

IVANÍ NADIR VIEIRA DE CASTRO

**AFETIVIDADE NAS RELAÇÕES DE TRABALHO EM UM  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL DE  
PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito à obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr. Bettina Steren dos Santos

Porto Alegre

2009

IVANÍ NADIR VIEIRA DE CASTRO

**AFETIVIDADE NAS RELAÇÕES DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE  
DA REDE MUNICIPAL DE  
PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Bettina Steren dos Santos – PUCRS

---

Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus – PUCRS

---

Prof. Dr. Pedro Gus – UFRGS

---

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

<p>C355a Castro, Ivaní Nadir Vieira de Afetividade nas relações de trabalho em um serviço de saúde da rede municipal de Porto Alegre / Ivaní Nadir Vieira de Castro. – Porto Alegre, 2008. 119 f.</p> <p>Diss. (Mestrado) – Faculdade de Educação, Pós-Graduação em Educação, PUCRS.</p> <p>Orientador: Prof.Dra.Bettina Steren dos Santos.</p> <p>1. Educação Continuada. 2. Saúde Pública. 3. Afetividade. 4. Relações Interpessoais. 5. Recursos Humanos em Saúde. I. Título.</p> <p>CDD 658.382</p>
---

**Bibliotecário Responsável**  
Ginamara Lima Jacques Pinto  
CRB 10/1204

## AGRADECIMENTOS

A minha pequena Marina, por acreditar e confiar; igualmente, a meu esposo Carlos;

Aos meus familiares diretos e indiretos, pelo apoio humano e espiritual;

A professora Dra. Bettina Steren dos Santos pela orientação zelosa e afetiva;

Ao Prof. Dr. Hélio Radtke, pelo apoio e condução na técnica e análise estatística;

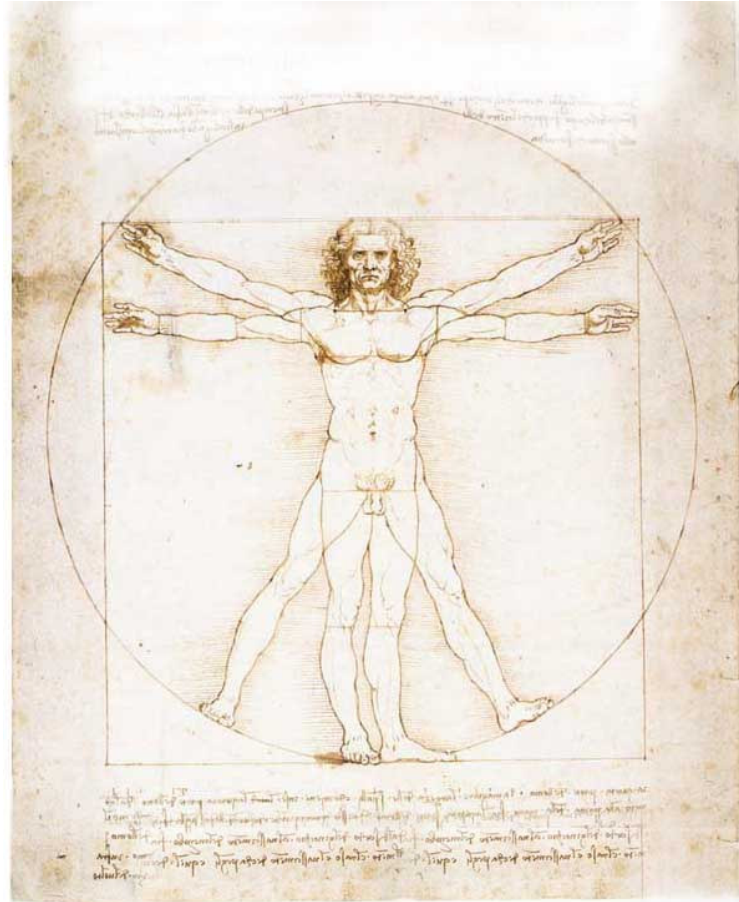
Ao historiador Adriano Cordeiro de Oliveira, pelo levantamento histórico da instituição em foco;

Aos colegas, em especial, à Mariana Lages pela parceria e amizade incondicionais.

Aos servidores do Centro de Saúde Modelo, pela disponibilidade, carinho e afeto.

Meu muito obrigada!





"Se um só ponto situado em um círculo pode ser origem de infinitas linhas, e se o limite das infinitas linhas que divergem de tal ponto constitui infinitos pontos que, somados, voltam a ser um, concluiremos que a parte é igual ao todo."

*Leonardo da Vinci*

(Leonardo da Vinci, 1452-1518)

## RESUMO

Estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, realizado no Centro de Saúde Modelo, serviço de saúde da rede municipal de Porto Alegre, com vistas a identificar o significado da afetividade e sua influência nas relações de trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial de profissionais da área da saúde pública, bem como visa analisar a atuação de profissionais vinculados a essa área de atuação, focalizando aspectos baseados na afetividade. Nesse estudo foram realizadas a elaboração e validação do instrumento de Percepção da afetividade nas relações de trabalho na área da saúde, utilizando questionário composto por 30 itens e aplicado em uma amostra composta por 70 profissionais. Para a validação foi utilizada a Análise Fatorial, que confirmou a estrutura tri-dimensional do estudo: afetiva, organizacional e relacional. Com os escores fatoriais, em face dos três componentes abordados, os itens foram agrupados em três matrizes que refletem aspectos de afetividade no ambiente organizacional. A partir dos modelos estabelecidos, foram examinadas as relações existentes entre esses padrões e a performance dos indivíduos no ambiente de trabalho com foco na afetividade e na educação, em três bases: cuidado, valorização e significação, sob a ótica da corrente teórica humanista/fenomenológica representada por Carl Rogers.

