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL EM ASSISTENTES
SOCIAIS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE-MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
CAMPO GRANDE-MS**

2007

ELAINE CRISTINA VAZ VAEZ GOMES

**QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL EM ASSISTENTES
SOCIAIS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Comportamento Social e Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
CAMPO GRANDE-MS**

2007

i

Ficha Catalográfica

Gomes, Elaine Cristina Vaz Vaez
G633q Qualidade de vida profissional em assistentes sociais da cidade Campo Grande/MSI / Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes; orientadora Liliana Andolpho Magalhães Guimarães. 2007
97 f.: il.; 30 cm+ anexo

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mestrado em psicologia, 2007.
Inclui bibliografia

1. Assistente social – Qualidade de vida 2. Comportamento social. I. Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães. II. Título

CDD-361.3

Bibliotecária: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1-757

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
(orientadora/UCDB)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Profa. Dra. Maria Elenice Quelho Areias (UNICAMP)

Dedico este trabalho ...

A DEUS... pelo seu amor, cuidado, fonte de sabedoria e perseverança por te me concedido força, vida e saúde

Sem ELE não seria possível caminhar.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação, não seria possível sem a participação de diversas pessoas, bem como, da instituição em que trabalho, que me permitiu a participação das aulas e das orientações, contribuindo com o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ao meu amigo e esposo Cícero Cândido Gomes, pelo carinho, compreensão e apoio irrestrito em todos os momentos desta trajetória.

Aos meus pais, e minha irmãzinha Giselle, companheiros de todos os momentos da minha vida, e sobretudo neste de forma especial.

À minha orientadora Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, pelo carinho, zelo, cobrança, estímulo, compreensão e disponibilidade em todos os momentos. Sem a presença de Deus, a confiança e contribuição da minha orientadora, não seria possível a realização deste sonho.

Aos meus Colegas de serviço da equipe de capacitação: Patrícia, Ghisley, Conceição, Marilaine, Flávia, Raquel, Márcia, Crisrober, Dionísio e em especial ao Aguinaldo e a parceira Adelina pela atenção e companhia nos momentos em que mais precisei.

À Rosângela Teixeira pela confiança e incentivo em todos os momentos.

Aos meus Colegas distantes mas presentes no momento em que necessitei da força e compreensão: Neusa Maria da Silva, Beatriz del Vale, Neuza de Jesus, Herculano e Ana Carolina.

A todos os colegas da equipe Bandeira gestão 2004 e 2005.

Aos meus chefes ao longo desta caminhada, Suely Viçoso, Aguinaldo Araújo, Márcia Portocarreiro, Janete Matos, Nery, Neusinha, Renata Domingues, Rosângela e Beatriz.

À profa. Dra. Sonia Grubits, coordenadora do Programa de Mestrado de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco.

Às amigas e amigos de todas as horas, Eleuza, tia Iraci e tio Ismael, Lidy, Márcia Minari e Carmem Trindade.

Às Assistentes Sociais que, em suas respectivas instituições participaram desta pesquisa, tornando-se possível a realização deste trabalho.

Ao CRESS-21° MS, em nome da Presidente Geórgia Munhoz pelo apoio e aprovação do projeto para coleta de dados com o público alvo.

À ex presidente Francisca Bezerra pelo incentivo e encaminhamento da proposta para nova gestão CRESS-21° MS.

Ao Adriano pelo apoio estatístico e Adão Matida pela ajuda na formatação do trabalho.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Não tenho um caminho novo.

*O que eu tenho de novo é um jeito de
caminhar...*

Thiago de Melo

RESUMO

Introdução- Os profissionais que desempenham funções de “ajuda ou de auxílio”, estão mais suscetíveis à repercussões deletérias em sua saúde física e ou mental e também em sua Qualidade de Vida Geral e no Trabalho (QVT). **Objetivo-** Avaliar a Qualidade de Vida Profissional (QVP) de uma amostra representativa de Assistentes Sociais do município de Campo Grande-MS. **Casuística e Método-** Realizou-se um estudo exploratório-descritivo de corte transversal, em 34 instituições públicas e privadas, na cidade de Campo Grande-MS. De uma população de N=369 Assistentes Sociais da cidade de Campo Grande-MS, foi estudada uma amostra aleatória e voluntária de n=79 participantes (todas mulheres), no período de janeiro a março de 2006. A aplicação dos instrumentos foi realizada nos diferentes locais de trabalho, para coleta dos dados sócio-demográficos e ocupacionais, sendo aplicado o Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35). **Resultados-** A maior parte das participantes do estudo encontra-se na faixa média de idade de 42 anos, são casadas com até 2 filhos (41%), têm tempo médio de formação de 16 anos, de serviço 13 anos e carga horária semanal de trabalho de 35,7 horas. Houve um predomínio de participantes que cursaram especialização (61%); a maioria (78%) desempenha atividade administrativa com dedicação exclusiva (89%), porém não em funções de chefia (74,7%). Referem ter muita QVT, percebem pouco Apoio Organizacional (AO) e muita Carga de Trabalho (CT). Percebem ter bastante: Capacitação para Realização do Trabalho (CRT), Motivação Intrínseca (MI), Recursos Relacionados ao Trabalho (RRT), muito Apoio Social (AS) e pouco Desconforto Relacionado ao Trabalho (DRT). **Conclusão-** As participantes da investigação percebem ter muita QVT, embora refiram ter muita Carga de Trabalho; demonstram muita Capacitação para o Trabalho e pouco Apoio Organizacional. Uma alta Motivação Intrínseca e Capacitação para o Trabalho parecem funcionar como fatores de compensação para que as Assistentes Sociais lidem e enfrentem estas variáveis de risco para o estresse ocupacional. Nota-se a necessidade de sensibilizar as organizações, bem como fornecer à estas profissionais formação específica em estratégias de gestão, para uma participação efetiva das mesmas junto às organizações nas quais trabalham e que possibilite melhorias quanto ao nível de Apoio Organizacional percebido. A médio e longo prazo, estas deficiências, se não supridas, podem levar a estas profissionais, frustração com a profissão e a outros desgastes, sobretudo de ordem psicossocial.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Profissional. Assistentes Sociais. Questionário de Qualidade de Vida Profissional. QVP-35.

ABSTRACT

Introduction- The professionals that carry out the duty called “help or assistance”, are more susceptible to harmful effects in their physical and/or mental health and also in their General Quality of Life and at Work. **Aims-** This research aims to evaluate the Quality of Professional Life in a representative sample of Social Workers (SW) of the city of Campo Grande-MS. **Material and Method:** A descriptive-explanatory transversal study has been carried out in 34 public and private institutions in Campo Grande-MS. Among the N=369 SW in Campo Grande-MS, a random and volunteer sample of n=79 participants (all women), from January to March 2006. The interviews were carried out at different work places; a questionnaire about Quality of Professional Life was given (QVP-35) and socio-demographic and occupational data was collected. **Results-** Most of the participants of the present study are around 42 years old, are married and have up to 2 children (41%), have been graduated for an average of 16 years, have been working for an average of 13 years and have an amount of 35,7 working hours weekly. Most of them have taken a specialization course (61%), most of (78%), them carry out administrative duties exclusively (89%), although not in headship positions (74,7%). They claim to have a lot of QPL, get little Organizational Support (OS) and a great Work Load (WL). They realize having enough Job Qualification (JQ), Intrinsic Motivation (IM), Resources to carry out their duties (DR), a lot of Social Support (SS) and little Discomfort related to work (DRW). **Conclusion-** The participants of this investigation realized having enough QPL, although they affirm having a lot of WL; show a lot of JQ and little OS. A high IM and JQ seem to work as compensation factors, so that the SW deal with and face these risk variables for labor stress. The need to sensitize the organizations, as well as give these professionals a specific formation in organizational strategies, is noted; for a more effective participation in the places where they work for, and that allow improvements is the noted OS levels. In the medium and long run, these problems, if not solved, can lead these professionals to frustration related to their professions and other concerns, especially psycho-social ones.

Key-words: Quality of Professional Life. Social Workers. Quality of Professional Life Questionnaire. QVP-35.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Médias e porcentagens para idade, no de filhos, tempo de formação, de serviço e carga horária de trabalho semanal (n=79).....	53
GRÁFICO 2 - Médias e desvios-padrão, segundo as classificações da QVP.....	56
GRÁFICO 3 - Correlação entre ocupar cargo de chefia e Apoio Organizacional.....	58
GRÁFICO 4 - Correlação entre a Idade e Apoio Social.....	59
GRÁFICO 5 - Correlação entre ocupar cargo de chefia e Apoio Social.....	60
GRÁFICO 6 - Correlação entre trabalhar em atividade administrativa e Motivação Intrínseca.....	61
GRÁFICO 7 - Correlação entre percepção de Apoio Organizacional com quantidade de filhos.....	62
GRÁFICO 8 - Correlação entre ocupar cargo de chefia e Motivação Intrínseca.....	63
GRÁFICO 9 - Classificação em percentual das questões Q2, Q3, Q4 e Q5.....	64
GRÁFICO 10 - Classificação em percentual das questões Q6, Q8, Q10, Q12, Q13 e Q15.....	65
GRÁFICO 11 - Classificação em percentual das questões Q16, Q17, Q18, Q19 e Q20.....	66
GRÁFICO 12 - Classificação em percentual das questões Q21, Q22, Q25 e Q26.....	67
GRÁFICO 13 - Classificação em percentual das questões Q28, Q29 e Q30.....	68
GRÁFICO 14 - Classificação em percentual das questões Q32, Q33 e Q34.....	69

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das freqüências e porcentagens, segundo o estado civil (n=79).....	54
TABELA 2 - Distribuição das freqüências e porcentagens, segundo a escolaridade (n=79).....	54
TABELA 3 - Distribuição das freqüências e porcentagens, segundo atividade administrativa (n=79).....	54
TABELA 4 - Distribuição das freqüências e porcentagens, segundo exercer ou não cargo de chefia (n=79)	55
TABELA 5 - Distribuição das freqüências e porcentagens, segundo a dedicação relacionada ao trabalho (n=79)	55
TABELA 6 - Distribuição das freqüências e porcentagens, segundo realização de trabalho em outra instituição (n=79).....	55

LISTA DE SIGLAS

- AO – Apoio Organizacional
- AS – Apoio Social
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
- CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CRT – Capacitação para Realização do Trabalho
- CSDO – Características sócio-demográficas e ocupacionais
- CT – Carga de Trabalho
- DORT – Distúrbios Osteomusculares
- DRT – Desconforto Relacionado ao Trabalho
- LER – Lesões por Esforço Repetitivo
- LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
- MI – Motivação Intrínseca
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- PNAS – Política Nacional de Assistência Social
- QV – Qualidade de Vida
- QVP – Qualidade de Vida Profissional
- QVT – Qualidade de Vida no Trabalho
- RRT – Recursos Relacionados ao Trabalho
- SM – Saúde Mental
- SUAS – Sistema Único da Assistência Social
- UCDB – Universidade Católica Dom Bosco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 BREVE HISTÓRICO E ORIGEM DO SERVIÇO SOCIAL	19
2.1.1 O trabalho do Assistente Social	26
2.2 QUALIDADE DE VIDA (QV)	29
2.2.1 Sobre o trabalho	33
2.2.2 Qualidade de Vida e Trabalho (QVT).....	35
2.2.3 Qualidade de Vida Profissional (QVP)	40
3 A PESQUISA	44
3.1 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	45
3.2 HIPÓTESE	45
3.3 OBJETIVOS	45
3.3.1 Objetivo geral.....	45
3.3.2 Objetivos específicos.....	45
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	46
4.1 <i>LOCUS</i> DA PESQUISA.....	47
4.2 TIPO DE ESTUDO	47
4.3 PARTICIPANTES E AMOSTRA.....	47
4.3.1 Critérios de inclusão.....	47
4.3.2 Critérios de exclusão	48
4.4 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	48
4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	48
4.5.1 Questionário de dados sócio-demográficos e ocupacionais.....	48
4.5.2 Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35)	48
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA E PROCEDIMENTO.....	49

4.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS	50
5 RESULTADOS	52
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	53
5.2 AVALIAÇÃO GERAL DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL	56
5.3 CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS- OCUPACIONAIS E DIMENSÕES DO QVP-35	57
5.4 CLASSIFICAÇÃO DAS QUESTÕES SIGNIFICATIVAS DO QVP-35	64
6 DISCUSSÃO.....	70
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	90
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa insere-se no campo de estudos denominado Qualidade de Vida e Trabalho (QVT). Através de sua compreensão junto à categoria profissional das Assistentes Sociais poderá se constituir em um instrumento de diagnóstico, análise e transformação da realidade atual dos saberes e práticas desta categoria profissional.

Sabe-se que profissões que trabalham com “ajuda” e que apresentam um alto grau de contato interpessoal emocionalmente exigente (tais como professores, médicos, bombeiros, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros), estão mais expostas à repercussões deletérias da atividade na saúde física e ou mental e também na qualidade de vida geral e no trabalho. Os Assistentes Sociais, de forma geral, interagem de forma ativa com os usuários de seus serviços, cuidam, orientam ou solucionam problemas.

Em geral, estes profissionais atuam em serviços públicos e mostram-se insatisfeitos com os baixos salários, condições precárias de trabalho, gerando descontentamento, irritabilidade e insatisfação. Em alguns casos, ocorre o não envolvimento com o serviço, a falta de motivação e dedicação ao trabalho, visto mais como um meio de sobrevivência do que como atividade produtiva por meio da qual se pode alcançar realização pessoal e profissional.

Buscou-se através da realização deste estudo, avaliar a Qualidade de Vida Profissional (QVP) de Assistentes Sociais, tema ainda não pesquisado na literatura nacional e internacional, com a presente metodologia e instrumentos de avaliação.

A definição de QVP adotada no presente estudo refere que: “[...] Qualidade de vida Profissional (QVP) é a experiência de bem estar, secundária à percepção de equilíbrio entre as demandas ou cargas de trabalho e os recursos (psicológicos, organizacionais e reacionais) disponíveis para enfrentá-las” (GUIMARÃES, 2005, p. 12).

O interesse pelo tema QVP, originou-se das observações e da vivência da pesquisadora, frente à realidade do Assistente Social. Esta experiência foi obtida através de trabalhos desenvolvidos pela mesma em setores públicos, onde se pode observar um grande número de profissionais com diversas queixas sobre a organização do trabalho, fundamentalmente: horas trabalhadas, ergonomia do mobiliário de trabalho, a excessiva demanda de usuários a ser atendida, baixos salários, entre outras.

Na primeira seção desta dissertação contempla-se a justificativa e a apresentação, o contexto que motivou a realização do estudo e sua relevância.

A segunda seção trata do referencial teórico que fundamentou o estudo e está dividida em duas etapas distintas. Na primeira, faz-se breves considerações sobre aspectos históricos e conceitos relevantes referentes a origem do Serviço Social e seu trabalho. A segunda aborda a Qualidade de Vida (QV): histórico e conceitos da Qualidade de Vida Geral, conceito e o significado do trabalho, histórico e conceitos da Qualidade de Vida no Trabalho a importância da caracterização da QVP das Assistentes Sociais, destacando-se também o instrumento utilizado nesta pesquisa, o QVP-35.

A terceira seção apresenta a pesquisa de campo, o contexto onde se realizou o estudo, as hipóteses de trabalho e os objetivos estabelecidos.

A quarta seção aborda a casuística e o método de investigação, apresentando a amostra estudada, os recursos humanos e os materiais utilizados, o instrumento de pesquisa, os procedimentos e aspectos éticos da pesquisa, a análise e o processamento de dados.

A quinta seção descreve os resultados obtidos, evidenciando-se os achados estatisticamente significativos. A sexta seção apresenta a discussão dos resultados e a última seção as conclusões e considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTÓRICO E ORIGEM DO SERVIÇO SOCIAL

A origem histórica do Serviço Social é marcada por benemerência, paternalismo, filantropia o que proporcionou o rótulo de que esta é uma profissão para atender aos pobres.

É uma profissão que nasce nos anos 30 no século XX, sob a influência do Serviço Social europeu.

Mestriner (2001) afirma que, no Brasil, filantropia e benemerência são tratadas como sinônimos e escondem de fato a relação estado-sociedade. É responsabilidade do Estado garantir políticas públicas que intervenham nas relações de desigualdade social que caracterizam o país, tornando-as responsabilidade de todos, por meio de organizações sem fins lucrativos.

Em consonância com a mesma autora, o sentimento de solidariedade, caridade e benemerência preconizado pela igreja católica é caracterizado pela “bondade”, que se concretiza na ajuda ao próximo. Portanto, nesse contexto, é que o Serviço Social nasce e vem lutando para romper paradigmas e se fortalecer como profissão, que tem como objetivo desenvolver a assistência social e não o assistencialismo, como o que imperou ao longo dos anos, desde os primórdios da profissão, e que procurava mascarar e garantir a perpetuação da classe dominante, manipulando os trabalhadores.

Martinelli (1993) refere que, nos primórdios do Serviço Social, o principal instrumento de trabalho era a visita domiciliar realizada pelos agentes. Seu principal objetivo era verificar as condições de habitação, saúde e fortalecer o modo de pensar da classe trabalhadora.

A mesma autora coloca que, em 1869, em Londres foi criada a Sociedade de Organização da Caridade, e que ocorreram várias manifestações quanto ao uso do instrumento de trabalho estabelecido com o fim de repressão e coerção.

Foi realizada, em 1897, em Toronto, Canadá, a Conferência Nacional de Caridade, na qual foi proposta a criação de uma escola de Filantropia Aplicada, devido à preocupação de lutar pelo uso adequado da visita domiciliar e pela qualificação profissional, pois crescia o número de profissionais. Esta escola foi criada em 1898, em Nova Iorque com a contribuição efetiva de Mary Richmond, da Sociedade de Organização da Caridade. Nessa ocasião, em

Berlim, Alemanha, foram implantados cursos para agentes sociais, que deram origem à primeira escola alemã de Serviço Social, em 1908.

Estevão (1992) coloca que Richmond dava muita importância ao trabalho social, expressão utilizada por ela desde a criação da primeira Escola de Filantropia Aplicada, preocupação essa que a levou a criar um curso para as visitadoras domiciliares. Foi com este trabalho que o Serviço Social iniciou atividades nas instituições públicas americanas.