**Palavras-chave:** Afetividade. Relações interpessoais. Trabalho em saúde. Educação continuada. Saúde pública.

## ABSTRACT

A descriptive exploratory study, with a quantitative-qualitative approach, which took place in a Centro de Saúde Modelo, municipal public health service in the city of Porto Alegre, with the objective of identifying the meaning of affectivity and its influence on the multiprofessional, interdisciplinary and intersectorial work relations of public-working health professionals, as well as analyzing the actions of the professionals linked to this working area. In the present study, the Perception of Affectivity in the work relations instrument was used and validated, using a questionnaire made of 30 items and applied to a sample composed of 70 professionals. To its validation, the factorial analysis was employed, which confirmed the tri-dimensional structure of the study: affective, organizational and relational. With the factorial scores, in the face of the three components analyzed, the items were grouped into three matrices which reflect the aspect of affectivity on the organizational environment. From the established models, the existing relations amongst these patterns and the performance of the individuals in the working environment were analyzed, focusing on affectivity on three basis: care, valorization and meaning, under the optics of the humanist/phenomenologic theoretic current represented by Carl Rogers.

**Keywords:** Affectivity. Interpersonal relationship. Health working. Continuing education. Public health.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Estruturas do sistema límbico. Imagem neuroanatômica preparada pelos autores .....	24
Figura 2 - Áreas neuronais responsáveis pela emoção e suas manifestações .....	27
Figura 3 - Documento de inauguração do Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008.....	57
Figura 4 - 1ª Turma de educadoras sanitárias do RS.....	58
Figura 5 - Plantas originais pavimentos térreo e superior .....	59
Figura 6 - Plantas originais pavimentos térreo e superior .....	60
Figura 7 - Centro de Saúde Modelo (década de 50) .....	63
Figura 8 - Centro de Saúde Modelo (década de 90) .....	65
Figura 9 - Centro de Saúde Modelo - 2008 - Funcionários .....	66

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Estruturas que compõem o circuito de Papez.....	24
Quadro 2 - Estruturas relacionadas às emoções não pertencentes, originariamente, ao circuito de Papez.....	25
Quadro 3 - A emoção: comparação das teorias.....	28
Quadro 4 - Distribuição das freqüências de respostas absolutas e relativas, obtidas através da aplicação do instrumento percepção da afetividade nas relações de trabalho na área da saúde.....	80
Quadro 5 - Teste KMO e de esfericidade de Bartlett.....	81
Quadro 6 - Graus de ajuste à análise fatorial através do teste KMO.....	81
Quadro 7 - Análise de variância do instrumento.....	82
Quadro 8 - Escores numéricos referentes à carga fatorial de cada variável do instrumento. Matriz de rotação Varimax.....	84
Quadro 9 - Distribuição das cargas fatoriais referentes à obtenção do primeiro fator, componente cuidado.....	88
Quadro 10 - Distribuição das cargas fatoriais referentes à obtenção do segundo fator, componente valorização.....	92
Quadro 11 - Distribuição das cargas fatoriais referentes à obtenção do terceiro fator, componente significação.....	97

**LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Distribuição da população estudada, segundo o gênero.....	76
Gráfico 2 - Distribuição da população estudada, segundo a faixa etária.....	76
Gráfico 3 - Distribuição da população estudada, quanto à formação profissional .....	77
Gráfico 4 - Distribuição da população estudada, quanto ao tempo de serviço na empresa .....	78
Gráfico 5 - Índices de concordância por item do questionário.....	87

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	15
2.1 AFETIVIDADE.....	15
2.2 TRABALHO NA SAÚDE E RELAÇÕES INTERPESSOAIS .....	35
2.3 FORMAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE .....	47
<b>3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b> .....	54
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	54
3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO E SUJEITOS.....	55
3.3 PROCEDIMENTO DE ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO .....	67
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS .....	71
3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	72
<b>4 DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	75
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	75
4.2 A IDENTIFICAÇÃO DOS TRÊS COMPONENTES DE PERCEPÇÃO DA AFETIVIDADE NAS RELAÇÕES DE TRABALHO – ÁREA DA SAÚDE.....	79
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	102
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	107
<b>APÊNDICES</b> .....	113
APÊNDICE A - Termo de consentimento informado - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre .....	114
APÊNDICE B - Termo de consentimento informado - Participantes .....	115
APÊNDICE C - Instrumento de Pesquisa - Questionário .....	116

## 1 INTRODUÇÃO

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”*

(Fernando Pessoa, 1933).

A presente Dissertação focaliza a afetividade nas relações interpessoais no trabalho em saúde pública. Tratar de temas como sentimento afetivo, percepção organizacional e relações interpessoais no trabalho exigem a busca do entendimento das relações existentes entre saúde e educação, e o estabelecimento de análises em torno dos fatores que evidenciam a manifestação da afetividade no trabalho.

Tendo em vista a complexidade do tema e considerando ainda, a ausência de pesquisas anteriores que pudessem servir de balizadoras, na área da saúde, esse estudo busca delimitar os fenômenos abordados, através do seguinte problema de pesquisa:

Como a afetividade manifesta-se nas relações interpessoais no trabalho em uma instituição de saúde pública da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/PMPA), o qual envolve práticas multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais? E igualmente, quais os valores que estão subjacentes à prática da afetividade nas relações de trabalho, e sua relação com a educação?

Atualmente, exerço cargo de gestão junto a um Serviço de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - foco de pesquisa desse trabalho - porém, sem distanciar-me das práticas educadoras. Seguindo os moldes da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza diversos campos como área de estágios, em todos os níveis de escolaridade. Dessa forma, profissionais ligados aos serviços de referência, atuam como supervisores locais de estágios articulando ensino e pesquisa, direcionando o olhar da assistência através da realidade vivenciada.

Sem dúvida, essa é uma nova forma de visualizar o profissional enquanto educador na área da saúde e promotor do conhecimento técnico-científico,



envolvendo-se no processo de aprendizagem como um todo, problematizando as questões que surgem, desafiando o grupo a crescer na compreensão de seus próprios conflitos, através da ação educativa na sua prática diária.

Teorizar a prática não significa elaborar somente a síntese das idéias que dela nascem, mas, sobretudo fazer uma síntese de emoções e sentimentos, e construir o conhecimento de nossas histórias de vida. Aquele que tem uma prática e constrói a partir dela a teoria, percebe como sua história vai-se constituindo como resultado das inquietações que nascem através do limite dessa superação.

A Educação em Saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções tanto das áreas da Educação quanto da Saúde, as quais espelham diferentes compreensões da realidade. Formalmente, estabeleceu-se como área específica na segunda década desse século, nos Estados Unidos. No Brasil, instituiu-se no âmbito da Saúde Pública, orientando novas práticas, e só mais tarde constituiu-se em área de ensino e pesquisa.

Verifica-se que dentre várias, duas dimensões destacam-se e persistem atualmente. Uma, primeira, envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la.

A outra tendência, caracterizada como promoção da saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar/mal-estar são construídos socialmente.

Dessa forma, ao conceito de Educação em Saúde se justapõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de todos os indivíduos no contexto de sua vida cotidiana, e não apenas dos indivíduos sob o risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito ampliado de saúde, considerado como um estado dinâmico de busca de bem-estar, integrando os aspectos físico e mental, ambiental (identificação de fatores influenciadores do meio), pessoal/emocional/afetivo (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza). Entretanto, a par dessa noção ampliada de saúde, observando-se a prática, verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas e que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas (SCHAL et al., 2000).

Faz-se necessário pensar a educação e a saúde não como uma educação sanitizada, pautada por uma visão reducionista do indivíduo e de suas relações. É preciso recuperar as dimensões da educação e da saúde promovendo a interface entre esses conceitos e as práticas profissionais em saúde, percebendo-os como campos articulados, na busca contínua da integralidade das ações.

Destaca-se, outrossim, que o conceito de educação e promoção em saúde envolve as relações interpessoais, seja entre profissional/profissional ou entre profissional/usuário dos serviços de saúde.

A escolha do tema desta pesquisa - a afetividade nas relações de trabalho na área da saúde - representa uma tentativa de buscar respostas a inúmeras inquietações de ordem pessoal e que acompanham a trajetória do profissional da saúde. A especificidade do trabalho em saúde, no qual o profissional defronta-se constantemente com o processo de adoecimento; os conflitos de ordem relacional; a diversidade de categorias que compõem a equipe multiprofissional; o (des)entendimento da dimensão subjetiva e da Integralidade, decorrente do processo de Cuidar e da relação profissional/paciente/familiar; o sofrimento psíquico oriundo da precariedade das relações de trabalho, tanto em nível organizacional, quanto individual ou grupal.

Esse desejo, exposto de forma tão simplificada, traduz um pouco da singularidade que, salutarmente, faz parte da formação de nossas trajetórias enquanto indivíduos e profissionais. Preocupa-me a forma de traduzir a afetividade no ambiente profissional da área de saúde, de modo que relações de trabalho saudáveis transformem-se em possibilidades autênticas e ponderadas sob a ótica científica, visando à promoção da saúde individual e coletiva.

Possuo a expectativa de um fazer em saúde que reflita um compromisso com a educação, promoção e revitalização da saúde em geral, com a reconstrução do sentido de Humanização, com o estímulo à solidariedade e sensibilização frente à relação entre profissionais e entre profissional e usuário dos serviços de saúde. Compartilho da idéia de que o profissional de saúde é capaz de estabelecer, no ambiente de trabalho, relações saudáveis de participação e interação, cujo objetivo é o envolvimento de todos os profissionais em ações dirigidas para a qualidade e defesa da vida impulsionando, dessa forma, um novo agir em saúde.

Quando falo das expectativas em relação a esse tema, destaco meu trabalho como enfermeira, pertencente a uma equipe multiprofissional e como elemento

importante dessa interface, compreendida entre os aspectos norteadores da profissão e aqueles que constituem o processo de trabalho em saúde pública, como um todo.

Considero que o grande desafio na área da saúde é entender que o afeto é parte de uma tarefa apaixonante e que cada profissional tem o compromisso de desenvolver essa dimensão, numa atuação mais ampla, balizada por critérios técnicos e cognitivos, mas centrada na afetividade, o que remete para uma interlocução com a área da educação, pensando uma formação continuada efetiva no que se refere aos profissionais em campo de ação na saúde.

Partindo-se do pressuposto de que o ambiente de trabalho é um espaço fundamental para os relacionamentos e que, através desse, desenvolvem-se várias modalidades de interação, penso que estudar as relações de trabalho em saúde, seus sentidos e sua inter-relação com a afetividade, pode auxiliar na construção do sentido do trabalho e na criação de um ambiente favorável, em que os relacionamentos fluam de forma natural e espontânea, por intermédio do diálogo e do comprometimento.

Dessa forma procuro, igualmente, visualizar o cenário do trabalho em saúde como ferramenta para o entendimento dos processos relacionais, no qual se encontra inserido o aspecto afetivo, sem dúvida.

Nesse sentido, o ganho decorrente da análise dessa pesquisa é compartilhado entre todos os envolvidos, não somente a ciência e a instituição, mas o próprio servidor da Unidade de Saúde em foco, protagonista desta história.