Martinelli (1993, p. 109) cita que:

[...] Boston, Massachusetts e Chicago foram as primeiras cidades nos Estados Unidos a instituir a presença do assistente social nos tribunais. Na época, o trabalho era desenvolvido por um grande número de profissionais do sexo feminino.

Tal fato fez com que a profissão fosse marcada como uma profissão predominantemente feminina, até os dias de hoje.

Nesta direção, uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2004, revelou que 97% dos assistentes sociais são do sexo feminino, confirmando-se a história da categoria (PRÉDES, 2005).

Em Paris no ano de 1911 foi fundada a primeira escola católica de Serviço Social, e em 1920 foi fundada em Nova Iorque, Estados Unidos, a Associação Nacional de trabalhadores Sociais para representação da defesa profissional. Nessa Associação, que criou força nos Estados Unidos e na Europa, a preocupação era garantir a hegemonia do pensamento católico.

Martinelli (1993) afirma que, na Inglaterra e nos demais países europeus, o termo Serviço Social era referido como *Social Service*. O termo *Social Work* utilizado nos Estados Unidos representa o pensamento das sociedades de Organização de Caridade americanas.

Raicheles (2006) refere que no Brasil, em 1936 e 1937, em São Paulo e Rio de Janeiro, foram criadas as primeiras escolas de Serviço Social, tendo como referencial uma marcada influência européia, especialmente franco-belga. Vale ressaltar que, no primeiro curso, denominado Curso Intensivo de Formação Social para Moças, ministrado pela assistente social belga Adèle de Loneux, da escola Católica de Serviço Social de Bruxelas, o

público foi composto predominantemente por jovens ricos pertencentes à burguesia paulista e católica.

Estevão (1992) propôs que a profissão fosse denominada de Trabalho Social, e seus agentes, de trabalhadores sociais.

Segundo Martinelli (1993), no estado de São Paulo, o desenvolvimento da atividade profissional se deu da seguinte forma:

Em 1935, o Serviço Social vinha desempenhando atividade profissional legalmente inserida em organismos públicos, no caso o Departamento de Assistência Social, subordinado à Secretaria da Justiça (Lei n. 2.497, de 24 dezembro de 1953).

Em 1938, a legislação estadual passou a conceder prerrogativas aos assistentes sociais, tornando privativo desses profissionais o exercício de cargos relacionados ao menor e à família, na estrutura do Serviço Social de Menores (Decreto Estadual n. 9.744, de 19 de novembro de 1938) e no Departamento de Serviço Social do Estado (Ato n. 57, de 25 de novembro de 1940).

Já em âmbito federal, em 1938, com Decreto-lei n. 525, de 1º de julho de 1938, organizou-se o Serviço Social como uma estrutura de serviço público, para dar atendimento ao disposto na Carta Constitucional de 1934, segundo a qual ficava estabelecida a responsabilidade do Estado pelos desamparados.

O mesmo decreto criou também o Conselho Nacional de Serviço Social, inserido na ditadura varguista. Entretanto foi a Legião Brasileira de Assistência que, criada sob o impacto da II Guerra Mundial em 1942, com organização definitiva e funcionamento autorizados pela Portaria n. 6.013, de 1º de outubro de 1942, contribuiu para que o Serviço Social fosse instituído e reconhecido como uma profissão liberal. Com a Portaria n. 35, de 19 de abril de 1949, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, o Serviço Social foi enquadrado no 16º grupo de profissões liberais.

Em âmbito estadual, o ensino de Serviço Social foi normatizado pelo Decreto n. 9970, de 02 de fevereiro de 1939, em São Paulo. Em âmbito federal, isso ocorreu na década de 1950 por meio da Lei n. 1.889, de 13 de junho de 1953 e do Decreto n. 35.344, de 02 de abril de 1954.

Estevão (1992, p. 49) coloca que:

[...] a primeira instituição pública importante, criada na ditadura de Vargas por decreto-lei, na área da Assistência Social foi a Legião Brasileira de Assistência, nascida em 1942 com o objetivo de trabalhar em favor do progresso do Serviço Social.

O autor citado refere ainda que, ao mesmo tempo em que se procurava canalizar e conseguir apoio político para o governo, através de sua ação assistencialista, haveria um apoio efetivo às escolas de Serviço Social já existentes, ocorrendo o incremento de novas. Neste mesmo período, foram criadas também as grandes instituições patronais que configuraram o que hoje se conhece como o sistema “S” – SESI, SENAI, SESC, SENAC (Serviço Social da Indústria, Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, Serviço Social do Comércio, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, respectivamente).

Raicheles (2006) explicita que nos anos 50/60, com a participação de profissionais em programas de Desenvolvimento de Comunidade, inspirados em propostas norte-americanas, ocorreu uma abertura para que o trabalho dos Assistentes Sociais tivesse um salto qualitativo e quantitativo: aumento dos números de escolas, interiorização do Serviço Social para as prefeituras de pequenas e médias cidades, abertura de um novo caminho de trabalho nas grandes empresas, especialmente nas industriais, incorporação de novas atribuições profissionais relacionadas a coordenação, planejamento e administração de programas sociais.

Barroco (2001) refere que, no Brasil, no final da década de 1950, no trabalho em comunidade desenvolvido por jovens que acreditaram, lutaram e reivindicaram um novo padrão cultural e teórico, iniciou-se a erosão ao Serviço Social tradicional, o que fortaleceu os movimentos sociais organizados, a participação estudantil e envolvimento profissional com as demais profissões.

Iamamoto (2000) coloca que os anos 1980 foram marcados pelo resgate da profissão por meio de um projeto-ético político profissional, que norteou novas técnicas para os acadêmicos e profissionais.

Martinelli (1993) diz que o termo Serviço Social é usado geralmente de forma imprecisa e indeterminada, podendo, muitas vezes, significar que se pode solicitar e obter tudo, ou quase tudo que se queira ou necessite.

Para Iamamoto (2000), o Assistente Social tem o desafio de propor, sugerir e implementar políticas públicas que propiciem ao indivíduo mudanças capazes de efetivar direitos contribuindo para a transformação social. O autor acrescenta que se deve romper com uma visão positivista, paternalista, fazer assistência e não assistencialismo.

O assistencialismo é a benemerência, a caridade é prestar favor à sociedade sem o compromisso de orientar e sensibilizar o cidadão e propiciar-lhe uma leitura crítica de seus direitos e deveres. Ambos promovem uma relação de dependência e não têm finalidade de autonomia e empoderamento¹ de transformação social. Sposati et al. (1986, p. 29) explicitam que “[...] a introdução de políticas sociais calcadas no modelo assistencial consagra formas populistas”, destacando-se a benevolência enquanto forma de atendimento às necessidades daqueles em situação de miséria.

A Assistência Social é política pública que faz parte da “Seguridade Social” e está prevista no artigo 194 da Constituição Federal do Brasil de 1988. Esse artigo refere, *in verbis*, que “[...] a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

A Seguridade Social é regulamentada na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), 07 de dezembro de 1993, sancionada pelo presidente Itamar Franco e definida no artigo 1º, que refere *in verbis*:

[...] a assistência social, é direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Barroco (2001, p. 171) diz que

O Serviço Social é uma prática profissional que tem uma função social via trabalho político-ideológico que, historicamente, tem se vinculado fundamentalmente ao projeto da classe dominante, no entanto, nos dias atuais, começa a buscar uma reorientação social dessa prática.

¹ Através do empoderamento visa-se a que as pessoas menos favorecidas, venham a superar as principais fontes de privação das liberdades, possam construir e escolher novas opções, possam implementar suas escolhas e se beneficiar delas. “É um processo pelo qual as pessoas, as organizações, as comunidades assumem o controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida e tomam consciências da sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir” (ROMANO; ANTUNES, 2002, p. 17).

O Serviço Social dispõe de um Código de Ética Profissional de 1986, o qual expressa o amadurecimento de conquistas teóricas que o consolidaram profissionalmente.

O novo Código de Ética Profissional, instituído em 1993, manifesta o amadurecimento teórico-político conquistado pela categoria ao longo de sua história, que “[...] reafirma seu compromisso com a democracia, a liberdade e a justiça social” (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2001, p. 15).

Na Lei n. 8.662, de 07 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social, o artigo 4º, quanto às competências do Assistente Social, afirma que, *in verbis*:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgão da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- IV - VETADO
- V - Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - Planejar, organizar e administrar benefícios de Serviços Sociais
- VII - Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais.
- VIII - Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgão da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

O artigo 5º da mesma Lei n. 8.662/1993 refere que são atribuições privativas do Assistente Social:

- I - Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
- II - Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
- III - Assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
- IV - Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- V - Assumir, no magistério de Serviço Social tanto em nível de graduação como pós-graduação disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
- VI - Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- VII - Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
- VIII - Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
- IX - Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social.
- X - Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XI - Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
- XII - Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
- XIII - Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), de 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a vaga para essa ocupação tem como requisito ensino superior completo.

Os profissionais aprovados em concurso, recebem treinamento específico com mais de quatrocentas horas-aula e podem:

- a) trabalhar em instituições das esferas pública e privada, bem como em Organização Não Governamental (ONG);
- b) atuar em empresas ou instituições do setor agropecuário, comercial, industrial e de serviços. O foco de atuação é a família. São estatutários ou empregados com carteira assinada;

- c) trabalhar em equipe, sob supervisão ocasional, em ambientes fechados e em horário diurno, podendo, o assistente social trabalhar em horários irregulares durante plantões e em caso emergências. Eventualmente, trabalham sob pressão, podendo ocorrer o estresse ocupacional.

Iamamoto (2000) coloca que o objeto de estudo desta profissão é a questão social, dadas as desigualdades e lutas da sociedade, cabendo ao profissional o enfrentamento da exclusão social.

O Assistente Social, para realizar seu trabalho, necessita da intervenção do Estado, da empresa, de entidades não-governamentais que possam viabilizar condições, meios e recursos para que os usuários tenham acesso a serviços.

A autora acima citada diz que o Assistente Social não desenvolve seu trabalho de forma autônoma, depende de toda uma estrutura articulada a forças capitalistas, sentindo-se por vezes impotente para pôr em prática seu trabalho.

Portanto, a partir do momento em que está inserido nesse contexto, o Assistente Social desempenha funções, e.g., de acompanhamento familiar, em programas de governo através de visitas domiciliares, inclusão, desligamento, entrega de benefício, entre outras. Na execução de políticas sociais, essas práticas vão de encontro ao seu verdadeiro papel, ser um profissional propositivo e não somente executivo. Devido a essa conjuntura, o profissional passa a ser o depositário das expectativas dos usuários, muitas vezes comprometendo sua Qualidade de Vida Profissional (QVP).

2.1.1 O trabalho do Assistente Social

O principal desafio do Serviço Social é trabalhar a questão social. Para tanto, a categoria precisa enfrentar importantes obstáculos, para que, de fato, a assistência social se estabeleça como política pública e direito social.

A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, em Brasília, apontou como prioridade resolver a construção da implementação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), condição estabelecida na LOAS para efetividade da assistência

social como política pública (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005).

A proposta acima provocou vários debates e discussões para a reestruturação da Assistência Social na perspectiva do SUAS. Esses debates foram desencadeados pela categoria em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do governo federal brasileiro, e contribuíram para que a gestão do sistema seja descentralizada e participativa, pautada no pacto federativo que norteia as atribuições e competências dos três níveis de governo, com relação às ações sócio-assistenciais.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) é o instrumento de gestão que transforma em ações diretas os pressupostos constitucionais e as regulamentações da LOAS na direção do SUAS.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2005) coloca que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) estabelece a assistência social como política de proteção social sob uma nova óptica, ressaltando a importância da matricialidade², isto é, seu núcleo de apoio à família junto com mais três vertentes às pessoas, as circunstâncias e a família. Isso significa que o profissional deve se aproximar do cotidiano da vida das pessoas, para conhecer e reconhecer onde se dão os processos de vulnerabilidade, riscos sociais e pessoais, associados aos processos de exclusão e inclusão social.

Cabe ressaltar que a proteção social deve garantir os seguintes direitos: segurança de sobrevivência de rendimento e de autonomia; de acolhida; de convívio ou de vivência familiar.

A PNAS, artigo 4º da Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, tem como princípios democráticos:

- I - A supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II - A universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

² Matricialidade: significa considerar a família como o núcleo social; supera o conceito de família como unidade econômica e a entende como núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos de aliança ou afinidade (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 90).

III - O respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - A igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - A divulgação ampla dos benefícios, serviços programas e projetos assistenciais, bem como a dos recursos oferecidos pelo poder público e dos critérios para sua concessão (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 32).

A PNAS tem como objetivos:

- a) Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem;
- b) Contribuir com a a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços sócio-assistenciais básicos e especiais, em áreas urbanas e rurais;
- c) Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família e garantam a convivência familiar e comunitária (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 33)

A Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB-2005)/SUAS afirma que

[...] O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é um sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 86).

De acordo com a PNAS, são funções da Assistência Social: a proteção social básica e especial, de média e alta complexidade, a vigilância social; e a defesa dos direitos sócio-assistenciais.

O atendimento deverá ser realizado por meio da proteção social básica e especial, objetivando atender usuários que se encontram em situação de vulnerabilidade, risco pessoal ou social. Por meio da territorialização, que é o local onde os indivíduos vivem, esse princípio reconhece a presença de vários fatores sociais e econômicos que levam o indivíduo e a família a uma situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social.

O Assistente Social não pretende mudar a personalidade do usuário, mas instigar, mediar, sensibilizar, provocando-lhe as potencialidades para obter iniciativas ou mudanças de atitudes desencadeadoras de uma transformação social a qual tem por objetivos promover o homem em sua plenitude de direitos e deveres, propiciar empoderamento e autonomia, e, segundo Sposati (2004 *apud* MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005, p. 44), “[...] atender suas necessidades e não o necessitado”.

Conforme o *Bureau of Labor Statistics* (2006, p. 1), a natureza do trabalho do Serviço Social é entendida como “[...] uma profissão para aqueles com desejo de ajudar a melhorar a vida das pessoas”. Esse viés advém dos primórdios da profissão: ao invés de simplesmente prover ajuda, o Assistente Social deve propor políticas públicas que propiciem ao usuário autonomia e transformação social.

2.2 QUALIDADE DE VIDA (QV)

Meeberg (1993 *apud* LENTZ *et al.*, 2000) menciona que muitos termos são usados na literatura como sinônimos de QV: bem-estar, felicidade, boas condições de vida, satisfação na vida, entre outros.

Walcher e Avant, Meeberg (1993 *apud* LENTZ *et al.*, 2000) apresentam os atributos que se incluem quando o conceito de QV é descrito ou definido sendo eles: sentimento de satisfação com a própria vida em geral, capacidade mental de avaliar sua própria vida como satisfatória, um estado aceitável de saúde física, emocional, mental e social, uma avaliação objetiva feita por outro de que as condições de vida da pessoa são adequadas e não ameaçadoras à vida.

Acredita-se que o termo QV foi usado pela primeira vez, em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos da América do Norte, Lyndon Johnson (FLECK, 1999 *apud* SOUZA & GUIMARÃES, 1999).

A origem do termo advém principalmente da medicina, estendo-se à sociologia e à Psicologia. O termo QV é recente, porém a preocupação individual e social pela melhoria das condições de vida existe desde o começo da história da humanidade. A QV é uma condição que tem sido desejada por todos os homens e, algumas vezes, segundo Jiménez e Gomez

(1996) percebida como indicador do estado de bem-estar moderno, como felicidade, realização e satisfação.

O desenvolvimento da QV tem duas fases: a) surge com as primeiras civilizações e se estende até o fim do século XVIII, preocupando-se basicamente com a saúde privada e pública; b) aparece com o desenvolvimento da concepção moderna de estado, e a instauração de uma série de leis que garantiram os direitos e o bem-estar do cidadão (HARRIS, 1990).

Para Jiménez e Gómez (1996) o conceito de QV, a partir da Segunda Guerra Mundial, ficou associado ao desenvolvimento econômico, à instauração de um mercado de consumo e aquisição de bens materiais, privados e públicos, em virtude do estabelecimento das democracias parlamentares e a instauração de uma economia de mercado, o que proporcionou um desenvolvimento econômico.

Em consonância com o mesmo autor, é nesse contexto, que o conceito de QV consistia inicialmente no cuidado da saúde pessoal, passando à preocupação com a saúde e a higiene pública, estendendo-se posteriormente aos direitos humanos e trabalhistas e dos cidadãos, englobando também a capacidade de acesso aos bens econômicos. Por último, passou a contemplar a preocupação pela experiência do sujeito de sua vida social, sua atividade cotidiana e sua própria saúde.

QV é um conceito de difícil definição e, para ser avaliado, deve-se considerar dois pólos: o objetivo e o subjetivo (GUIMARÃES *et al.*, 2004). É um conceito que se refere basicamente ao tipo de resposta individual e social perante o conjunto de situações reais da vida diária. Também é a forma como as circunstâncias da vida são avaliadas para se estabelecer se são satisfatórios ou suscetíveis de melhoria.

Para Ramos (1995 *apud* CARDOZO, 1999, p. 90), “[...] Qualidade de vida é um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família, desenvolvimento espiritual”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, por meio de seu Grupo de Qualidade de Vida, define QV como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto, da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK *et al.*, 1999).

Esse conceito tem permeado as Ciências Humanas e Biológicas e do ambiente, contribuindo para a desmistificação do termo na teoria e na prática. A QV é, muitas vezes, comparada com ausência de doença. Segundo Souza e Guimarães (1999), não se recomenda limitar seu conceito, pois a QV contempla inúmeros aspectos: socioeconômico, cultural, ambiental, e fatores psíquicos, interações sociais, bem-estar, entre outros.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV é vista sob diversos olhares, seja do ponto de vista objetivo, seja subjetivo, podendo ser individual ou coletiva. No caminho objetivo, pode-se exemplificar como indicadores observáveis e quantificáveis: saúde, condições físicas, salários, moradia e outros; o caminho subjetivo ressalta o sentimento humano, indica as percepções qualitativas das experiências de vida, como segurança, privacidade, reconhecimento e afeto.