Além disso, essa pesquisa considerou a necessidade, não de se analisar os conceitos sobre afetividade e relações de trabalho em saúde de forma segmentada e compartimentada, mas de buscar compreendê-los e promover a interface necessária a esse entendimento. Dessa forma, procurou-se explorá-los e promovê-los como campos complementares e, portanto, importantes para a organização e o servidor.

Procurou-se, igualmente, evidenciar valores sob o enfoque do trabalho, de um indivíduo com novas necessidades e que visualiza na instituição uma possibilidade de convivência e resgate de sentimentos de pertencimento, e não somente, autonomia financeira e estabilidade.

Compreender, através de que forma os servidores experienciam a afetividade em seu campo de trabalho, é um dos objetivos dessa pesquisa. Torna-se

relevante, frente às características da instituição abordada e por tratar-se de organização com fins públicos.

Para que essas práticas não percam o sentido, pelas próprias características do trabalho em saúde derivadas do tecnicismo e da manutenção do controle sobre as pessoas, essa pesquisa pode, a partir dos seus resultados, fomentar o desenvolvimento de políticas e práticas de gestão baseadas nas relações existentes entre afetividade, trabalho em saúde e educação, e apontar possibilidades para obtenção de maior equilíbrio nas ações adotadas.

Por fim, esse estudo procura, a partir das suas conclusões, abrir novas frentes de pesquisa nos campos da afetividade, das relações interpessoais em saúde e da educação, permitindo, possivelmente, outros estudos com outros campos complementares.

Creio que essa pesquisa poderá auxiliar no enfrentamento desse desafio e, para tanto, formulo os seguintes objetivos:

- a) Compreender o significado da afetividade e sua influência nas relações de trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial de profissionais da área da saúde pública;
- b) Analisar a atuação de profissionais da área da saúde pública, focalizando aspectos baseados na afetividade;
- c) Elaborar e validar instrumento de coleta e mensuração de dados referente à afetividade e sua influência nas relações de trabalho em saúde.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

*“Somos donos de nossos atos, mas não somos donos de nossos sentimentos; somos culpados pelo que fazemos, mas não somos culpados pelo que sentimos; podemos prometer atos, não podemos prometer sentimentos... Atos são pássaros engaiolados, sentimentos são pássaros em voo”*

(Rubens Alves, 2005, p. 21).

A construção do objeto de estudo, explicitada neste capítulo, está organizada em três eixos: afetividade, relações interpessoais no trabalho em saúde e formação continuada na área da saúde.

### 2.1 AFETIVIDADE

A compreensão do ser humano, em sua essência, transita pelo entendimento das suas emoções, sentimentos e afetos. A interação do indivíduo com o meio, construindo sua história, bem como sua herança biológica, é o que o diferencia de outros seres.

A análise conceitual referente ao afeto, emoção e sentimento direciona para sentidos diferentes. O afeto é um estado subjetivo, agradável ou desagradável, podendo sua expressão ser pontual ou massiva. Sua origem pode ser de ordem interna ou externa - desencadeado por um estímulo externo, sendo o prazer e a dor os originários do processo afetivo.

Atua como avaliador frente às situações – avaliação, essa, positiva ou negativa, de acordo com a nossa percepção, planejamento e ações, respondendo às reações do meio. Da mesma forma, pode ser consciente ou inconsciente, de acordo com a intensidade relacionada ao objeto de sentimento.

O entendimento da relação entre processo cognitivo e processo afetivo, há longo tempo encontra-se presente em produções da área da educação que analisam a função imprescindível da afetividade no processo de desenvolvimento da personalidade como, por exemplo, em Mosquera (1976):

A união entre a vida emocional e a intelectual é algo sumamente importante e chamaríamos a atenção de que o ser humano age como um todo. Hoje temos maior consistência desta afirmativa, porque somos conscientes dessa unidade e complexidade, que conformam o ser humano. A afetividade está organicamente vinculada ao processo de conhecimento, orientação e atuação do ser humano, no complexo meio social que o rodeia.

Cognição e a afetividade convivem dinamicamente no psiquismo, possuindo dimensões de características particulares, mas que certamente têm correspondência psicológica associativa. Nesse sentido, procura-se imaginar uma realidade em que se olhe o ser humano como sendo o produto dinâmico de processos intelectuais e também afetivos. Essas duas estruturas – afetividade e cognição – apresentam funcionamento dinâmico e construtivo, atuando conjuntamente em um processo psicológico único. Dessa forma, em cada experiência, o ser humano é cognitivoafetivo ao mesmo tempo, porém, com proporções variáveis de “mais afetivo” ou “mais cognitivo” ou ambas somadas. Ou seja, inseparáveis (PINTO, 2008, p. 78).

Sendo assim, pode-se afirmar que existam aspectos multifatoriais constitutivos da natureza psicológica do ser humano, como por exemplo, biofisiológica, afetiva, cognitiva e sociocultural simultaneamente, estando em constante relação e correlação entre si mesmas. Portanto, nessa mútua influência, todos esses aspectos possuem o mesmo grau de importância e qualquer alteração afetará a dinâmica do sistema como um todo. O indivíduo não existe em partes nem é uma mera junção de subsistemas, mas a incorporação de todos os sistemas em um movimento dinâmico.

Podemos citar alguns exemplos da presença desse caráter multidimensional referentes aos parâmetros reguladores dos diferentes sistemas orgânicos, tais como, o sistema biológico poderia ter como regulador os neurotransmissores, definidos como as substâncias que facilitam a comunicação entre as células nervosas, delineando as respostas ao nível cerebral. No sistema sociocultural haveria a linguagem como um mediador entre o ser humano e a sociedade. Com relação ao cognitivo, os esquemas mentais e o meio seriam os seus maiores representantes, coordenado a capacidade de conhecimento. Para a afetividade, os seus reguladores (sentimentos, afetos e emoções) desempenhariam a função de interferirem íntima e dinamicamente no estado de ânimo do ser humano. Considerando todos esses elementos, podemos refletir acerca da complexidade dessa multidimensionalidade

do ser humano, que compreende um conjunto, complexo e dinâmico, de características particulares voltadas à valoração que se dá a uma pessoa, objeto ou experiência particular, afetando o funcionamento psíquico do ser humano.

[...] ouvimos freqüentemente na vida cotidiana: “não aja com o coração”, “coloque a cabeça para funcionar”, “seja mais racional”. Nessa perspectiva, parece-nos que para uma pessoa tomar decisões corretas é necessário que ela se desvincule dos próprios sentimentos e emoções (ARANTES, 2002, p. 161).

Na linguagem coloquial e diária os indivíduos tendem a utilizar termos como emoção, sentimento e afetividade como sinônimos. Como diferenciação frente à nomenclatura, podemos adotar as características escolhidas por Moreno (1998, p. 15):

Assim, por exemplo, partindo do termo “afetividade”, se descobrirá que se trata de uma ‘propensão aos afetos ou “emoções”, definidos como “qualquer das paixões de ânimo”, entre as quais podem-se citar “o amor, o ódio, a ira etc.”. Ele nos conduz diretamente à palavra “emoção”, que é definida como ‘estado afetivo que transforma de um modo momentâneo mas brusco, à estrutura psicofísica do indivíduo[...] o choque emotivo brusco e o estado como forma de sentimento [...] o que nos evoca diretamente a este último termo, definido pelo mesmo dicionário como “estado afetivo de ânimo”.

Nesse ínterim, faz-se importante ressaltar a compreensão de que a vida afetiva – emoções e sentimentos – compõe o homem e constitui um aspecto de fundamental importância na vida psíquica. As emoções e os sentimentos atuam como alimentos de nosso psiquismo e estão presentes em todas as manifestações de nossa vida, orientando-nos e nos ajudando nas decisões.

A afetividade constitui-se em uma relação recíproca de dois domínios: orgânico e social. O meio social é uma circunstância necessária para a modelagem do indivíduo, sem ele a civilização não existiria, pois foi graças à agregação dos grupos que a humanidade pôde construir os seus valores, os seus papéis, a própria sociedade.

Essa relação é passível de modificação, ao longo do desenvolvimento humano, pois se configura pelo caráter dinâmico das interações dos seres humanos.

Para Wallon (1995, p. 160), a relação de reciprocidade existente entre o indivíduo e o meio, é o que diferencia o ser humano da visão determinista de que a herança biológica é a única lei responsável pelo seu destino. Partindo-se desse

entendimento, a transformação ocorre mediante as circunstâncias sociais apresentadas, no qual a escolha individual também se encontra presente.

De modo semelhante, Damásio (2004, p. 144) retoma a idéia do todo de Espinosa (1632-1677) e a sua proposta de que corpo e mente são atributos da mesma substância. Espinosa possuía a definição de ser humano não conceituado em categorias fixas, mas definido pela capacidade de ser afetado. A articulação dos fenômenos afetivos bem como o entendimento de suas partes é primaz para apreciar o todo constitutivo do processo de afetividade. Essencialmente, o elo entre esses fatores é o desejo acompanhado da alegria, a capacidade individual de amar e de nos permitirmos ser afetados, o esforço de perseverarmos na busca de nosso próprio ser. De modo que, nessa ótica, torna-se impossível a separação corpo/mente e a fragmentação das dimensões da realidade, como o cartesianismo preconizava.

Espinosa considera de vital importância o ser afetado, porque identifica a modificação da substância e os próprios processos evolutivos, caracterizados pela adaptação contínua e construtiva, no sentido de buscar uma harmonização entre o agir e o ser. Considera-se, portanto, a maior contribuição da obra de Espinosa a indivisibilidade mente/corpo e seu paradigma da complexidade – se fazemos parte de uma substância única, somos criadores de realidade, autores de nosso destino. O produto dessa relação é o conhecimento em interface com todas as dimensões do ser humano, gerador de energia e promotor de autoconstrução e autoconhecimento.

Através da influência do meio, as manifestações de base orgânica diferenciam-se, transformando-se e direcionando-se para o início do período emocional. Neste momento, ocorrem relações simbióticas com o meio social, no sentido de intensificar as relações interpessoais por meio da emoção.

Segundo Mosquera e Stobäus (2006, p. 130):

A afetividade, expressada pelos sentimentos, reflete as relações das pessoas, e é essencial para a atividade vital no mundo circundante. Pelas modificações dos sentimentos e sua expressão comportamental, podemos analisar a mudança de atitude do ser humano frente às circunstâncias mutáveis ou estáticas de sua vida, em determinados contextos de tempo e espaço. Por outro lado, a vida afetiva nos propicia pistas para conhecer o tipo de personalidade que desenvolveu e de educação que a pessoa recebeu, em sua existência.

Há impasses teóricos e práticos, gerados por teorias que vêm estabelecendo áreas estanques no desenvolvimento do conhecimento humano. Enquanto o ser



humano for trabalhado em compartimentos, sem a visão do todo, enquanto se contemplar o mundo sob óticas segmentadas haverá bloqueios no entendimento, no conhecimento e na valorização das relações humanas.

Essa consideração leva-nos a refletir que o conhecimento e a afetividade necessitam de inovação em seus processos e, acima de tudo, são imperiosas a renovação do entendimento de seus conceitos e a ampliação de seus espaços.

Soria (1997) pondera que a intensidade com que as pessoas experimentam suas emoções possui relação com a construção da intensidade do afeto, considerando as diferenças individuais. Emoções positivas tendem a ser experienciadas da mesma maneira que as emoções negativas, assim como a frequência e a própria intensidade do estímulo que as suscitaram.