Como afirmam Sampaio e Goulart (1999), a expectativa de longa vida, relações familiares satisfatórias, condições físicas ou econômicas, boa qualidade do ar, entre outros aspectos, podem ser considerados indicadores de QV de uma sociedade, mas não reflete exatamente seu bem-estar.

Dias e Marchi (1997 *apud* GIBRAN, 2006) referem que viver com QV é saber manter o equilíbrio no dia-a-dia, procurar melhorar adquirir hábitos saudáveis, aumentar a capacidade de enfrentar pressões, frustrações e viver mais harmonicamente em relação ao meio ambiente, às pessoas e a si próprio.

A QV envolve a percepção que as pessoas têm de sua visão de mundo, conforme a conjuntura em que vive e a partir do seu bem-estar físico, psicológico, interpessoal, financeiro e social. Sendo assim, Gillen (2004 *apud* MARTINS, 2005) coloca que a QV é um fenômeno multidimensional e individualizado.

QV é um tema que tem sido usado de forma direta e ou indireta em diversas áreas do conhecimento, como referido por Cardozo (1999): em saúde mental e geral (SELIGMANN-SILVA 1992 *apud* GUIMARÃES; FERREIRA JÚNIOR, 2001), em saúde mental (GUIMARÃES, 1992), em urbanismo (DIAS, 1998), com relação à cidadania (ALVES, J., 1995), e em relação ao trabalho (GUIMARÃES, 2005), entre outras áreas.

QV, portanto, tem sido um tema atual e debatido exaustivamente por diferentes áreas do conhecimento e segmentos da sociedade, transformando-se, dessa forma, em virtude de sua

complexidade e polêmica, em um dos assuntos mais interdisciplinares do momento (FARAQUHAR 1995 *apud* BITTECOURT, 2005).

Matos (1996) afirma que discorrer sobre QV é falar também sobre motivação humana, buscar descobrir quais as necessidades do homem e a que ele aspira como realização de vida.

Chiavenato (1994) define motivação como tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma. Esse impulso à ação pode ser provocado por um estímulo externo (ambiente) ou por um processo de raciocínio do indivíduo (conhecimento).

Segundo Spector (2003) a motivação é geralmente descrita como um estado interior que induz uma pessoa a assumir determinados tipos de comportamento. Pode-se dizer que a QV é individual, pois a mesma está correlacionada a objetivos, desejos, sonhos, necessidades, valores e também com a experiência de vida de cada pessoa.

Para Minayo *et al.* (2000), a promoção da saúde é um dos fatores que garantem a QV das pessoas, tendo como eixo o direito à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988, devendo se ter respeito pela vida dos cidadãos, proporcionando-lhe as necessidades elementares, das quais se destacam: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, lazer, conforto, bem-estar, realização individual e coletiva, segurança.

Dias (1998) constatou em estudo realizado junto a um bolsão de miséria e violência urbana na cidade de São José dos Campos (cidade do interior de São Paulo), que os moradores das favelas caracterizavam sua Qualidade de Vida como boa, pois estavam satisfeitos por terem conseguido comprar um “pedacinho de terra e ficarem livres do aluguel”. Ocorre que, naquele local, não havia luz elétrica, saneamento básico, entre outros. Isso leva a afirmar que a QV é subjetiva, individual e perpassa a sociedade de diferentes formas, podendo ser considerada como um estado de espírito, uma forma de se relacionar com o mundo externo a partir da subjetividade e forma de enfrentamento do indivíduo.

Kahn (1984 *apud* SAMPAIO; GOULART, 1999, p. 24) considera que:

[...] uma crescente quantidade de atenção tem sido dada às necessidades de renda das pessoas, cuidados médicos e outros serviços. Entretanto a QV é definida não só pelo que é feito para as pessoas, mas também pelo que elas fazem por si mesmas e pelas outras pessoas.

Com relação ao mundo do trabalho, a QV também vai ser determinada pela satisfação que o empregado sente em relação às circunstâncias que cercam sua atividade ocupacional, razão por que se aborda, então, o trabalho, um dos temas centrais desta investigação.

2.2.1 Sobre o trabalho

O trabalho é o esforço, físico ou mental, a ação e seu produto final. O trabalho humano é decorrente de atividades físicas, intelectuais ou espirituais mobilizadas para um fim, um objetivo.

Seligmann-Silva (1999 *apud* GUIMARÃES; FERREIRA JÚNIOR, 2001, p. 303) refere-se ao trabalho como:

[...] essa atividade tão específica do homem que funciona como fonte de construção, realização, satisfação riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade humana. Entretanto, o trabalho também pode significar escravidão, exploração, sofrimento, doença e morte.

Antunes (2005b) afirma que o modelo japonês denominado *toyotismo* é o que tem causado maior impacto na saúde mental e física do trabalhador, bem como em sua qualidade de vida geral e no trabalho. O referido modelo trouxe uma revolução técnica na indústria japonesa e teve grande propagação, que hoje atinge uma escala mundial. Destacam-se três fases que contribuíram para este advento: a) a introdução, na indústria automobilística japonesa, da experiência do ramo têxtil; b) a necessidade de a empresa responder à crise financeira, aumentando a produção sem aumentar o número de trabalhadores; e c) a importação das técnicas de gestão dos supermercados, que colocavam como ideal “produzir somente o necessário e fazê-lo no melhor tempo”.

Segundo o autor acima citado, esse modelo de produção foi uma resposta ao esgotamento da organização de trabalho *fordista* dos anos 70 e reforça o trabalho polivalente, no qual o empregado, ao invés da linha individualizada, se integra em uma equipe. Dessa forma, a empresa começa a investir em treinamento e participação do empregado quanto a sugestões para melhorar a qualidade com vistas à produtividade.

Iniciam-se, nessa ocasião, os seguintes problemas ligados ao comportamento do empregado: o aumento do absenteísmo, a insatisfação no trabalho, a não-aderência dos

trabalhadores às metas definidas, uma baixa qualidade de vida nas organizações, uma crescente alienação, insatisfação e queda da produtividade e comportamentos como alcoolismo, greves, entre outros (HUSE; CUMMINGS, 1985 *apud* GUIMARÃES *et al.*, 2004a).

De acordo com Handy (1978 *apud* MORENO, 1991), o trabalho deve ser visto como parte inseparável da vida humana, o principal meio para o homem adquirir sua identidade.

Para Dejours (1999), o trabalho pode gerar insatisfação, medo, receio, angústia, dor, sofrimento, em virtude das imposições da organização do trabalho, como rigidez de horários, de ritmo, de formação, de informação, aprendizagem e de adaptação da cultura ou à ideologia da empresa.

Segundo Antunes (2005a), o universo do trabalho passa por uma metamorfose em consequência das transformações ocorridas nas últimas décadas, em decorrência das diversas formas de trabalho parcial, precário, terceirizado, sub-contratado, vinculado à economia informal, ao setor de serviços, especialmente quando se constata o aumento enorme de formas precárias de trabalho.

Heloani e Capitão (2003) colocam que o capital, por meio do trabalho, organiza e estrutura o mundo.

Para De Masi (2000) a sociedade depende do trabalho, pois tudo gira em torno dele: salário, contatos profissionais, prestígio. Portanto, se falta o trabalho, falta tudo. Entretanto as organizações, as empresas, as instituições, estão preocupadas em multiplicar a quantidade de produtos. Em geral, não se preocupam com a QV de quem os produz.

Para a autora da presente pesquisa, o trabalho ocupa um lugar fundamental na vida do ser humano, pois passa-se a maior parte do tempo trabalhando. No entanto as relações de amizade e companheirismo no ambiente de trabalho dificilmente se realizam, pois o ser humano traz consigo sentimentos de ambição, competitividade, diferentes personalidades, temperamentos, potencialidades e aptidões os quais influenciam em um ambiente saudável.

França e Rodrigues (2002) falam que o trabalho, mesmo quando motiva e gratifica, exige esforço, capacidade de concentração, de raciocínio, implicando também em desgaste físico e mental, uma série de exigências que são alcançadas apenas com renúncia, o que freqüentemente gera irritação, aborrecimento sofrimento e insatisfação do trabalhador. Assim,

manifestam-se conflitos interpessoais, fadiga, desmotivação, distúrbios do sono, em alguns casos doenças como Lesões por Esforço Repetitivo (LER); Distúrbios Osteomusculares (DORT); Síndrome de *Burnout*, que é a exaustão, o esgotamento em resposta a cronificação do estresse ocupacional; *Karoshi*, termo que se refere à morte súbita, provocada pelo ritmo acelerado e intenso no ambiente de trabalho; dentre outras.

Segundo Laurell (1985 *apud* MENDES, 1999), as condições de trabalho e suas patologias estão estreitamente relacionadas à organização de trabalho, e ambas dependem das relações de trabalho existentes naquele espaço.

Devido à necessidade de atingir cada vez mais produtividade e qualidade, é necessário que se tenha funcionários saudáveis. É importante, ainda, que as empresas superem os desafios que perpassam o trabalho, a organização, a preocupação com o bem-estar do trabalhador, a eficácia, a participação e as decisões.

Ladeira (1996) refere que, nos últimos vinte anos, filósofos, cientistas sociais, planejadores, engenheiros, profissionais de saúde e outros estão engajados, de alguma maneira, em recuperar a discussão sobre o sentido do trabalho humano e o reconhecimento do saber do trabalhador.

Fernandes (1996) explicita que proporcionar aos empregados a oportunidade de se expressar e participar nas decisões é fundamental para a melhoria dos métodos de trabalho, o que poderá repercutir em sua QV pessoal e no trabalho.

2.2.2 Qualidade de Vida e Trabalho (QVT)

Sampaio e Goulart (1999) colocam que a QV tem sido afetada por fatores relacionados ao trabalho, tais como: a submissão a regimes de trabalho desumanos, condições degradantes de trabalho ou salários indignos, entre outros, que não oferecem oportunidades para uma vida saudável.

Assim, através das discussões e debates, novas teorias vêm sugerindo que o conceito de trabalho seja reconhecido com experiências de convivência sadia, respeito, compromisso, e que contribua na qualidade de vida, ou seja, para que se atinja produtividade e qualidade é preciso ter indivíduos saudáveis e atribuídos de qualidade. Em contrapartida, a organização do

trabalho tem atuado muitas vezes pressionando o indivíduo, levando a estados de doenças, de insatisfação e desmotivação, comprometendo sua QV.

Qualidade de Vida no Trabalho é uma terminologia que tem sido muito discutida nos últimos anos, inclusive no Brasil. Como incorpora uma imprecisão conceitual, vem dando margem a uma série de práticas nela contidas, que ora aproximam-se da qualidade de processos e de produto, ora com esta se confundem.

Cardozo (1999) coloca que alguns autores contribuíram substancialmente para com o avanço do conhecimento deste campo de estudos:

- a) Maslow (1954): contribuiu para uma melhor definição e entendimento da QVT no século XX. O referido autor propôs que o ser humano tem uma “hierarquia de necessidades”: fisiológicas, segurança, amor, estima e realização;
- b) Elton Mayo (1959): colocou a importância da motivação junto aos empregados para a obtenção das metas organizacionais;
- c) Herzberg:(1968) propôs que a insatisfação com o trabalho estaria associada ao ambiente e a satisfação, associada com o conteúdo do trabalho;
- d) Walton (1973), Hachman e colaboradores (1983), Huse e Cumings (1985), também se dedicaram ao estudo do tema QVT;
- e) Mac Gregor (1980) propôs a teoria x compromisso na qual o ser humano aprende a aceitar responsabilidades e passa a procurá-la.

Guimarães *et al.* (2004a) referem que a temática da QVT assumiu maior relevância na década de 1970, quando se evidenciaram os limites do regime de acumulação baseados no taylorismo/fordismo ao qual se pode relacionar um aumento significativo do absenteísmo, da insatisfação no trabalho e da não adesão dos trabalhadores às metas definidas.

Nesse contexto, a QVT tornou-se um tema freqüentemente debatido e estudado, pois o binômio homem-trabalho é um tema bastante conflitante e ocupa um lugar importante na vida e na sociedade, preocupação esta voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador.

Lacaz (2000, p. 151) refere que, devido aos limites da QVT na realidade dos dias atuais, na qual a democracia no local de trabalho ainda sofre resistência, é necessário

[...] pensar em indicadores epidemiológicos que expressam as relações saúde/doença e as novas formas de gestão, divisão e organização da produção, representadas pelas doenças relacionadas ao trabalho, cujo nexos com ele têm causalidade mais complexa.

Matos (1998 *apud* STEPHANINI, 2003, p. 26) diz que “[...] quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de QV”. Com frequência, na expressão da QVT são destacados valores ambientais e humanos no ambiente de trabalho e indicadores como: autonomia, ausência de preconceito, liberdade de expressão respeito aos direitos, justiça nas recompensas, orgulho pelo trabalho realizado, fatores esses que implicam a conduta do empregador e afetam o processo democrático.

Para Oliveira (1997), a qualidade não deve ser utilizada como forma de mascarar o conceito de lucro e produtividade que toda organização almeja alcançar, mas estabelecer consenso entre empregador e trabalhador. Trata-se de construir projetos que propiciem a participação democrática nos locais de trabalho, que resultem em melhor QVT e respondam aos interesses dos trabalhadores.

De acordo com Fernandes (1996), a QVT tem relação com aspectos favoráveis e desfavoráveis do ambiente de trabalho das pessoas. O citado autor propõe desenvolver trabalhos que sejam bons, tanto para as pessoas, quanto para a produção, contemplando aspectos como motivação, satisfação, condições de trabalho, estilos de liderança, entre outros.

Para Huse e Cummings (1985 *apud* RODRIGUES, 1999), a QVT pode ser definida como uma forma de pensamento envolvendo indivíduos, trabalho e empresa que considera dois aspectos diferentes e importantes: a) uma preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional; e b) a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho.

Segundo Fernandes e Gutierrez (1998 *apud* FRANÇA, 2004), a QVT é afetada, ainda, por questões comportamentais que dizem respeito às necessidades humanas e aos tipos de comportamentos individuais no ambiente de trabalho. Sendo assim, o tema tem despertado o interesse de empresários pela contribuição que pode oferecer à satisfação do empregado e à produtividade.

Para Chiavenato (1999), a QVT reflete a preocupação com o bem-estar geral e a saúde dos indivíduos no desempenho de suas tarefas.

Para Ciborra e Lanzara (1985), as definições sobre a QVT são várias e estão associadas aos seguintes aspectos: características intrínsecas das tecnologias e seu impacto, elementos econômicos, salários e incentivos, saúde física, mental e segurança e fatores psicológicos.

Sato (1999 *apud* GUIMARÃES, 2005) coloca que a QVT resgata noções como motivação, satisfação, segurança no trabalho. Envolve discussões sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias. O homem é o sujeito e o protagonista nesse contexto em que são consideradas suas necessidades psicológicas, fisiológicas, culturais e sociais.

De acordo com França (2004), o enfoque em QVT é, acima de tudo, um investimento da empresa/instituição e não somente uma ação filantrópica, mercadológica ou mesmo uma obrigação legal.

A QVT envolve também o clima organizacional, que é o meio interno da cada organização. Chiavenato (2003) refere-se aos fatores estruturais que podem influenciar a QVT, tais como tipo de organização tecnologia utilizada, políticas da companhia, metas operacionais, regulamentos internos, além de atitudes e comportamentos.

Fernandes (1996) destaca que a QVT não se refere às exigências relativas somente à remuneração, mas, sobretudo, à melhoria das condições de trabalho e da organização psicossocial em que as mudanças demandarão um novo comportamento organizacional.

Walton, Quirino e Xavier (1987 *apud* VIEIRA; VALLE, 1999, p. 44) entendem que a QVT

[...] não é determinada isoladamente por características pessoal (necessidades, expectativas, valores) ou situacional (tecnologia, sistema de recompensa e de motivação, estado geral da economia), mas pela interação desses dois conjuntos de fatores: indivíduo e organização.

Os autores acrescentam que o direito à privacidade, ao posicionamento e a um tratamento justo em todos os assuntos são elementos importantes e que propiciam Qualidade de Vida no Trabalho.

Para França (1997 *apud* VASCONCELOS, 2001, p. 25), a QVT “[...] é o conjunto das ações de uma empresa, que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho”, e que visem à QVP de seus colaboradores.

A carga de trabalho representa um fator importante na determinação da QVT. Segundo Guimarães e Sampaio (2004, p. 91), esta variável “[...] é um conjunto de requisitos psicofísicos a que o trabalhador é submetido ao longo de sua jornada de trabalho”.

Um indicador importante da QVT é a taxa de absenteísmo, que deve ser examinada pormenorizadamente, verificando-se o número de pessoas afastadas por doenças em períodos prolongados, se ela ocorre mais em determinado setor, se o tipo de queixa somática ou psíquica é recorrente, entre outros.

Ferreira, Araújo e Machado (2004) colocam que a QVT é um instrumento que tem por objetivo propiciar uma maior humanização do trabalho, um aumento do bem-estar dos trabalhadores e uma maior participação deles nas decisões e problemas do trabalho.

Para Albuquerque e França (1998 *apud* AREIAS; COMANDULE, 2004), a QVT é um conjunto de ações de uma empresa, o qual envolve o diagnóstico, a implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, com o objetivo de propiciar condições favoráveis de desenvolvimento humano.

Para Guimarães *et al.* (2004b), as abordagens teóricas preferenciais nas quais estão centradas a maior parte das investigações sobre QVT, as quais por sua vez subsidiam a operacionalização das práticas gestoras nas organizações, são encontradas nas Teorias da Administração, na Saúde Ocupacional, na Psicologia da Saúde Ocupacional, ou na Psicologia Organizacional. Prosseguem os autores, “[...] é como se existissem várias Qualidades de Vida no Trabalho, algumas possivelmente complementares e não excludentes, outras, inconciliáveis e contraditórias” (p. 214).

Na mesma direção, França e Rodrigues (2002, p. 118) afirmam sobre a realidade gerencial no Brasil, que:

A QVT tem sido compreendida de forma parcial e incompleta. A atuação da qualidade voltada para pessoas freqüentemente traz um referencial assistencialista, algumas vezes benemérito, ou simplesmente ações gerenciais ignoram a QVT nas políticas e no processo das empresas ou na reparação de aspectos humanos e ambientais que neutralizam riscos na condição de trabalho.

Conforme autora dessa pesquisa, no âmbito do trabalho dos profissionais de Serviço Social, por vezes, o sentimento de sofrimento é de impotência e assola o profissional que, em virtude das adversidades do seu objeto de trabalho, depara-se constantemente com situações de vulnerabilidade e risco social na população. Em algumas situações, o desafio do Serviço Social, o qual é centrado na cidadania, não atinge sua função de prover: inserção, prevenção, promoção e proteção, na maioria dos casos em virtude da falta de intersetorialidade.

Segundo Huse e Cummings (1985 *apud* GUIMARÃES *et al.*, 2004a, p. 83):

[...] as intervenções em QVT podem ter um efeito direto sobre a produtividade, pela melhoria da comunicação e coordenação, motivação dos empregados e carreira individual. Elas podem também influenciar indiretamente a produtividade pelos efeitos da melhoria do bem-estar e da satisfação dos trabalhadores.

De acordo com uma pesquisa realizada por meio do CFESS em maio de 2004, confirma-se a tendência histórica de inserção do Serviço Social, a de que a maioria das(os) profissionais estão desempenhando suas funções em programas sociais. Isso, na maioria das vezes, influencia a motivação dessas profissionais, pois a relação de força e poder nas esferas públicas federais, estaduais e municipais interferem constantemente no desenvolvimento de seu trabalho.

2.2.3 Qualidade de Vida Profissional (QVP)

Os termos QVP e QVT serão utilizados indistintamente neste estudo e também de forma que haja coerência e concordância entre o conceito e o instrumento utilizado, o Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35), criado por Cabezas-Peña (1999) e validado no Brasil por Guimarães *et al.* (2004b). A seguir, pode-se visualizar, na Figura 1, as 8 dimensões que compõem o referido instrumento:

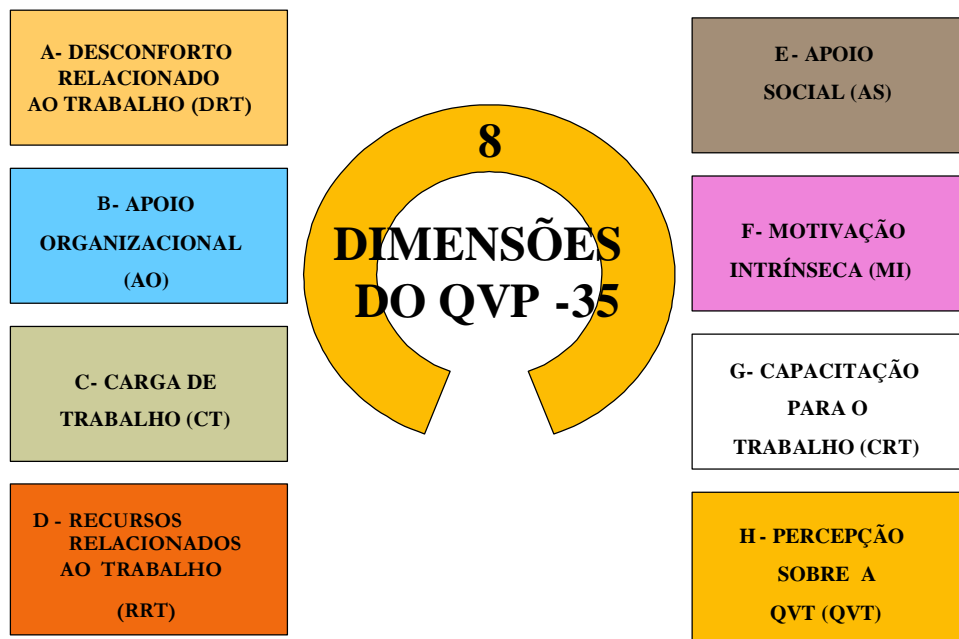


FIGURA 1 -As oito dimensões do QVP-35.

Fonte: Guimarães *et al.* (2004b).

O QVP-35 pauta-se na definição de QVP citada na seção 1.1. desta dissertação.

Define-se, neste estudo, a satisfação profissional como “[...] o grau de bem estar que o indivíduo experimenta a partir do seu trabalho” (MELIÁ; PEIRÓ, 1989, p. 59). Cabe acrescentar que a satisfação profissional deve ser contemplada dentro da qualidade da organização, como um traço estrutural que favorece o bom funcionamento e a qualidade de vida dos serviços.

Para Guimarães *et al.* (2004a) é impossível satisfazer as expectativas do cliente externo sem satisfazer às do interno (trabalhador). Os autores acrescentam que o grau de qualidade dos serviços prestados está relacionado com o grau de satisfação de seus profissionais, e assim a satisfação no trabalho se inclui invariavelmente em qualquer avaliação da qualidade global de uma organização.

Martinez e Paraguay (2003) acrescentam que a satisfação no trabalho influencia a satisfação com a vida. Afirmam que o nível de satisfação no trabalho afeta o comportamento, porém a forma como isso ocorre não é a mesma para todos e dependerá da importância do trabalho na hierarquia de valores do indivíduo e do grupo.

Rodrigues (1999) coloca que o conceito de QVT, através dos programas de Qualidade Total, vem impregnando propostas de práticas empresariais.

A preocupação com a QVT tem o objetivo de viabilizar meios para que o empregado tenha qualidade de vida, interna e externamente à empresa, possibilitando assim motivação, satisfação, saúde ao empregado de forma a garantir uma maior e melhor produção, principalmente no que se refere ao atendimento aos clientes. Geralmente essa preocupação mobiliza o empregador a criar programas que propiciam aos empregados melhores condições de vida, tais como lazer, instalações de móveis adequadas à saúde do trabalhador, atendimento através de aposentadorias, planos de saúde e outros.

Entretanto, para viabilizar tais melhorias, a instituição terá “custos”, que se entende como “investimentos”, motivo este que tem dificultado a implantação de programas que atendam à QVT.

No caso das assistentes sociais, cuja maioria trabalha em serviços públicos estaduais ou municipais, o alcance dos programas de QVT é limitado, e o atendimento a esses programas é mais comum em empresas privadas.

Walton (1973 *apud* HADDAD, 2002) coloca que, para ter uma boa QVT, o empregado deverá ter acessos a algumas das seguintes condições: salário, segurança, horários compatíveis, , autonomia, oportunidades de promoções e segurança no emprego, liberdade de expressão, tratamento justo em todos os assuntos, tempo de dedicação à família e ao lazer, reconhecimento e valorização profissional.

Segundo Chiavenato (1999), as mudanças que as organizações necessitam não são apenas estruturais, mas de comportamento e cultura. Para que isso ocorra, será necessário que se desenvolvam e assumam habilidades que potencializem, valorizem e contribuam com a QVT e com o sucesso da empresa.

A preocupação com a QVT tem desencadeado preocupação nas empresas quanto à implantação de programas de QVT. Para que a iniciativa tenha êxito, é necessário que, junto aos programas, os gestores estejam treinados para essa nova filosofia, na qual a QVT é responsabilidade de todos. É necessária a utilização de uma metodologia baseada em “Indicadores Empresariais de Qualidade de Vida no Trabalho” voltadas à gestão de pessoas, de forma a considerar diferenças e especificidades existentes, o que pode, dessa forma, levar ao sucesso programas de QVT (FRANÇA, 1999).

Lippit (1970 *apud* FERNANDES, 1996, p. 61) coloca que para os programas de QVT terem sucesso e propiciar uma QVP, devem existir três características fundamentais:

Um novo conceito das pessoas, com base em um amplo conhecimento de suas complexas dinâmicas necessidades; de poder, com base na colaboração e no entendimento; e um novo conceito de valores da organização, com base em idéias humanísticas e democráticas.

Para França e Assis (1995 *apud* VASCONCELOS, 2001, p. 28), a QVT é “uma evolução da Qualidade Total, é o último elo da cadeia”. Trata-se de sensibilizar as pessoas a desenvolver uma gestão com esta preocupação e propiciar ao trabalhador condições favoráveis a uma qualidade de vida no ambiente de trabalho, contribuindo para que se tenha um clima organizacional mais saudável. Trabalhar em um clima organizacional agradável faz com que as pessoas se sintam mais satisfeitas com o trabalho (CHIAVENATO, 2001).

Pode-se dizer que QVT e Qualidade Total estão correlacionadas, pois uma depende da outra. No entanto, para que sejam introduzidos tais programas, é necessário romper com os obstáculos, tais como mudança de comportamento, cultura, relação de poder, coragem para visualizar o que estava oculto, desafio de combater as resistências para propor mudanças e resgatar ao cidadão sua dignidade. É necessário, sobretudo, parceria, sensibilização, cooperação, valorização do ser humano, envolvimento de todos os escalões da organização, para que qualquer programa voltado à QVT tenha sucesso e proporcione QVP.

3.1 O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Foi pesquisado um grupo de Assistentes Sociais inscritos no Conselho Regional de Serviço Social da 21ª Região da cidade de Campo Grande-MS.

3.2 HIPÓTESE

- Na amostra estudada existe uma percepção de baixo nível de Qualidade de Vida Profissional, dado por suas oito dimensões.

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 Objetivo geral

- Avaliar a Qualidade de Vida Profissional de uma amostra representativa de Assistentes Sociais do município de Campo Grande-MS.

3.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra do ponto de vista sócio-demográfico.
- Buscar associações entre as dimensões da Qualidade de Vida Profissional e características sócio-demográficas.

4.1 *LOCUS DA PESQUISA*

A presente pesquisa foi realizada junto a profissionais de Serviço Social de 34 instituições, públicas e privadas, da cidade de Campo Grande-MS, no período de janeiro a março de 2006.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de corte transversal.

4.3 PARTICIPANTES E AMOSTRA

Na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, existem 349 instituições nas quais Assistentes Sociais exercem seu trabalho e 649 Assistentes Sociais cadastradas ao Conselho Regional de Serviço Social 21ª Região-MS.

Esta pesquisa foi realizada com Assistentes Sociais, que residem e trabalham na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.. Existem na capital N= 368 Assistentes Sociais, distribuídas em 114 empresas. Este foi o número populacional estabelecido. (368). Desta população estipulou-se como número amostral n= 79 participantes, distribuídos entre 34 organizações (públicas e privadas).

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ser Assistente Social;
- Estar registrada no Conselho de Serviço Social (CRESS) – 21º MS;
- Estar trabalhando na instituição na qual foi realizada a pesquisa há pelo menos 6 meses;
- Trabalhar como Assistente Social.

- Trabalhar na cidade de Campo Grande-MS.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Não estar ativo.
- Não enquadrar-se nos critérios de inclusão.

4.4 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

O presente estudo, em sua fase de coleta de dados, foi conduzido integralmente pela pesquisadora.

Todo o custo com o material impresso foi de responsabilidade da pesquisadora, envolvendo: computador, folhas de papel sulfite e cópias do questionário QVP-35 e locomoção (combustível).

4.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

4.5.1 Questionário de dados sócio-demográficos e ocupacionais

O Questionário de dados sócio-demográficos-ocupacionais, contendo: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, tempo de serviço, jornada de trabalho, carga horária, entre outras. Sendo adaptado para a amostra estudada e elaborado pela pesquisadora.

4.5.2 Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35)

O Questionário QVP-35 foi desenvolvido por Cabezas-Peña (1999) e validado para uso no Brasil por Guimarães *et al.* (2004b) (ANEXO). O uso desta medida é autorizado para profissionais da área da saúde. O QVP-35 permite uma medida multidimensional da QVP mediante 35 questões fechadas relacionadas à percepção que o trabalhador tem das condições

de seu trabalho em uma escala de 1 a 10 que abrange as categorias: Nada (valores 1-2), Pouco (3-4-5), Bastante (6-7-8) e Muito (9-10).

As questões são agrupadas em oito dimensões: Desconforto Relacionado ao Trabalho (DRT) (D1, 5 itens), Apoio Organizacional (AO) (D2, 10 itens), Carga de Trabalho (CT) (D3, 5 itens), Recursos Relacionados ao Trabalho (RRT) (D4, 4 itens), Apoio Social (AP) (D5, 3 itens), Motivação Intrínseca (MI) (D6, 4 itens), Capacitação para Realização do Trabalho (CRT) (D7, 3 itens) e percepção sobre a QVT (QVT) (D8, 1 item). Posteriormente, essas dimensões são agrupadas em três dimensões, chamadas de dimensões resumidas de QVT (fatores): Apoio Organizacional (AO), Carga de Trabalho (CT) e Motivação Intrínseca (MI). Existem duas questões que não podem ser incluídas nessas dimensões: Percepção de QVT e Capacidade de Desligar-se do Trabalho.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA E PROCEDIMENTO

Para a viabilização deste estudo foram seguidas as seguintes preconizações, das entidades: Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) estabelecidos na Resolução n. 196/1996, tratando-se de investigação não invasiva e que não envolveu qualquer tipo de manipulação que pudesse atentar contra a ética em pesquisa (APÊNDICE A). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (APÊNDICE B). O Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) 21º Região-MS, não tem nenhuma normatização a respeito de pesquisa com seres humanos.

Foi realizado inicialmente um contato com o CRESS-21º MS (2005) e apresentados os objetivos da pesquisa, obtendo-se consentimento por parte da presidência (APÊNDICE C).

A seguir, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Em setembro de 2005, realizou-se um Estudo Piloto, com quinze Assistentes Sociais sorteadas de forma aleatória (em seus locais de trabalho) com a finalidade de testar a compreensibilidade dos instrumentos de medida, verificação de tempo de aplicação e outras possíveis dificuldades.

Para a viabilização desse estudo, o CRESS-21º MS, forneceu à pesquisadora uma listagem contendo os nomes e dados de identificação de todas as AS da cidade de Campo

Grande, possibilitando assim, o agendamento de horários, conforme a escolha estabelecida pelo participante.

Após a entrega da listagem pelo CRESS-21° MS à pesquisadora, a mesma foi transposta para planilha Excel, cotejando-se os nomes das instituições. Resultaram 368 Assistentes Sociais moradoras na cidade de Campo Grande Mato Grosso do Sul distribuídas em 114 instituições pública ou privadas. Portanto, a população deste estudo foi composta por N=368 e um número amostral de n=79, distribuído por 34 instituições públicas e privadas.

O trabalho de campo foi desenvolvido nos locais de trabalho de cada participante..

Adotou-se o seguinte procedimento: a pesquisadora primeiramente entrava em contato via telefone com as participantes para uma apresentação prévia do trabalho e sua importância para a categoria profissional. O aceite à participação era voluntário e em caso positivo o participante estabelecia livremente dia, horário e local para que a pesquisadora procedesse à aplicação dos instrumentos.

Em virtude do grande número de instituições a serem visitadas (34) e da localização das mesmas ser bastante diversa e distante, e ainda, tendo sido as datas e horários estabelecidos pelos próprios participantes, esta etapa foi de difícil cumprimento para a pesquisadora. Portanto, dada esta característica, o trabalho de campo estendeu-se por cerca de três meses.

4.7 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados coletados foram armazenados, numa primeira etapa, em planilhas *Excel*.

A seguir, foram confeccionadas planilhas (*Excel*) para correção automática dos instrumentos de pesquisa. Para a análise estatística foi utilizado o *software* estatístico *Minitab for Windows* – versão 14.1.

Foram realizados os seguintes procedimentos estatísticos:

- a) Classificação das respostas e das médias da QVT;
- b) Descrição dos dados sócio-demográficos da amostra (idade, filhos, tempo de

formação, escolaridade e estado civil) e ocupacionais (atividade administrativa, chefia, dedicação, trabalha em outra instituição, tempo de serviço e carga horária semanal);

- c) Foi testada a independência entre as classificações das respostas e as variáveis sócio-demográficas e ocupacionais, através do teste *Qui-Quadrado*;
- d) Estudou-se a correlação entre as 8 e das 3 dimensões (fatorializadas) de QVP, para conhecer como e quais variáveis estão correlacionadas. Para esta finalidade foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A seguir apresentam-se os resultados obtidos, podendo se visualizar as variáveis sócio-demográficas e ocupacionais obtidas no estudo.

Não foram incluídos participantes do sexo masculino, dada sua pouca representatividade na profissão de AS.

O Gráfico 1 mostra que a faixa etária média da amostra é de 42 anos e a maioria possui até 2 filhos, com tempo médio de formação de 16 anos, de serviço 13 anos e carga horária semanal de trabalho de 35,7 horas.

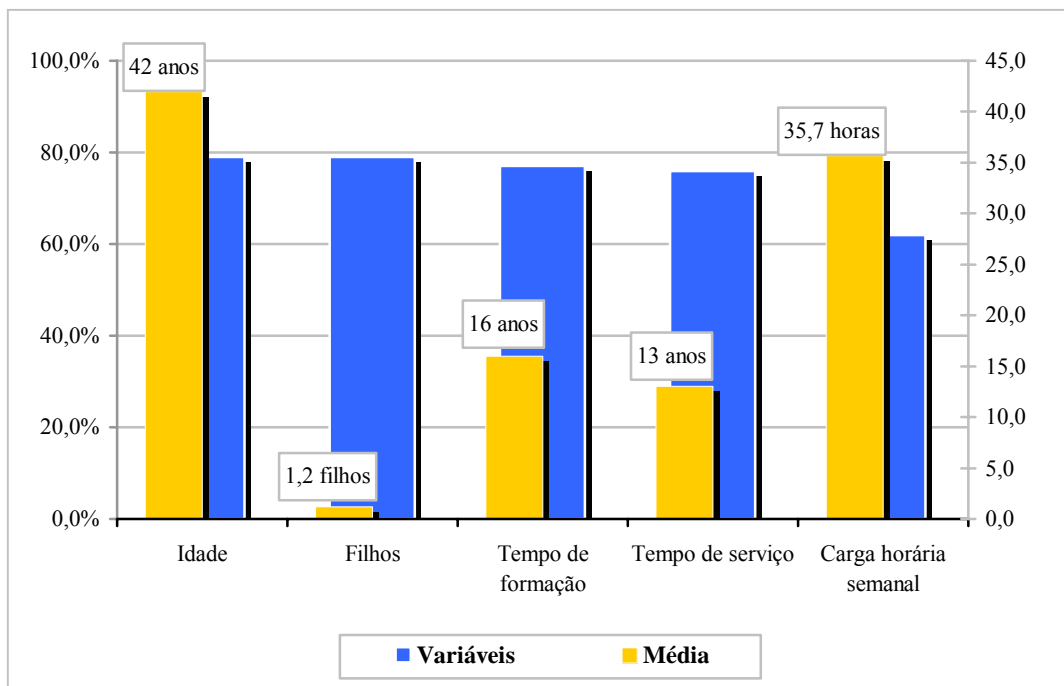


GRÁFICO 1 - Médias e porcentagens para idade, no de filhos, tempo de formação, de serviço e carga horária de trabalho semanal (n=79).