Da mesma forma, a autora proporciona uma revisão conceitual referente à construção da intensidade afetiva, a saber:

Explicações baseadas na teoria da regulação sensorial: os principais mecanismos identificados são a regulação da estimulação sensorial, a atividade comportamental e as respostas emocionais;

Explicações psicobiológicas: fundamentadas no estágio das diferenças hormonais e na atividade de determinados neurotransmissores, assim como em conceitos de resistência do sistema nervoso;

Explicações sociais: fruto do impacto diferencial das pressões sociais que exercem um controle sobre as expressões das respostas emocionais;

Explicações baseadas no processamento cognitivo: relacionadas com determinadas operações cognitivas que aparecem durante a exposição a estímulos emocionais e que introduzem obliquidades na avaliação desses.

Essas explicações relacionadas ao processamento cognitivo são corroboradas por Ramos (2003, p. 247) que, na literatura nacional menciona fundamentos dessa natureza - caráter cognitivo - e relaciona aspectos que influenciam na construção do afeto: “na vida social, cada ação individual reflete a influência de um background específico. Todas as funções psicológicas variam em função deste background”.

Nessa perspectiva, Rogers, em 1951, já relatava esboços teóricos de princípios e explicações referentes aos sentimentos positivos e negativos, caracterizados por ele como “eu oculto” ou “eu não convencional”. A evidência mais

importante constatada por Rogers, nesse sentido, não foi a de que o indivíduo, em um ambiente em que não pesem críticas, aprovações e orientações, seja capaz de demonstrar reconhecimento e expressão do seu “eu oculto”. Mas a constatação de que o indivíduo, reconhecendo esses aspectos obscuros do seu eu, passa à descoberta de aspectos positivos, geradores de características saudáveis e maduras. Sem dúvida, através desse enunciado, o evidenciado por Soria nos quatro aspectos anteriormente abordados, traduz os sentimentos, tanto positivos quanto negativos, presentes nas pessoas, bem como o reconhecimento e expressão desses de forma saudável e construtiva.

Mosquera e Stobäus (2006, p. 128) explicam que o processo da afetividade manifesta-se por meio das emoções e dos sentimentos. Enfatizam que alguns domínios do conhecimento privilegiaram esse enfoque na compreensão do ser humano, atribuindo à Fenomenologia, ao Existencialismo, à Psicologia Humanista e à Neuropsicologia que sentimento e afeição ganharam novas contribuições, intimamente ligadas ao todo da personalidade.

No que diz respeito à emoção, Ramirez (2000, p. 55) coloca que tem uma especial importância na Afetividade, por tratar-se de um estado afetivo particularmente intenso, em resposta a um estímulo de alguma maneira extraordinário. A Emoção influi na percepção, no aprendizado e na execução.

Dentro do princípio dialético, Wallon (1963, p. 63) identifica a relação entre a inteligência e uma das manifestações da afetividade – a emoção. A relação que elas mantêm é de caráter dialético, pois, se, por um lado, não existe nada no pensamento que não tenha surgido das primeiras sensibilidades, por outro lado, a luz da razão dá às sensibilidades um novo conteúdo.

Para Wallon (1963, p. 65), concebê-las como elementos estanques é incorrer no erro antigo da separação corpo e alma, pois afetividade e emoção desencadeiam ações e reações mútuas que mostram como vãs as distinções de espécies que os diferentes sistemas filosóficos fazem entre matéria e pensamento, existência e inteligência, corpo e espírito.

Sendo assim, o despertar das emoções é regido por uma grande variedade de padrões estimulatórios inatos, aprendidos e sociais. Wallon (1995) define a emoção como forma de exteriorização da afetividade, em um processo evolutivo sob o impacto das condições sociais.

As emoções, portanto, atuam como qualificações positivas ou negativas, atribuindo significados à existência dos indivíduos. Alguns autores citados por Rodrigues (2004, p. 71) categorizam as emoções em cinco itens: emoções primárias – alegria, cólera, medo e tristeza; emoções ligadas à estimulação sensorial – dor, náusea, aversão e prazer; emoções referentes à auto-estima – vergonha, orgulho, culpa e remorso; emoções referentes a outras pessoas – amor, ódio, ciúmes, inveja e piedade; emoções contemplativas.

Damásio (2004, p. 89) chama a atenção para a habitualidade da utilização do termo *emoção* que leva a incluir a noção de sentimento:

Na tentativa de compreender a cadeia complexa de acontecimentos que começa na emoção e termina no sentimento, separar a parte do processo que se torna pública da que sempre se mantém privada ajuda a clarificar as idéias. À parte pública do processo chamo **emoção** e à parte privada **sentimento**.

Segundo o autor, as emoções são ações ou movimentos, que ocorrem no rosto, na voz ou em comportamentos específicos e alguns deles podem ser imperceptíveis. Podem ser utilizados mecanismos externos (procedimentos científicos) para estudar o padrão fisiológico do nível emocional.

Damásio (1996) também esclarece que há diferenças entre as emoções que experienciamos na infância, nas quais um mecanismo pré-organizado seria suficiente para o seu entendimento, e as emoções que experienciamos na fase adulta, construídas sobre a base das emoções iniciais.

Na história da humanidade, a emoção foi responsável pela agregação dos indivíduos. As emoções revelam-se como o elo entre o indivíduo e o ambiente físico, tanto quanto entre o indivíduo e outros indivíduos. Estes laços interindividuais iniciam nos primeiros dias de vida e se fortalecem a partir das emoções, antes mesmo do raciocínio e da intenção.

Rodrigues (2004, p. 80) apresenta os componentes gerais das emoções e suas manifestações, evidenciando que os aspectos gerais tais como a experiência interna individual e a expressão comportamental fazem parte dos estudos da maioria dos especialistas. Dessa forma, admite-se que as emoções possuem componentes subjetivos, fisiológicos, comportamentais, conforme segue:

- a) respostas corporais internas, envolvendo o Sistema Nervoso Autônomo (SNA), particularmente;

- b) crença de que um determinado estado positivo ou negativo está ocorrendo;
- c) expressão facial;
- d) reações à emoção.

As emoções podem pertencer a duas classificações de ordem, a saber: **Emoções primárias\***, relacionadas com as necessidades imediatas como alimentação (fome/saciedade), obtenção de água (sede), sexo (libido), fugir do predador ou outra ameaça (medo), defender os filhotes (ira/agressão) etc. - Geram comportamentos motivados -, e **Emoções secundárias**, estados mais discriminativos e complexos como ansiedade, satisfação, prazer, amor, familiaridade e sentimentos mais subjetivos.

Essa classificação envolve a **Cognição** (a percepção consciente das sensações), o **Afeto** (percepção de si e dos outros), a **Motivação** (o desejo de agir) e **Alterações somáticas e viscerais** (expressão).

Mais recentemente – a partir do desenvolvimento de novas técnicas especializadas de pesquisa especialmente na área da neurofisiologia –, o interesse pelo estudo dos processos neurais envolvidos nas emoções vem-se ampliando, a partir da caracterização e das investigações sobre o sistema límbico (SL). Sabe-se, com base em diferentes resultados, que há uma profunda integração entre os processos emocionais, os cognitivos e os homeostáticos, de modo que sua identificação será de grande valia para a melhor compreensão das respostas fisiológicas do organismo ante as mais variadas situações enfrentadas pelo indivíduo.

Assim, reconhece-se que as áreas cerebrais envolvidas no controle motivacional, na cognição e na memória fazem conexões com diversos circuitos nervosos, os quais, através de seus neurotransmissores, promovem respostas fisiológicas que relacionam o organismo ao meio (sistema nervoso somático) e também à inervação de estruturas viscerais (sistema nervoso visceral ou da vida vegetativa), importantes à manutenção da constante de equilíbrio do meio interno (homeostasia).

O primeiro “mapeamento” das funções cerebrais foi proposto por Pierre Paul Broca (1878), realizado a partir da observação de pacientes com danos cerebrais. Broca identificou o lobo límbico (limbo = margem), o qual compreende um anel composto por um contínuo de estruturas corticais situadas na face medial e inferior do cérebro.

Importante avanço para a compreensão dos mecanismos neurobiológicos relacionados à emoção foi alcançado por James Papez (1937), anatomista americano que transferiu o olhar de uma perspectiva de centros emocionais (visão em partes), substituindo-a por uma concepção de sistema (visão do todo). De fato, inicialmente se acreditava que o lobo límbico descrito por Broca estaria relacionado ao olfato, mas Papez demonstrou que suas diferentes porções estavam unidas e coordenadas entre si, formando um circuito, o qual incluía o córtex cingulado, o hipocampo, o hipotálamo e os núcleos anteriores do tálamo.

Experimentos realizados a posteriori permitiram a revisão das estruturas pertencentes ao circuito proposto por Papez (1937), surgindo, assim, o conceito de sistema límbico (SL) – retomando o termo criado por Broca (1878) ao descrever o lobo límbico –, o qual envolveria as estruturas relacionadas às emoções. O SL passou a ser caracterizado como o circuito neuronal relacionado às respostas emocionais e aos impulsos motivacionais, já tendo sido incluídas em sua composição estruturas como hipotálamo, amígdala, núcleos da base, área pré-frontal, cerebelo e septo (o hipocampo, inicialmente inserido, não parece ter participação decisiva nos mecanismos neurais das emoções, tendo papel, outrossim, na consolidação da memória de conteúdo emocional, daí estar relacionado – ainda que não seja pertencente – ao SL).

Os “sistemas das emoções” – ao menos como vêm sendo entendidos recentemente – parecem estar organizados em rede; ou seja, todos os elementos exercem papéis regulatórios semelhantes entre si. Pode-se, então, compreender que esses sistemas dependem da integração de seus componentes de uma forma complexa e não-hierárquica.

Como forma de ilustração do anteriormente exposto, apresenta-se os componentes do Sistema Límbico conforme proposto por Papez (figura 1 e quadro 1) e os componentes adicionais que integram os sistemas das emoções (quadro 2).

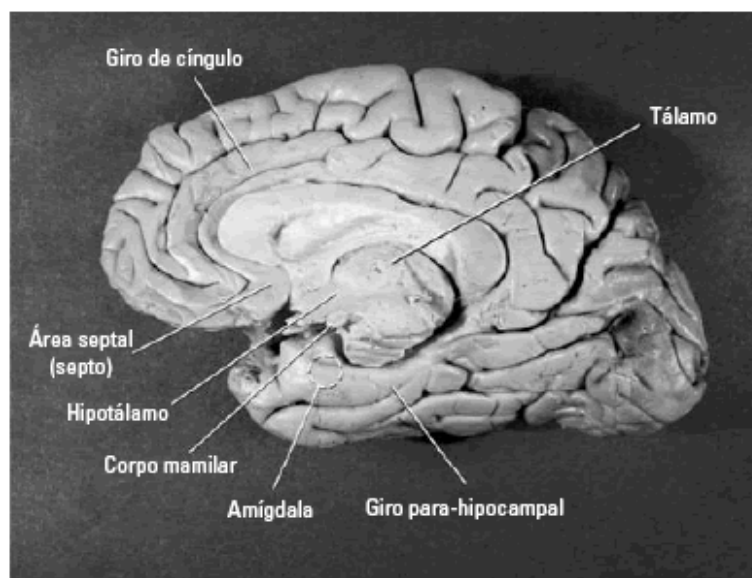


Figura 1 - Estruturas do sistema límbico. Imagem neuroanatômica preparada pelos autores  
Fonte: Batista et al. (2007)

Embora não se tenha uma definição precisa dos circuitos neuronais envolvidos no complexo “sistema das emoções”, podemos descrever, de modo didático, algumas vias neuronais, sem perder de vista que elas estão, em última análise, integradas funcionalmente.