A Tabela 1 mostra que as participantes do estudo são na maioria (41%) casadas. No entanto, a porcentagem de solteiras é significativa (37,2%).

TABELA 1 - Distribuição das frequências e porcentagens, segundo o estado civil (n=79)

Estado civil	n	%
Amasiada	5	6,4
Casada	32	41,0
Separada	11	14,1
Solteira	29	37,2
Viúva	1	1,3
Não respondeu	1	1,3
Total	79	100,0

A Tabela 2 mostra a distribuição da amostra, segundo a escolaridade (pós-graduação), na qual 61% cursou especialização.

TABELA 2 - Distribuição das frequências e porcentagens, segundo a escolaridade (n=79)

Escolaridade	n	%
Especialização	48	61,0
Mestrado	1	1,0
Graduação	30	38,0
Total	79	100,0

A maioria (78,%) das Assistentes Sociais desenvolve atividade administrativa, como pode ser observado na Tabela 3.

TABELA 3 - Distribuição das frequências e porcentagens, segundo atividade administrativa (n=79)

Atividade Administrativa	n	%
Não	17	22,0
Sim	62	78,0
Total	79	100,0

A Tabela 4 mostra que 74,7% das Assistentes Sociais não desempenha função de chefia.

TABELA 4 - Distribuição das frequências e porcentagens, segundo exercer ou não cargo de chefia (n=79)

Chefia	n	%
Não	59	74,7
Sim	20	25,3
Total	79	100,0

A Tabela 5 mostra que 89,% das Assistentes Sociais desenvolvem suas atividades com dedicação exclusiva ao mesmo trabalho.

TABELA 5 - Distribuição das frequências e porcentagens, segundo a dedicação relacionada ao trabalho (n=79)

Qual dedicação	n	%
Exclusiva e plantão	2	3,0
Exclusiva*	70	89,0
Plantão**	7	8,0
Total	79	100,0

*Assistente Social (somente carga horária normal estabelecida pela instituição).

**Plantão: Carga horária normal + plantão (diurno ou noturno).

A Tabela 6 revela que a maioria (88,6%) das Assistentes Sociais trabalha em uma única instituição.

TABELA 6 - Distribuição das frequências e porcentagens, segundo realização de trabalho em outra instituição (n=79)

Trabalha em outra instituição	n	%
Não	70	88,6
Sim	9	11,4
Total	79	100,0

5.2 AVALIAÇÃO GERAL DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL

No Gráfico 2 são mostradas as médias, desvios-padrão e classificações da QVP. Pode-se observar que as dimensões mais pontuadas foram Motivação Intrínseca, Capacitação para o Trabalho, Recursos Relacionado ao Trabalho. A seguir, Carga de Trabalho, Apoio Social e QVT, enquanto as menos pontuadas foram Desconforto Relacionado ao Trabalho e Apoio Organizacional.

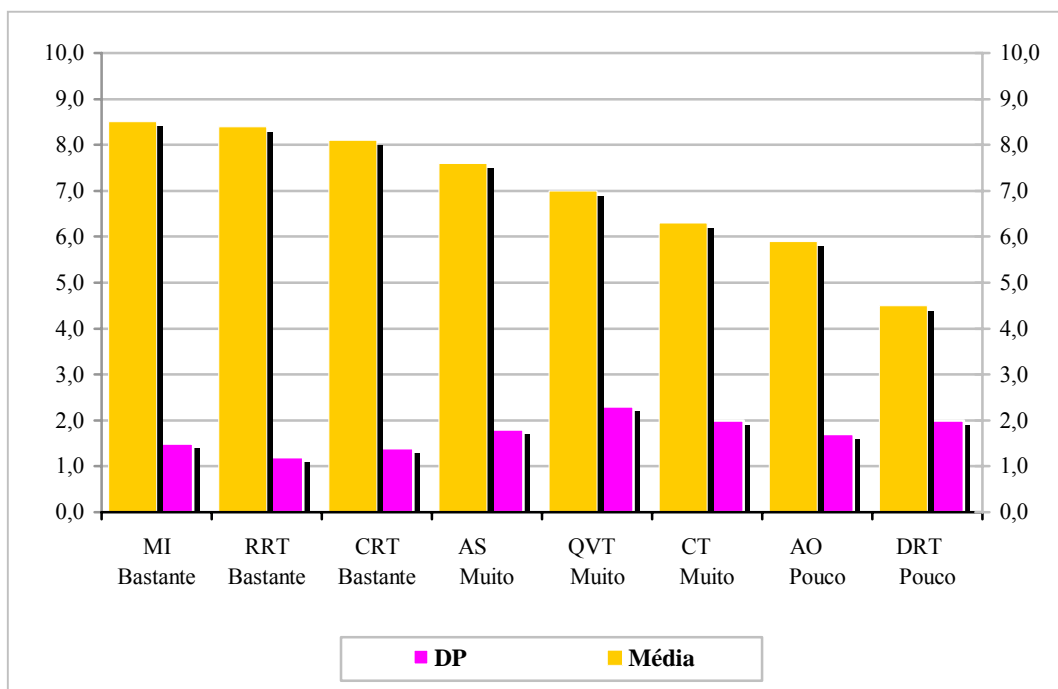


GRÁFICO 2 - Médias e desvios-padrão, segundo as classificações da QVP.

Legenda: Motivação Intrínseca (MI); Recursos Relacionado ao Trabalho (RRT); Capacitação para Realização do Trabalho (CRT); Apoio Social (AS); Qualidade de Vida Trabalho (QVT); Carga de Trabalho (CT); Apoio Organizacional (AO); Desconforto Relacionado ao Trabalho (DRT).

5.3 CORRELAÇÃO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS-OCUPACIONAIS E DIMENSÕES DO QVP-35

Para analisar a relação entre algumas variáveis sócio-demográficas e a QVT foi realizado o teste *Qui-quadrado* (χ^2), com nível de significância de 5%. O mesmo foi feito para as variáveis ocupacionais.

As variáveis sócio-demográficas escolhidas para comparação das respostas do instrumento foram: idade, filhos, estado civil e tempo de formado; e nas variáveis sócio-ocupacionais: chefia atividade administrativa e trabalho em outra instituição.

Por uma questão técnica do teste *Qui-Quadrado*, o mesmo não pode ser aplicado a correlações onde há valor esperado menor do que 5. Tal fato ocorreu na variável “qual a dedicação”. Para que o teste pudesse ser aplicado nas outras variáveis, as mesmas foram colocadas em escalas, foram elas: idade (menor que 35 anos, de 35 a 45 anos e acima de 45 anos), filhos (não possui, um filho e mais de um filho), tempo de formado (menos de 9 anos, de 9 a 19 anos e acima de 19 anos) e tempo de serviço (menos de 5 anos, de 5 a 24 anos e acima de 24 anos).

Concluiu-se que existe dependência entre a quantidade de filhos e a dimensão Apoio Organizacional, entre, ocupar cargo de chefia e Apoio Organizacional e também entre Motivação Intrínseca e ocupar cargo de chefia.

O Gráfico 3 mostra a correlação entre ocupar ou não cargo de chefia e a percepção sobre Apoio Organizacional. Existe dependência entre as variáveis, ou seja, as pessoas que não ocupam cargo de chefia apresentam uma classificação mais baixa que as pessoas que ocupam cargo de chefia ($p=0,01$).

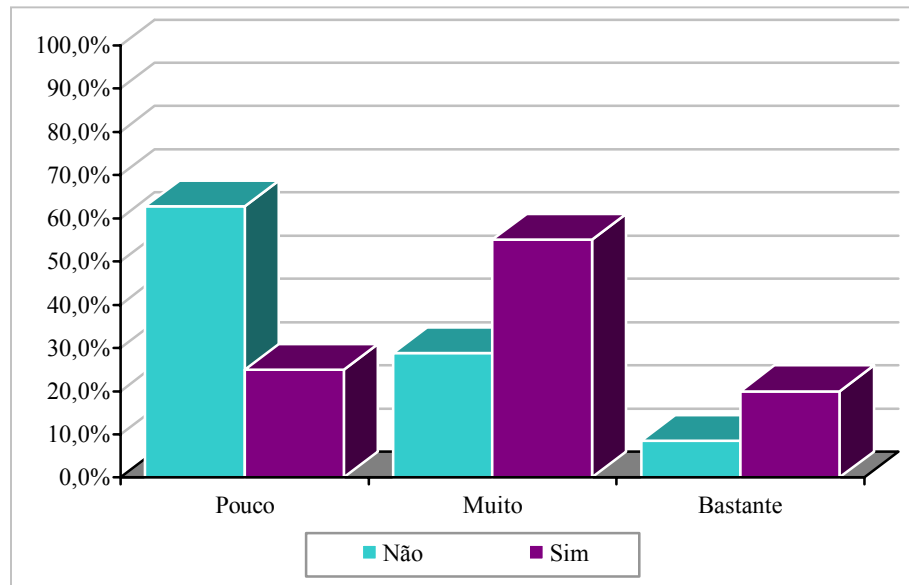


GRÁFICO 3 - Correlação entre ocupar cargo de chefia e Apoio Organizacional.

O Gráfico 4 mostra a correlação entre idade e Apoio Social, existindo dependência entre essas variáveis. Assistentes Sociais mais jovens apresentaram uma percepção de terem maior Apoio Social, sendo que aquelas entre 36 a 45 anos perceberam pouco Apoio Social ($p=0,04$).

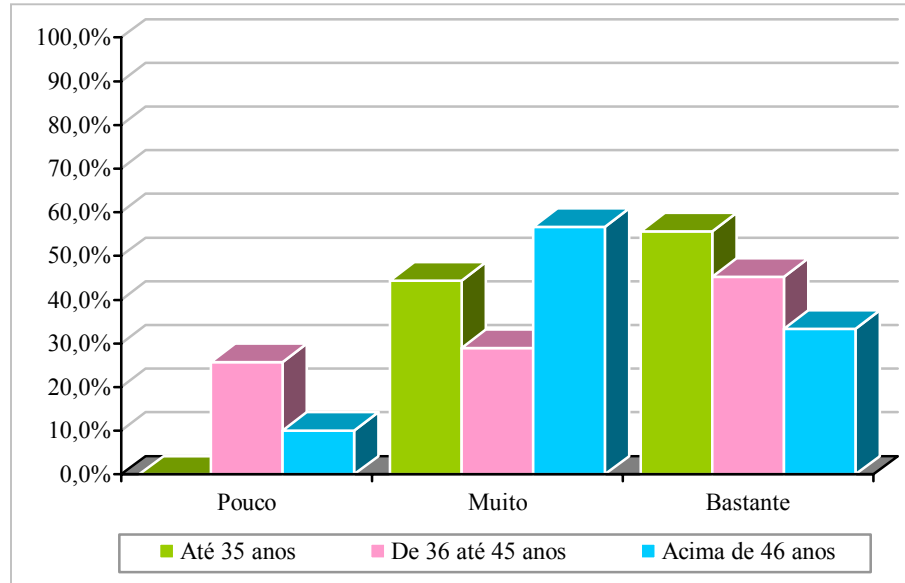


GRÁFICO 4 - Correlação entre a Idade e Apoio Social.

O Gráfico 5 mostra a correlação entre a ocupar cargo de chefia e Apoio Social, existindo dependência entre essas variáveis. As participantes que não ocupam cargo de chefia apresentam uma classificação mais baixa que aquelas que ocupam ($p=0,01$).

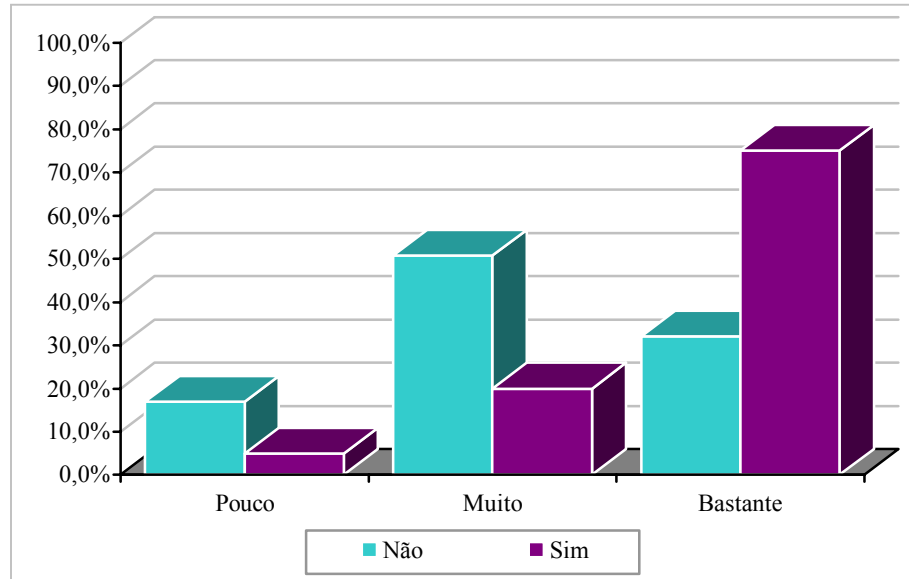


GRÁFICO 5 - Correlação entre ocupar cargo de chefia e Apoio Social.

O Gráfico 6 mostra a correlação entre trabalhar em atividade administrativa e Motivação Intrínseca, existindo dependência entre as variáveis. Assistentes Sociais que não trabalham em atividades administrativas apresentam uma maior Motivação Intrínseca. 94,1% das participantes perceberam ter bastante Motivação Intrínseca, enquanto quem trabalha em atividade administrativa obteve porcentagem de 60,3% ($p=0,03$).

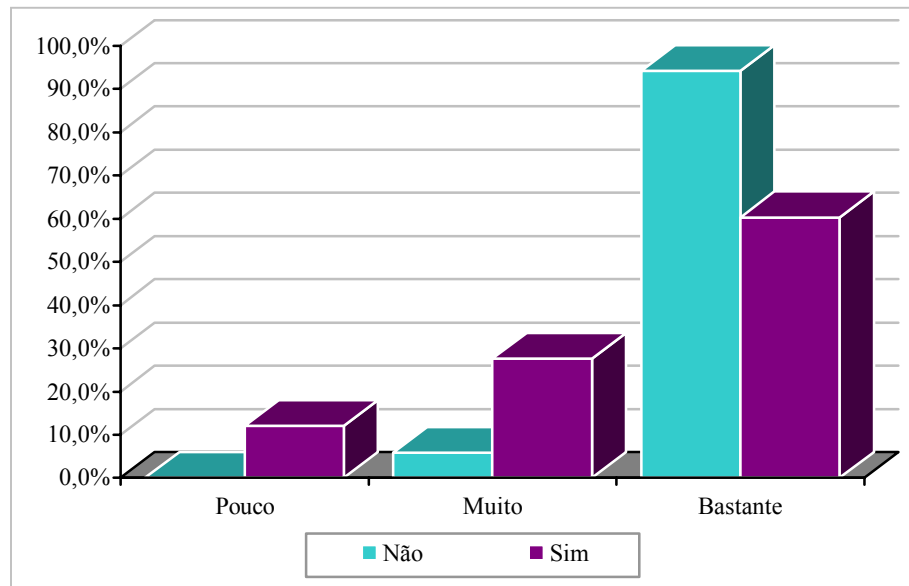


GRÁFICO 6 - Correlação entre trabalhar em atividade administrativa e Motivação Intrínseca.

Obteve-se dependência entre as variáveis: quantidade de filhos e a dimensão agrupada Apoio Organizacional. As participantes que não têm filhos são as que mais percebem pouco Apoio Organizacional, de forma oposta àquelas que possuem mais de um filho e percebem muito Apoio Organizacional. As que possuem um filho apresentam a mesma distribuição entre “bastante” e “pouco” ($p=0,02$) (GRÁFICO 7).

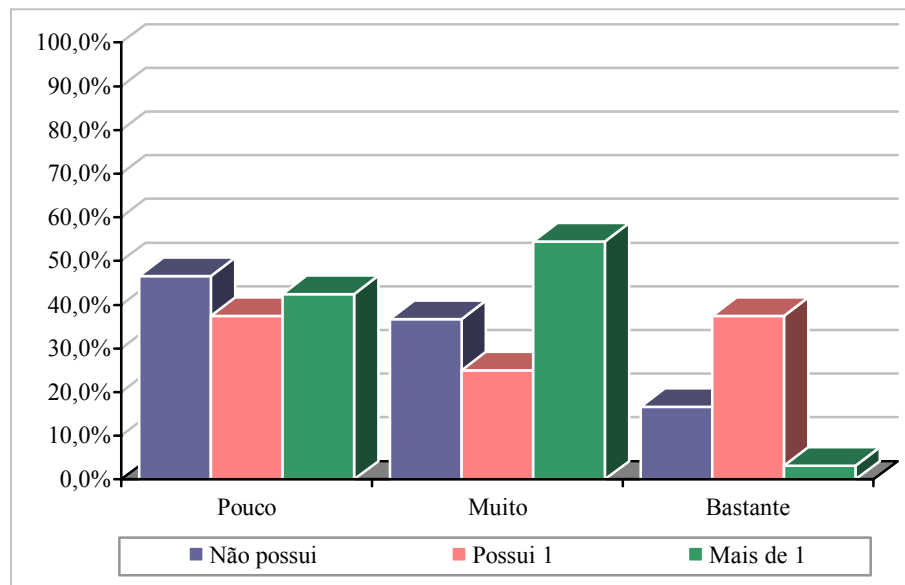


GRÁFICO 7 - Correlação entre percepção de Apoio Organizacional com quantidade de filhos.

O Gráfico 8 mostra a correlação entre a variável agrupada Motivação Intrínseca e o cargo de chefia, existindo dependência entre as variáveis. As participantes que ocupam “cargo de chefia” percebem ter mais Motivação Intrínseca com relação às que não ocupam. Embora quem não ocupe cargo de chefia perceba bastante Motivação Intrínseca, da mesma forma de quem exerce, as que ocupam cargo de chefia apresentam mais classificações “bastante” ($p=0,04$).

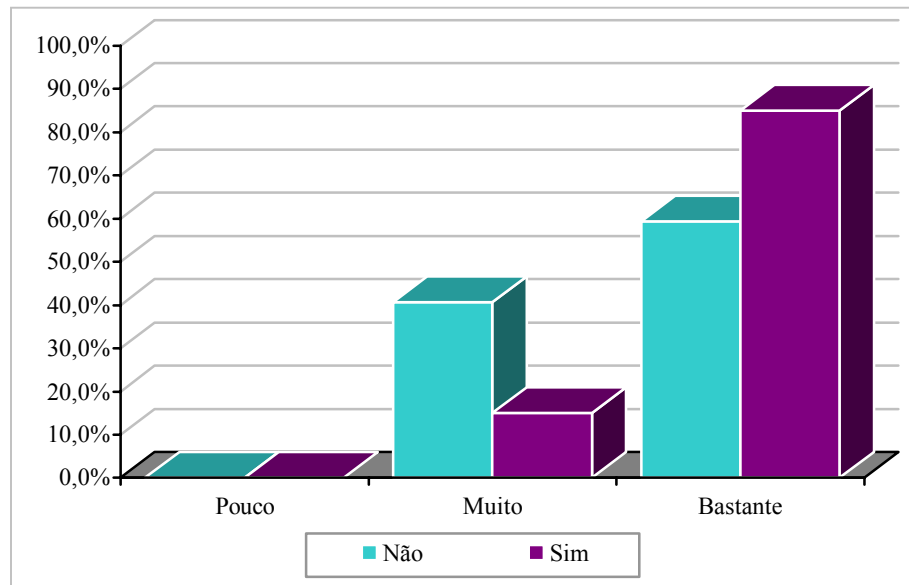


GRÁFICO 8 - Correlação entre ocupar cargo de chefia e Motivação Intrínseca.

5.4 CLASSIFICAÇÃO DAS QUESTÕES SIGNIFICATIVAS DO QVP-35

O Gráfico 9 revela que 66,7% das Assistentes Sociais não perceberam Desconforto Relacionado ao Trabalho; 61,5% evidenciam falta de tempo para a vida pessoal; e 87,2% não percebem ter conflitos com outras pessoas no ambiente de trabalho.

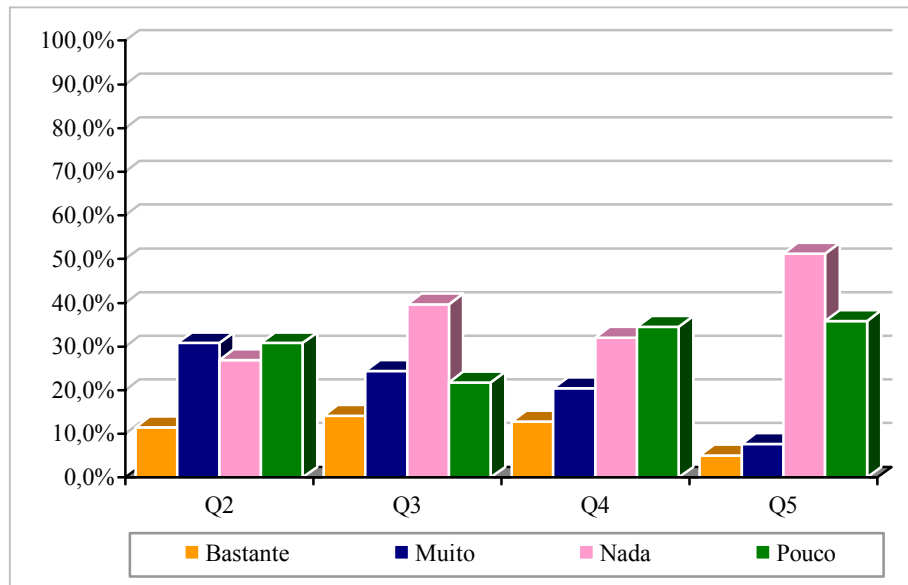


GRÁFICO 9 - Classificação em percentual das questões Q2, Q3, Q4 e Q5.

Legenda: Conseqüências negativas para a saúde (Q2); Falta de tempo para a vida pessoal (Q3); Desconforto físico no trabalho (Q4); Conflitos com outras pessoas (Q5).

No Gráfico 10 pode-se observar que 68,0% das Assistentes Sociais percebem que têm um trabalho diversificado; 79,5% percebem apoio dos chefes, 59,0% percebem pouca satisfação com o salário, 64,1% que a empresa não se preocupa com a QVT; 55,2% que seus esforços não são reconhecidos e 74,3% percebem que não tem possibilidade de promoção.

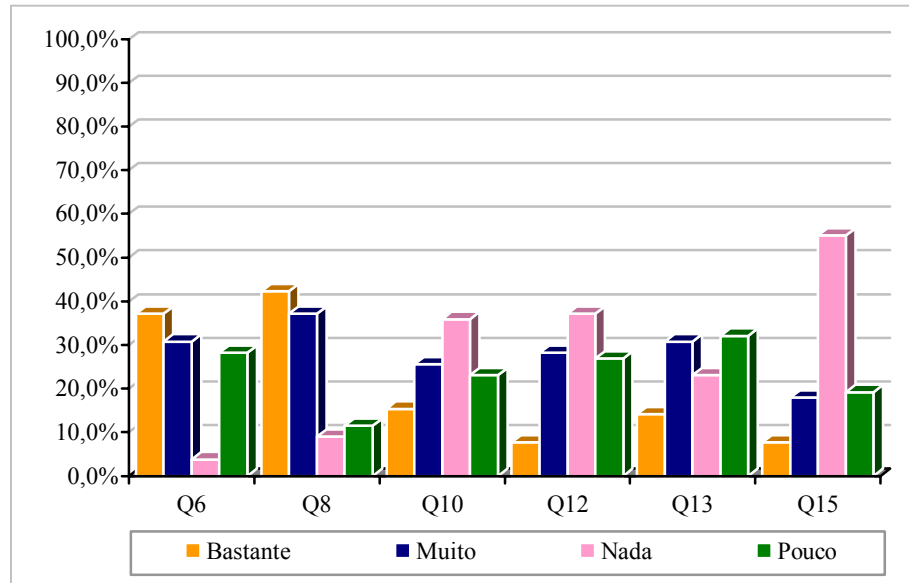


GRÁFICO 10 - Classificação em percentual das questões Q6, Q8, Q10, Q12, Q13 e Q15.

Legenda: Trabalho diversificado (Q6); Apoio de meus superiores (Q8); Satisfação com o salário (Q10); A empresa se preocupa em melhorar minha qualidade de vida (Q12); Reconhecimento de meu esforço (Q13); Possibilidade de promoção (Q15).

Das Assistentes Sociais entrevistadas, 85,9% percebem grande quantidade de trabalho; 74,3% referem esforço emocional para realização do trabalho; 65,3% desenvolvem seu trabalho com rapidez e “afobação” (premência do tempo para realização das tarefas cotidianas); 56,5% realizam seu trabalho sob pressão e 56,5% também percebem pressão para realizarem seu trabalho com qualidade (GRÁFICO 11).

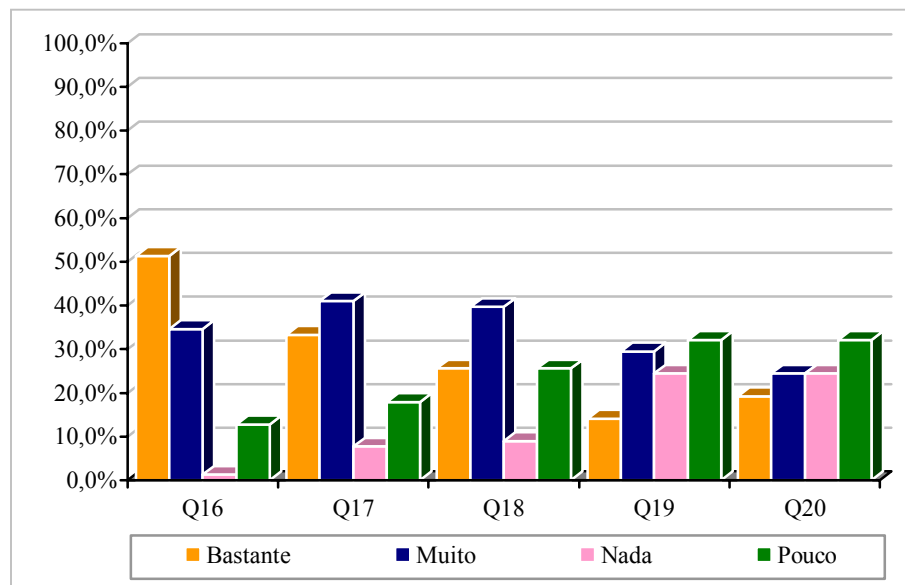


GRÁFICO 11 - Classificação em percentual das questões Q16, Q17, Q18, Q19 e Q20.

Legenda: Quantidade de trabalho (Q16); Estresse (esforço emocional) (Q17); Rapidez e “afobação” (Q18); Pressão recebida para realizar meu trabalho (Q19); Pressão recebida para manter a qualidade do trabalho (Q20).

O Gráfico 12 mostra que 98,8% da amostra refere perceber que seu trabalho é importante para a vida de outras pessoas; 97,4% referem grande carga de responsabilidade, 94,8% tem apoio da família e 84,6% apoio dos colegas.

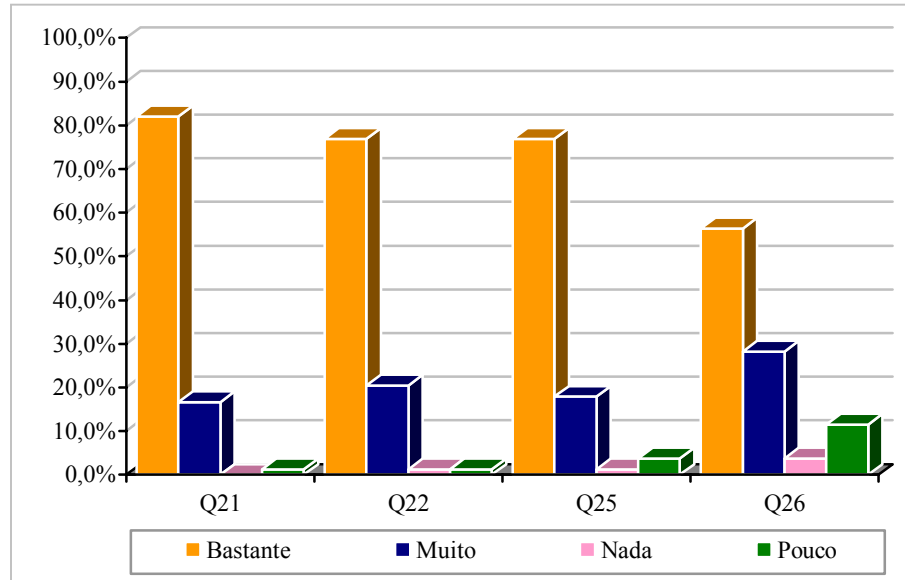


GRÁFICO 12 - Classificação em percentual das questões Q21, Q22, Q25 e Q26.

Legenda: Meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas (Q21); Carga de responsabilidade (Q22); Apoio de minha família (Q25); Apoio de meus colegas (Q26).

O Gráfico 13 mostra que 89,7% das Assistentes Sociais referem existir vontade de serem criativas, 91,0% relatam orgulho sobre o trabalho que realiza, e 87,1% têm vontade de melhorar no trabalho (motivação).

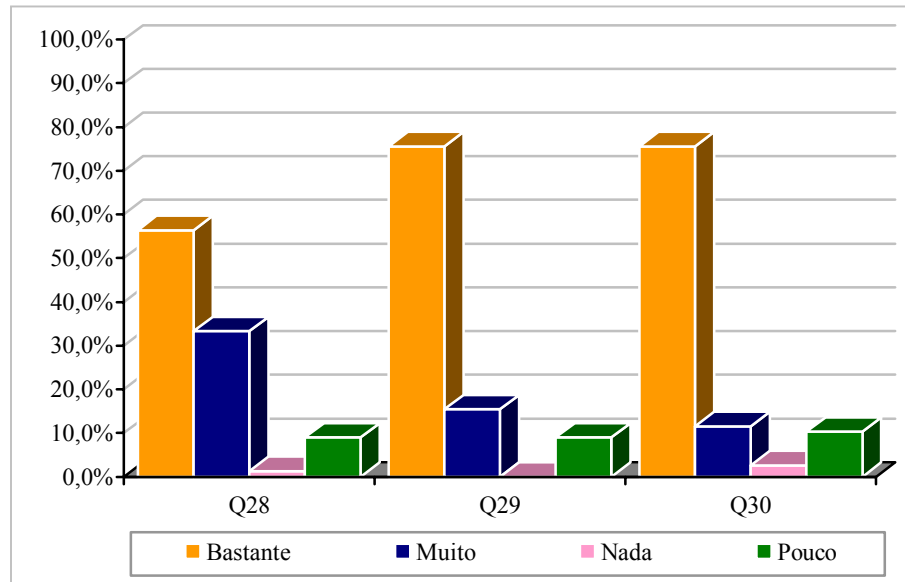


GRÁFICO 13 - Classificação em percentual das questões Q28, Q29 e Q30.

Legenda: Vontade de ser criativo(a) (Q28); Orgulho do trabalho (Q29); Motivação (vontade de melhorar no trabalho) (Q30).

O Gráfico 14 mostra que 91,0% das Assistentes Sociais percebem que estão capacitadas para realizarem seu trabalho; 91,1%, que a empresa exige capacitação para o trabalho, e 68,0% das Assistentes Sociais estudadas, não se desligam das atividades no final da jornada de trabalho.

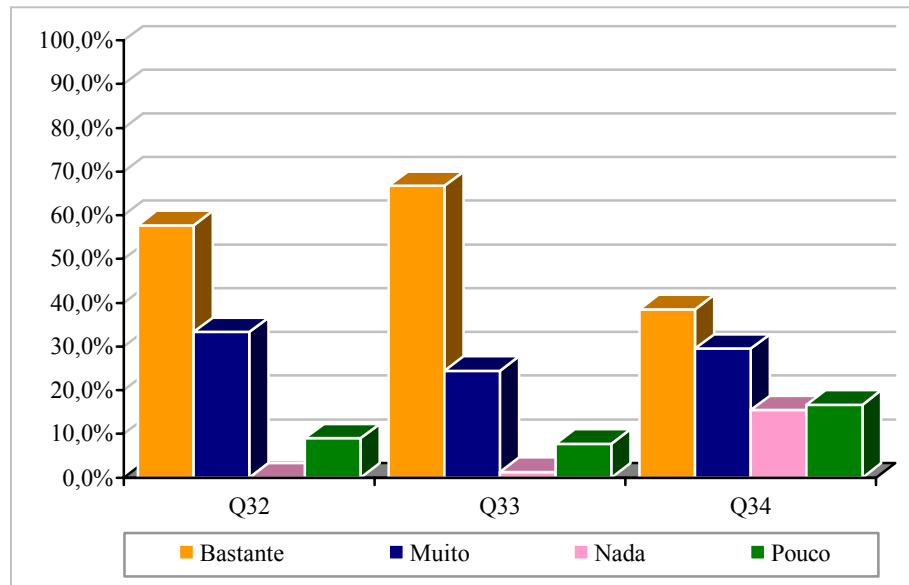


GRÁFICO 14 - Classificação em percentual das questões Q32, Q33 e Q34.

Legenda: Estou capacitado(a) para realizar meu trabalho (Q32); Exige-se capacitação para realizar meu trabalho (Q33); Desligo-me ao final da jornada de trabalho (Q34).

Foram estudadas 79 AS (amostra representativa e aleatória das AS de Campo Grande-MS). A população de AS da cidade de Campo Grande (N=368), 99% é composta por profissionais do sexo feminino. Constatou-se a existência de somente um AS do sexo masculino, excluído deste estudo deste estudo pela não representatividade. Esses achados corroboram os dados da literatura, que referem que o Serviço Social em virtude de sua história, é reconhecido como uma profissão predominantemente feminina (BERASALUZE; OTXOA, 2005; ARMAN, 2003; MARTINELLI, 1993; IAMAMOTO, 2000).

Nesta direção, uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em 2004, revelou que 97% das assistentes sociais são do sexo feminino, confirmando-se a história da categoria (PRÉDES, 2005). Em consonância com o mesmo autor, os resultados encontrados no presente estudo referentes a faixa etária, ao estado civil e regime de dedicação exclusiva, corroboraram aos dados do citado estudo. A faixa etária predominante das participantes deste estudo foi de 42 anos, o que confirma os dados da pesquisa acima citada, quando a amostra foi composta em sua maioria por participantes com idade entre 35 a 44 anos. Não foram encontrados na literatura outros dados passíveis de comparação com a idade, o mesmo se dando com relação ao estado civil no qual 41% das participantes é casada.

A grande maioria das profissionais (89%) trabalha em regime de dedicação exclusiva, com carga horária semanal de trabalho de 35,7 horas, confirmando também os achados da pesquisa citada, onde refere que 77,2% das profissionais tem apenas um vínculo empregatício, sendo que 89% dos mesmos não trabalha em outra instituição.

Sobre a escolaridade, 61% da amostra cursou especialização, corroborando dados americanos do *Bureau of Labor Statistics* (2006) que afirmam que a maioria dos Assistentes Sociais americanos busca se especializar. Ao contrário, a pesquisa brasileira do CFESS, realizada em 2004 e citada acima, mostra, que no Brasil a maioria dos Assistentes Sociais não tem curso de especialização, sendo que o número de especialistas é de somente 36,3%. Os resultados obtidos pela amostra de estudo podem significar que um grande número de Assistentes Sociais tem buscado se especializar, em virtude das novas exigências do mercado de trabalho.

As participantes desta investigação refere perceber importante falta de Apoio Organizacional (independentemente a organização, se pública ou privada). É possível que

estes achados se devam à falta de estrutura organizacional tanto dos serviços públicos quanto dos privados, e de uma certa insatisfação em relação a instituição e ao emprego. O Apoio Organizacional é necessário para que o funcionário tenha um bom desempenho de suas tarefas.

No presente estudo, a percepção sobre Apoio Organizacional foi influenciada negativamente por uma alta diversidade de trabalho (68%), ou seja, 37,2% da amostra refere ter bastante diversidade de trabalho e 30,8% muita diversidade, totalizando 68%. As participantes referem ainda que, a empresa não se preocupa com a QVT das mesmas (64,1%), o que se reflete negativamente na percepção sobre Apoio Organizacional; 64% das participantes percebem não haver nenhuma preocupação (37,2%) e pouca preocupação (26,9%).

É importante ressaltar que, as empresas visitadas que fizeram parte do estudo de campo, principalmente aquelas ligadas a órgãos públicos, em sua maioria, possuem uma estrutura organizacional extremamente precária e sucateada, havendo poucas iniciativas isoladas para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais. Esta observação corrobora os dados de Cuevas *et al.* (1997) e também de Söderfeldt, Söderfeldt e Warg (1995) que referem a falta de recursos materiais, humanos e de outras ordens para o exercício satisfatório e adequado do trabalho no serviço público. Monte (2004) acrescenta que em estudo realizado com funcionários dos serviços públicos, a atenção prestada a QV é muito crítica. No presente estudo, 64,1% percebem que a empresa não tem preocupação em melhorar sua QV.

As participantes deste estudo, em sua maioria (55,2%) percebem que seus esforços no trabalho não são reconhecidos, 23,1% nada reconhecidos e 32,1%, pouco reconhecidos. Cabe ressaltar que 74,3% das pessoas estudadas percebem não haver quaisquer possibilidades de promoção, e ascensão profissional, sendo nada (55,1%) e pouco (19,2%). Como se pode observar, o fato de não haver possibilidade de promoção, de a empresa não se preocupar em melhorar a QV das Assistentes Sociais, a falta de reconhecimento quanto ao trabalho desempenhado, a insatisfação salarial e uma grande variedade de tarefas, parecem ter influenciado a percepção de haver uma falta significativa de Apoio Organizacional.

Foi ainda obtida neste estudo, relação de dependência entre as variáveis “ocupar ou não cargo de chefia” e Apoio Organizacional, na qual, pessoas que ocupam cargo de chefia

apresentam melhor percepção de Apoio Organizacional do que as que não ocupam cargo de chefia. É provável que as Assistentes Sociais que desempenham funções de chefia, por terem maior autonomia e controle sobre o trabalho e execução de tarefas e também para expressarem mais o que pensam, percebam um maior Apoio Organizacional. Cabe ressaltar também a questão salarial, pois cargos de chefia, geralmente recebem maiores salários. Dejours e Abdoucheli (1994 *apud* LANCMAN; UCHIDA, 2003, p. 2) colocam que em uma organização do “[...] tipo piramidal, quanto mais se sobe na estrutura da empresa, mais se abrem as possibilidades para a expressão e imposição dos desejos de quem ocupa cargo de chefia”.

Neste estudo os fatores individuais “orgulho do trabalho” (91%), “vontade de melhorar no trabalho” (87%), “vontade de ser criativo” (56,4%), tiveram importante repercussão quanto à percepção da Motivação Intrínseca, podendo-se dizer que por parte da organização e do ambiente, estes estímulos não ocorrem. Tal achado confirma os obtidos por diversos autores, que afirmam que a satisfação e o orgulho no trabalho influenciam positivamente na percepção da motivação (CHIAVENATO, 1994; MATOS, 1996; MONTANA; CHARNOW, 2000; TOLFO; PICCININI, 1998; SOUZA; RAMIS, 2004; MORESCO; STAMOU, 2004; VIEIRA; VIEIRA, 2004).

Estudos realizados com o QVP-35 corroboram os achados obtidos no presente estudo. Espuny e Artín (1998) também verificaram que os profissionais estudados perceberam ter bastante orgulho do trabalho, que realizam. Com relação ao Apoio Organizacional e Motivação Intrínseca, segundo Rodríguez *et al.* (2005), os profissionais médicos percebem um baixo Apoio Organizacional e uma alta Motivação Intrínseca (FERNÁNDEZ; CARBAJO; VIDAL, 2002) e que profissionais de saúde pública percebem um baixo Apoio Organizacional e alta Motivação Intrínseca.

No presente estudo, os participantes perceberam ter uma alta carga de trabalho. Em concordância, Laurel (1985 *apud* MENDES, 1999, p. 154) coloca que “[...] especificamente, em relação às condições de trabalho, uma categoria de risco que se sobressai é a carga de trabalho”.

Nesta direção, González, Nido e Borda (2003), utilizando o QVP-35, relatam que os trabalhadores de saúde estudados percebem uma elevada carga de trabalho e também uma elevada Motivação Intrínseca e uma média QV. Os dados relativos à Motivação Intrínseca e

carga de trabalho obtidos no presente estudo são confirmados, o mesmo não ocorrendo com a percepção de muita QVT obtida neste estudo, enquanto no dos autores anteriormente citados, uma percepção de média QV.

A percepção de alta Carga de Trabalho obtida neste estudo pode ser explicada em parte, por uma elevada quantidade de trabalho, percebida por 85,9% das Assistentes Sociais estudadas. Acrescente-se que as participantes também percebem que realizam suas atividades com elevada rapidez e “afobação” (premência de tempo) (65,3%) e deste grupo, 68% percebem não se desligar de suas atividades no final da jornada de trabalho.

Cabe ressaltar que 61,5% percebem falta de tempo para a vida pessoal; 66,7% percebem algum desconforto físico relacionado ao trabalho e 97,4% têm elevada carga de responsabilidade. Assim sendo, um achado que não surpreende é que 74,3% da amostra estudada refere esforço (exaustão) emocional com relação à realização de seu trabalho.

Um importante fator psicossocial de risco que pode resultar da conjunção das variáveis elencadas acima é o estresse ocupacional, que se cronificado pode levar à Síndrome de *Burnout*. Franco, Barros e Martins (2005), em estudo sobre a QV e sintomas depressivos em enfermeiros, destacaram que o excesso de Carga de Trabalho e o grande desgaste emocional conseqüente, seria devido ao contato direto com os pacientes e usuários, da mesma forma que no caso das Assistentes Sociais aqui estudadas.

Nesta direção, Sames (2001 *apud* MUÑOZ, 2002) coloca que em especial, Assistentes Sociais apresentam grande desgaste emocional, dado o contato interpessoal direto, intenso e permanente com os usuários. Estes dados também são confirmados pelo *Bureau of Labor Statistics* (2006) que afirma que o trabalho do Assistente Social, embora gratificante, pode ser muito exigente, pois na maioria das vezes, atende-se a um grande número de usuários, cabendo assinalar também o tipo ou natureza do trabalho, que é centrado na resolução e orientação de problemas, na maior parte das vezes de difícil solução e que dependem menos do Assistente Social e mais de governos, organizações, etc. O contato diuturno com esta realidade, em geral, implica em grande exigência emocional para o Assistente Social, podendo levar a conseqüências deletérias para a saúde física e mental.

Este estudo revelou que as participantes percebem ter uma alta QVT, que poderia ser explicada em parte, pela percepção de que têm elevada Capacitação para o Trabalho (91%), confirmando os achados de Rubio *et al.* (2003) referem que, mesmo quando o resultado é

baixo nesta dimensão, este fator pode ser interpretado como positivo, porque pode denotar uma percepção de que se deve melhorar para o adequado exercício do trabalho. Este achado (elevada capacitação para o trabalho) alerta para que, no caso das Assistentes Sociais estudadas, deve-se atentar para o comodismo e conseqüentemente o perigo de acharem não ser necessárias reciclagens e educação continuada, já que o tempo médio de formação das participantes é de 16 anos.

É importante destacar também que 91% das participantes percebem que a empresa disponibiliza e exige capacitação para a realização do trabalho, fatores que podem ter influenciado a percepção de uma alta Capacitação para o Trabalho, corroborando aos achados de Souza e Ramis (2004, p. 20), que colocam “[...] investimentos no desenvolvimento humano influenciam positivamente para a percepção da QVT” e da *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (2002) estabelece como um dos critérios para se ter qualidade de trabalho e emprego, propiciando assim uma boa QVT o “treinamento aos funcionários”.

Nesta investigação, 87,2% das Assistentes Sociais, perceberam que não tem conflitos no ambiente de trabalho, fator que pode ter influenciado positivamente na percepção da QVT, confirmando os resultados de Souza e Ramis (2004) que referem que fatores relacionados ao ambiente psicossocial da empresa, que podem ser percebidos através das relações interpessoais, influenciam positivamente na percepção da QVT.

Da amostra como um todo, 79,5% perceberam que têm apoio de seus superiores e 87,2% não têm conflitos com outras pessoas no ambiente de trabalho. Estes achados podem se refletir por meio da alta percepção de QVT apresentada. Fernández (2002) nesta direção, coloca que uma série de fatores pode influenciar positivamente a percepção da QVT, destacando-se entre eles, as relações interpessoais e o apoio dos superiores. Também Martín *et al.* (2004) colocam que o apoio dos chefes e a motivação se relacionam positivamente com a QVT, corroborando os dados deste estudo. Os autores acrescentam que a Carga de Trabalho se correlaciona de maneira inversa com a QT, isto é, uma alta Carga de Trabalho, influencia negativamente a percepção da QVT.

Um baixo Desconforto Relacionado ao Trabalho, percebido por 78,3% das participantes deste estudo, pode estar relacionado à elevada percepção de QVT. Dos participantes do estudo, 98,8% percebem que seu trabalho é importante para a vida de outras

pessoas. Em seqüência, Pereira e Bernhardt (2004) ressaltam a importância da pessoa sentir-se como distinta, diferenciada e importante no processo de trabalho e sua interferência positiva na percepção da QVT.

As participantes (94,8%) deste estudo percebem as relações familiares como importantes para a QVT. Em concordância, Lentz *et al.* (2000) ressaltam que ter família e ocupar-se da prole, parece ser um fator importante para prover o profissional de uma melhor QVT. Na mesma direção Carlotto e Palazzo (2006), pesquisando a Síndrome de *Burnout*, afirmam que pessoas com filhos apresentaram menores níveis de *burnout* e conseqüentemente uma melhor QVT, diferentemente do que se poderia esperar, dada a possível sobrecarga, sobretudo para uma amostra composta maciçamente por pessoas do sexo feminino, o que na maior parte das vezes, implicaria em uma dupla jornada de trabalho: emprego e casa-família.

No entanto, conforme Rosa e Calegaro (2004) colocam que o fato da mulher há milhões de anos ter também a função de cuidar e de proteger sua prole, fez com que a mesma desenvolvesse habilidades sensoriais e mais facilidades em fazer várias coisas ao mesmo tempo. Os autores prosseguem, comentando que as mulheres, se dedicam mais aos cuidados domésticos, à família e aos filhos e apresentam uma tendência marcante a atuarem em profissões denominadas de “auxílio”, como Serviço Social, Enfermagem, Professora, Secretária, Recepcionista, entre outras, pela facilidade em se comunicar e fazer várias coisas diferentes ao mesmo tempo.

Em consonância, Alvarez (1996) coloca que muitos fatores interferem na QVT: entre eles, as relações familiares, a saúde física e a satisfação no trabalho. Cabe ressaltar que 32,3% das Assistentes Sociais percebem conseqüências negativas do trabalho sobre sua saúde. Martinez e Paraguay (2003), Moretti e Treichel (2003), Wyatt e Wah (2001) apontam para a importância da “satisfação no trabalho”, fator que influencia a percepção da QVT.

Obteve-se, na amostra estudada, relação de dependência entre idade e percepção de Apoio Social, na qual AS mais jovens (com até 35 anos) apresentaram uma classificação mais alta para Apoio Social, sendo que aquelas entre 36 a 45 anos perceberam ter pouco Apoio Social. Acredita-se que tal achado se deva à possibilidade de as mais novas morarem ainda com os pais, recebendo portanto, maior suporte familiar em geral, e em particular, econômico.

Ainda com relação ao Apoio Social, obteve-se dependência em relação a ocupar ou

não cargos de chefia. As participantes que não ocupam cargo de chefia percebem menor Apoio Social do que as que ocupam. É possível que as participantes que exercem cargo de chefia, sintam uma maior realização pessoal e satisfação profissional, fato que pode repercutir positivamente em forma de otimismo, estabilidade, propiciando eventualmente maior interação social, e, portanto a sua contrapartida, o Apoio Social. Cabe destacar que 84,6% das Assistentes Sociais estudadas percebem ter apoio dos colegas de trabalho. Corneil (1998) aponta como um dos fatores principais que influenciam a percepção de Apoio Social é o apoio dos companheiros de trabalho.

]

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra estudada percebe ter uma alta QVT, o que não confirma a hipótese da pesquisa, que a suponha como baixa. Este resultado parece ter sido diretamente influenciado pela alta pontuação da Motivação Intrínseca, sendo a dimensão mais pontuada, seguida dos Recursos Relacionados ao Trabalho e a Capacitação para Realização do Trabalho. Obteve-se neste estudo uma elevada percepção da satisfação e orgulho com o trabalho, fatores que também contribuíram positivamente para uma elevada QVT. Uma percepção de baixo Desconforto Relacionado ao Trabalho pelas participantes, também é um fator que teve repercussão para uma alta QVT.

As profissionais estudadas percebem que têm bastante Motivação Intrínseca e aquelas que ocupam cargos de chefia percebem ter comparativamente, mais Motivação Intrínseca.

Quando as participantes deste estudo não desempenham atividades administrativas, sua Motivação Intrínseca é maior em relação àquelas que as executam.

As profissionais estudadas percebem ter pouco Apoio Organizacional, com exceção daquelas que ocupam cargo de chefia, que percebem muito Apoio Organizacional.

Alguns fatores relevantes se destacaram e podem ter grande utilidade para subsidiar ações diagnósticas, preventivas e interventivas, com o objetivo de melhoria da QVT destas profissionais em suas respectivas instituições de trabalho: alta carga de trabalho; uma percepção de que seus esforços não são reconhecidos; dificuldade de se desligar no final da jornada de trabalho, a percepção de que não têm possibilidades de promoção e ascensão profissional, falta de tempo para a vida pessoal, grande esforço emocional (estresse), percepção de que a realização cotidiana das atividades está sob constante pressão de tempo e alta carga de responsabilidade. Ressalta-se também a percepção de que a empresa não se preocupa em melhorar a QVT de seus profissionais. Todos estes fatores repercutem negativamente na saúde física e mental destas profissionais.

Conclui-se neste estudo que, apesar de as participantes perceberem ter muita QVT, que os dados acima elencados evidenciam que, a médio e a longo prazo poderá haver frustração e grande insatisfação profissional, influenciando a QVP e a saúde física e mental das mesmas.

Neste estudo, o instrumento QVP-35 foi utilizado pela primeira vez no Brasil com Assistentes Sociais e mostrou-se de fácil aplicação com este grupo ocupacional.

Postula-se pela necessidade de ações preventivas e interventivas para uma melhoria da QVP da amostra aqui estudada, representativa das Assistentes Sociais da cidade de Campo Grande-MS e a realização de novos estudos avaliando esse tipo de problemática.

ALVAREZ, B. R. *Qualidade de vida relacionada á saúde de trabalhadores: um estudo de caso*. 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

ALVES, J. F. *Metrópoles-cidadania e qualidade de vida*. 8. ed. São Paulo: Moderna, 1995. (Polêmica).

ALVES, M. Absenteísmo e sofrimento no trabalho. In: SAMPAIO, J. dos R. (Org.) *Qualidade de Vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 217-223.

ANTUNES, R. C. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 7. ed. Campinas: Cortez, 2005a.

_____. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 7. ed. Campinas: Boitempo, 2005b.

AREIAS, M. E. Q.; COMANDULE, A. Q. Transformações no mundo do trabalho: a inserção da qualidade total. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2, p. 229-247.

ARMAN, M. C. À. Género e identidad profesional en los trabajadores sociales. *Cadernos de Trabajo Social*, Madrid: Universidade Complutense de Madrid, v. 16, p. 147-170, 2003.

BARROCO M. L. S. *Ética e serviço social fundamento ontológicos*. São Paulo: Cortez, 2001.

BERAQUET, M. I. G. *Qualidade de vida de jornalistas da macro região de Campinas/SP*. 2005. 124 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.

BERASALUZE, A.; OTXOA, K. B. Revisión de investigaciones en torno al ejercicio profesional del trabajo social. *Acciones e Investigaciones Sociales*, Zaragoza: Escuela Universitaria de Estudios Sociales de la Universidad Zaragoza, 2005. Disponível em: <http://wzar.unizar.es/acad/fac/eues/bibeues/REVISTA_AIS/Extra_Ais/Comunicaciones%201ibres/Berrio.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2006.

BITTENCOURT, M. das G. S. Q. *Qualidade de Vida do professor do ensino fundamental da rede pública municipal de Palotina-PR*. 2005. 124 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações: assistentes sociais e economistas domésticos*. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=2516-05>>. Acesso em: 22 abr. 2006a.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 jul. 1993. Disponível em: <https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: 08 set. 2006c.

_____. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm>. Acesso em: 08 set. 2006b.

BUREAU OF LABOR STATISTICS. U.S. Department of Labor. *Occupational Outlook Handbook, 2006-07 Edition: Social workers*. Disponível em: <<http://www.bls.gov/oco/print/ocos060.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

CABEZAS-PEÑA, C. C. La calidad de vida de los profesionales. *Federación Médica Colombiana*, v. 7, p. 53-68, 2000. Suplemento.

CARDOZO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 89-116.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. dos S. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1.017-1.026, 2006.

CHIAVENATO, I. *Administração de empresa: uma abordagem contingencial*. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

_____. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. *Teoria geral da administração*. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

_____. *Introdução à teoria geral da administração*. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CIBORRA, C.; LANZARRA, G. F. (Orgs.). *Progettazione delle tecnologie e qualita del lavoro*. Milão: Franco Angeli, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Código de ética profissional do Assistente Social*. Aprovado em 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS n. 290/94 e 293/94. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. 7ª Região. *Assistente Social: ética e direitos*. 3.ed. Rio de Janeiro, 2001. (Coletânea de Leis e Resoluções).

CORNEIL, D. W. Apoio Social. In: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Enciclopédia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. España: Ministerio de Trabajo y Assun tos Sociales, 1998. v. 2, p. 34.55-34.56.

- CUEVAS, N. de D. et al. El stress asistencial (“burnout”) en los funcionarios de prisiones. *Boletín Criminológico*, n. 26, p. 1-4, 1997. Disponível em: <<http://www.uma.es/estudios/propias/criminologia/Publicaciones/Boletines/26.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2006.
- DE MASI, D. *O ócio criativo*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 3. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1998.
- DIAS, N. A. *Qualidade de vida urbana em São José dos campos*. 1998. 104 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) – Universidade Vale do Paraíba, São José dos Campos, 1998.
- ESPUNY, J. L. C.; MARTÍN, C. A. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar em la sanidad pública. *Atención Primaria*, v. 22, n. 5, p. 308-313, 1998.
- ESTEVÃO, A. M. R. *O que é Serviço Social*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONCITIONS. *Quality of work and employment in Europe: Issues and challenges*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
- FERNANDES, E. *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.
- FERNÁNDEZ, M. A. Propuestas para mejorar la calidad de vida de los profesionales. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria*, v. 8, n. 3, p. 150-152, 2002.
- FERNÁNDEZ, M. A.; CARBAJO, A. I. I.; VIDAL, A. F. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitária de Asturias. *Atención Primaria*, v. 30, n. 8, p. 483-489, 2002.
- FERREIRA, R. S.; ARAÚJO, P. A. N.; MACHADO, L. J. C. A. *Qualidade de vida no trabalho*. Salvador: Robert Bosh, 2004.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.
- FRANÇA, A. C. L. Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho: uma proposta de conceitos, critérios e funções para ações e programas empresariais. In: SAMPAIO, J. dos R. (Org.). *Qualidade de Vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 79-97.
- _____. *Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. V. Entendendo os estressores psicossociais e os tipos de adaptação ao trabalho. In: _____ (Orgs.). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 112-113.

FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; MARTINS, L. A. N. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 139-144, 2005.

GIBRAN, T. M. *Qualidade de Vida e estética bucal na comunidade remanescente de quilombo de Furnas do Dionísio, Mato Grosso do Sul*. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

GONZÁLEZ, R. S.; NIDO, R. Á.; BORDA, S. L. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medicina de Familia y los Cuidados Integrales de Salud*, v. 13, n. 4, p. 55-60, 2003.

GUIMARÃES, L. A. M. *Atualizações em qualidade de vida no trabalho*. Apostila do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), 2005. [mimeo].

_____. *Saúde mental e trabalho em um segmento do operariado da indústria extrativa de mineração de ferro*. 1992. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1992.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Atualizações em qualidade de vida e trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004a. v. 2, p. 206-217.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Validação brasileira do questionário de avaliação de qualidade de vida profissional (QVP-35): em bancários do ABC paulista. In: JORNADA SUL-RIO-GRANDENSE DE PSIQUIATRIA DINÂMICA. 22.; ENCONTRO IBERO-AMERICANO DE QUALIDADE DE VIDA, 2.; 2004, Porto Alegre-RS. *Anais...* Porto Alegre-RS: Centro de Estudos Luis Guedes, 2004b. no prelo.

GUIMARÃES, L. A. M.; FERREIRA JÚNIOR, M. Condições ligadas ao trabalho. In: FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J. A. B. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 34, p. 303-310.

GUIMARÃES, L. A. M.; SAMPAIO, A. L. P. Modelo teórico esforço-distrés de Marianne Frankenhauser e o conceito de carga de trabalho. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2, p. 85-99.

GUIMARÃES, L. A. M.; SOUZA, J. C. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande-MS: Editora da UCDB, 1999.

HADDAD, M. C. L. *Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem*. Londrina-PR: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, 2002. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2005.

HARRIS, D. *La justificación del estado de bienestar*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1990.

- HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000200011>. Acesso em: 30 out. 2004.
- IAMAMOTO, M. I. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- KARSCH, U. M. S. *Era dos serviços*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- LABOR MARKET INFORMATION. *California occupational guide number 122: Interest area 10*. California, 1998. Disponível em: <<http://www.calmis.ca.gov/file/occguid/SOCWORK.HTM>>. Acesso em: 22 abr. 2006.
- LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.
- LADEIRA, M. B. *A dinâmica do stress no trabalho: um estudo de caso com professores de enfermagem*. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdades de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.
- LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 6, n. 1, p. 79-90, 2003.
- LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000.
- MARTÍN, J. et al. Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, v. 18, n. 2, p. 129-136, mar./abr. 2004.
- MARTINELLI, M. L. *Serviço Social identidade e alienação*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 6, n. 1, p. 59-78, 2003.
- MARTINS, D. A. *Estresse ocupacional e qualidade de vida em trabalhadores de manutenção de aeronaves de uma instituição militar brasileira*. 2005. 223 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.
- MATOS, F. G. de. *Empresa feliz*. 3.ed. São Paulo: Makron Books, 1996.
- MELIÁ, J. L.; PEIRÓ, J. M. La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción S20/23. *Psicologemas*, v. 3, p. 59-74, 1989.
- MENDES, L. de R. O trabalho do motorista de ônibus: reflexões sobre as condições de trabalho no transporte coletivo. In: SAMPAIO, J. dos R. (Org.) *Qualidade de Vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 153-180.
- MESTRINER, M. L. *O estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez, 2001.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004: Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. Brasília, 2005.

MONTANA, P. J.; CHARNOW, B. H. *Administração: um modo fácil de dominar os conceitos básicos*. São Paulo: Saraiva, 2001.

MONTE, P. R. G. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología Científica.com*, 2004. Disponível em: <<http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-pgil.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2006.

MORENO, N. A. *Qualidade de vida no trabalho: uma análise das características da tarefa de profissionais bibliotecários atuantes em bibliotecas universitárias*. 1991. 202 f. Tese (Mestrado em Biblioteconomia) – Escola de Biblioteconomia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1991.

MORESCO, M. da S. M.; STAMOU, S. P. V. O significado do trabalho. *Revista de Divulgação Técnico-Científica do Instituto Catarinense de Pós-Graduação*, v. 2, n. 7, p. 61-69, out./dez. 2004.

MORETTI, S.; TREICHEL, A. Qualidade de vida no trabalho e auto-realização humana. *Leonardo Pós: revista do órgão de divulgação científica e cultura do IPCG*, v. 1, n. 3, p. 73-80, ago./dez. 2003.

MUÑOZ, J. B. Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana del Chile. *Revista Psiquiatria.com*, v. 6, n. 4, 2002.

OLIVEIRA, B. R. G.; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, 2001.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 625-634, 1997.

PEREIRA, R. L.; BERNHARDT, A. A importância da qualidade de vida no trabalho para a empresa do século XXI. *Revista de Divulgação Técnico-Científica do Instituto Catarinense de Pós-Graduação*, v. 2, n. 6, p. 51-55, 2004.

PRÉDES, R. (Coord.). *Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o Estudo do Perfil Profissional*. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2005.

RAICHELIS, R. *Defendendo direitos, radicalizando a democracia: agenda 2006, Serviço Social no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2006.

RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

RODRÍGUEZ, F. et al. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, v. 36, n. 8, p. 442-447, 2005.

RODRÍGUEZ, F. et al. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, v. 36, n. 8, p. 442-447, 2005.

ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza. In: _____. (Orgs.). *Empoderamento e direitos no combate à pobreza*. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002. p. 9-20.

ROSA, J. G.; CALEGARO, M. M. Homens e mulheres: afinal, somos iguais ou diferentes? *Revista de Divulgação Técnico-Científica do Instituto Catarinense de Pós-Graduação*, v. 1, n. 6, p. 77-81, 2004.

RUBIO, J. A. C. et al. Clima laboral en atención primaria: qué hay que mejorar? *Atención Primaria*, v. 32, n. 5, p. 288-295, 2003.

SALABERT, J. R. J. *Calidad de vida laboral en función de percepción de equidad en mandos intermedios de empresas de bienes y servicios*. 2001. Tesis (Maestría en Administración y Dirección de Empresas con especialidad en Negocios Internacionales) – Departamento de Administración de Empresas, Escuela de Negocios, Universidad de las Américas, Puebla, Marzo, 2001.

SAMPAIO, J. dos R.; GOULART, I. B. Qualidade de vida no trabalho; uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. dos R. (Org.) *Qualidade de Vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 19-37.

SÁNCHEZ, S. G. El Absenteismo psíquico. *Formación Médica Continuada*, v. 9, n. 1, p. 41-45, 2002.

SÁNCHEZ, R. H.; VILLA, M. C. Algunos aspectos influyentes en la calidad de vida laboral. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 21, n. 1, p. 1, 2005.

SILVA, M. M. A. *Trabalho médico e o desgaste profissional: pensando um método de investigação*. 2001. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SÖDERFELDT, M.; SÖDERFELDT, B.; WARG, L. Burnout in Social Work. *Social Workers*, v. 40, n. 5, p. 638-646, 1995.

SOUZA, A. A.; RAMIS, P. Relacionamento interpessoal nas organizações. *Revista de Divulgação Técnico-Científica do Instituto Catarinense de Pós-Graduação*, v. 1, n. 4, p. 19-23, 2004.

SPECTOR, E. P. *Psicologia nas organizações*. São Paulo: Saraiva, 2003.

SPOSATI, A. O. et al. *A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise*. São Paulo: Cortez, 1986.

STEPHANINI, I. C. *Qualidade de vida dos profissionais de saúde que trabalham com portadores de HIV no estado do Mato Grosso do Sul/MS*. 2003. 99 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2003.

TOFLER, A. *A terceira onda: morte do industrialismo e o nascimento de uma nova civilização*. Rio de Janeiro: Record, 1980.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. C. The best companies to work in brazil and quality of working life: disjunctions between theory and practise. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 22., 1998, Foz do Iguaçu. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPAD, 1998. p. 55-89.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23-35, 2001.

VIEIRA, A. S.; VALLE, A. S. Qualidade de vida no trabalho dos servidores técnico-administrativos da Universidade Federal de Minas Gerais. In: SAMPAIO, J. dos R. (Org.) *Qualidade de Vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 40-77.

VIEIRA, R. G.; VIEIRA, S. P. A influência do clima organizacional nas empresas e nas pessoas. *Revista de Divulgação Técnico-Científica do Instituto Catarinense de Pós-Graduação*, v. 1, n. 4, p. 31-36, 2004.

WYATT, T. A.; WAH, C. Y. Perceptions of QWL: A study of singaporean employees development. *Research and Practice in Human Resource Management*, v. 9, n. 2, p. 59-76, 2001.

YASBEK, M. C. *Classes subalternas e assistência social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

APÊNDICE A
Declaração para pesquisa

DECLARAÇÃO

Eu, Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes, mestranda do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)/MS, declaro estar ciente da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, bem como da Resolução CFP nº 002/87 de 15 de Agosto de 1987 do Conselho Federal de Psicologia - Código de Ética Profissional do Psicólogo - a respeito da Ética para com estudos e pesquisas envolvendo seres humanos.

Campo Grande, 19 de maio de 2005.

.....
Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes

APÊNDICE B
Declaração do Comitê de Ética

DECLARAÇÃO

Campo Grande, 01 de junho de 2006.

Declaramos, para fins de direito, que o projeto: “Qualidade de vida profissional em Assistentes Sociais da Cidade de Campo Grande”, de responsabilidade Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes sob a orientação da Profª. Drª. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães protocolado sob o nº. 082/05 , após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco-CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

.....
Regina Stela Andreoli de Almeida
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICE C

Solicitação de Consentimento ao CRESS 21º Região – MS

Projeto: QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL EM ASSISTENTES SOCIAIS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE-MS.

Pesquisador: Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes – CRESS 1818- 21ºR/MS.

Orientadora: Profª. Drª. Liliana A M Guimarães (UCDB/MS).

Solicitamos a este Conselho a relação das assistentes sociais do município de campo Grande-MS, com endereço residencial e comercial para que possa ser efetivada uma pesquisa que será realizada pelo pesquisador acima citado, com os profissionais inscritos no CRESS-MS.

Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa da Comissão de Ética da Universidade Católica Dom Bosco-UCDB, a ser desenvolvido junto ao mestrado de Psicologia da UCDB, sob a orientação da Profª Drª Liliana A M Guimarães

O objetivo geral dessa pesquisa é avaliar a qualidade de vida profissional nas Assistentes Sociais da cidade de Campo Grande/MS.

Para realizar a dissertação será feita aplicação de instrumento de estudo científico neste órgão, e caso seja possível solicitamos a lista das assistentes sociais com endereço comercial por ordem de instituição e a residencial por bairro.

Essa atividade não é obrigatória e para garantir uma participação relevante da categoria, será feita uma sensibilização através do e-mail do CRESS-21º do jornal informativo deste Conselho. A pesquisadora se compromete em fornecer dados do resultado da pesquisa para este Conselho.

Campo Grande-MS, 15 de julho de 2005.

Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes – telefone (67) 3418459; e-mail vazvaez@terra.com.br.

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL EM ASSISTENTES SOCIAIS DA CIDADE DE CAMPO GRANDE-MS.

Pesquisador: Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes – CRESS 1818- 21ºR/MS.

Orientadora: Profª. Drª. Liliana A M Guimarães (UCDB/MS).

Concordo em participar como voluntário (a) de uma pesquisa que está sendo realizada pelo pesquisador acima citado, com os profissionais inscritos no CRESS/MS o qual tem conhecimento e autorizou a realização da mesma.

Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa para fins de avaliação da Comissão de Ética da Universidade Católica Dom Bosco- UCDB, a ser desenvolvido junto ao mestrado de Psicologia da UCDB, sob a orientação da Profª Drª Liliana A M Guimarães.

O objetivo geral dessa pesquisa é avaliar a qualidade de vida profissional nos Assistentes Sociais da cidade de Campo Grande/MS.

Ao decidir aceitar a participação deste estudo, fui esclarecido(a) e estou ciente de que:

1. Essa atividade não é obrigatória.
2. Serei entrevistado (a) com duração aproximada de 40 minutos e responderei as questões relacionadas à minha vida no trabalho, nos últimos 6 meses.
3. Caso não me sinta à vontade com alguma questão, estou ciente de que posso deixar de respondê-la, sem que isso implique em qualquer prejuízo.
4. Sei que as informações que fornecerei poderão mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de meu nome ser identificado assegurando-se completo anonimato.
5. Devido ao seu caráter confidencial, essas informações serão utilizadas apenas para objetivos de estudo.
6. Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo.
7. Minha participação é inteiramente voluntária e depende exclusivamente da minha vontade em colaborar com a pesquisa.
8. Estou livre para desistir de participar em qualquer momento da entrevista.
9. Aceito participar voluntariamente dessa atividade, não tenho sofrido nenhuma forma de pressão para tanto.
10. Caso necessite entrar em contato com a pesquisadora, estou ciente que posso encontrá-la no telefone e ou e-mail abaixo descritos.

Campo Grande, de de 2005.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador:

Assinatura do orientador

Comitê de Ética em Pesquisa UCDB – telefone (67) 312-3753; www.ucdb.com.br.

Elaine Cristina Vaz Vaez Gomes – telefone (67) 3418459; e-mail vazvaez@terra.com.br.

<p>QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL – QVP-35</p> <p>DADOS COMPLEMENTARES</p>
--

N. Nome: Idade:

Sexo: masculino feminino

Estado civil: solteiro separado casado amasiado viúvo

Tem filhos: sim não

Número de filhos:

Escolaridade/aperfeiçoamento:

especialização mestrado doutorado pós-doutorado

Em que área?

Profissão: Ano de formação:

Tempo de serviço (meses-ano): n. CRESS:

Você realiza no seu trabalho alguma atividade de tipo administrativo: sim não

Especifique o tipo de atividade que você realiza:

Você exerce cargo de chefia: sim não

Especifique:

Jornada de trabalho:

manhã tarde manhã e tarde

noite madrugada em horários alternados

Carga horária (neste emprego):

20 horas 30 horas 40 horas

Dedicação: exclusiva plantão

Empresa onde trabalha:

Tempo de trabalho nesta Empresa:

Vínculo empregatício:

Número de pessoas que atende diariamente (neste emprego):

Tempo médio que gasta para atender cada pessoas (minutos ou horas):

Você trabalha em alguma outra instituição: sim não

Comentários:

.....

.....

.....

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL – QVP-35
QUESTÕES

Original, Cabezas-Peña (1999) – Validação brasileira, Guimarães *et al.* (2004b)

Assinale com um X o valor de **1 (nada)** a **10 (muito)** que melhor indique a **ocorrência relacionada à sua vida no trabalho nos últimos 6 meses**.

Questões	Valores									
1. Interrupções incômodas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Consequências negativas para a saúde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Falta de tempo para a vida pessoal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Desconforto físico no trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Conflitos com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Trabalho diversificado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Possibilidade de expressar o que penso e preciso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Apoio de meus superiores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Possibilidade de que minhas propostas sejam ouvidas e aplicadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Satisfação com o salário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Possibilidade de ser criativo(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. A empresa se preocupa em melhorar minha qualidade de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Reconhecimento de meu esforço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Recebo informações sobre os resultados do meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Possibilidade de promoção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Quantidade de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Estresse (esforço emocional)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Rapidez e “afobação”	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Pressão recebida para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Pressão recebida para manter a qualidade do trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Carga de responsabilidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. O que tenho que fazer fica claro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Autonomia ou liberdade de decisão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Apoio de minha família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Apoio de meus colegas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Apoio de meus subordinados (só para coordenadores)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Vontade de ser criativo (a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Orgulho do trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Motivação (vontade de melhorar no trabalho)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Satisfação com o trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Estou capacitado (a) para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Exige-se capacitação para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Desligo-me ao final da jornada de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Percepção sobre a qualidade de vida no trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10