#### Quadro 1 - Estruturas que compõem o circuito de Papez

Estruturas	Comentários
Giro do cíngulo	Está intimamente relacionado à depressão, à ansiedade e à agressividade, observando-se, em humanos, lentidão mental em casos de lesão dessa estrutura. Auxilia na determinação dos conteúdos da memória, observando-se significativo aumento de sua atividade quando as pessoas recorrem à mentira <sup>22</sup>
Giro para-hipocampal	Apresenta-se intimamente relacionado ao armazenamento da memória; de fato, processos lesivos aí localizados produzem amnésia retrógrada isolada, com preservação da capacidade de armazenar novas memórias explícitas <sup>12</sup>
Hipotálamo	Segundo Papez, essa estrutura constituiria o segmento central do SL, relacionando-se às diversas áreas límbicas e encefálicas. Tanto a estimulação quanto a inibição hipotalâmicas têm, frequentemente, efeitos profundos sobre o comportamento e as emoções de animais, incluindo o <i>Homo sapiens sapiens</i> . A estimulação do hipotálamo lateral induz a sede, fome e aumenta o nível geral de atividade do animal, algumas vezes levando-o à fúria e/ou à luta. Já a estimulação do núcleo ventromedial provoca situação contrária, ou seja, sensação de saciedade, redução da ingestão alimentar e tranquilidade <sup>21</sup> . A estimulação dos núcleos periventriculares costuma acarretar medo e reações de punição. O impulso sexual pode ser estimulado principalmente nas porções mais anteriores e posteriores do hipotálamo. As lesões hipotalâmicas geralmente causam efeitos opostos aos causados pelos estímulos <sup>21</sup>
Tálamo	As funções mais conhecidas relacionam-se com sensibilidade, motricidade, comportamento emocional e ativação do córtex cerebral <sup>18</sup>
Hipocampo	O hipocampo exerce importantes funções relacionadas ao comportamento e à memória <sup>22</sup> . Pessoas submetidas à remoção bilateral dos hipocampus conseguem acessar a memória aprendida, mas não conseguem aprender qualquer informação nova. Essa área também está integrada à tomada de decisões, pois quando o hipocampo interpreta um sinal neuronal como importante, provavelmente essa informação será armazenada na memória <sup>21</sup> . Recentemente demonstrou-se a relação do hipocampo com o sistema imunológico, identificando que sua integridade é fundamental para a normalidade da resposta imune, bem como a interação da memória com os níveis de interleucina 1 alfa (IL-1) e de IL-20 hipocampo não é, atualmente, considerada parte crucial dos sistemas neurobiológicos das emoções

Fonte: Batista et al. (2007)

Quadro 2 - Estruturas relacionadas às emoções não pertencentes, originariamente, ao circuito de Papez

Estruturas	Funções
Amígdala	É ativada em situações com marcante significado emocional, como encontros agressivos ou de natureza sexual; está também relacionada aos aprendizados emocionais e ao armazenamento de memórias afetivas. Ademais, a amígdala é responsável pela formação da associação entre estímulos e recompensas
Septo	O septo relaciona-se à raiva, ao prazer e ao controle neurovegetativo. Demonstrou-se, em animais, que o comprometimento bilateral da área septal provoca "raiva septal", caracterizada por hiperatividade emocional, ferocidade e ira diante de situações que geralmente não alteram o comportamento animal. Pode-se observar alteração na pressão arterial e do ritmo respiratório quando a área septal é estimulada <sup>19</sup> . Experiências de auto-estimulação realizadas em ratos permitiram a localização de "áreas de prazer" no cérebro; dentre as áreas estimuladas com mais frequência destacam-se a área septal e as regiões percorridas pelo feixe prosencefálico medial. Essa hipótese foi, em parte, confirmada em experiências com pacientes humanos <sup>12</sup>
Área pré-frontal	A área pré-frontal vem sendo considerada a "sede" da personalidade <sup>12</sup> . Ainda há muitas especulações em torno dessa região, mas, por meio da interpretação de dados experimentais e clínicos, nota-se que essa estrutura participa na tomada de decisões e na adoção de estratégias comportamentais mais adequadas à situação física e social; ademais, parece estar relacionada à capacidade de seguir seqüências ordenadas de pensamentos e a modalidades de controle do comportamento emocional <sup>22,50</sup>
Cerebelo	Atualmente, tem-se reconhecido que este órgão tem funções mais amplas do que as puramente motoras, atuando em diversos processos cognitivos. O dano cerebelar está associado a disfunções em tarefas executivas, de aprendizagem, memória processual e declarativa, processamento de linguagem e funções visuais e espaciais, além de disfunções na personalidade, no afeto e na cognição. A hipótese que deriva do modelo anatômico é de que o rompimento do circuito neural que conecta o cerebelo com as áreas associativas e paralímbicas impede a modulação cerebelar das funções cognitivas relacionadas, provocando alterações nos subsistemas e produzindo déficits de conduta <sup>25</sup> . Foi proposto um esquema dos diferentes tipos de atividade não-motora, que poderiam modular-se por distintas regiões cerebelares. No caso da cognição e da emoção, descrevem-se as regiões cerebelares mais antigas, como o lóbulo flóculo-nodular, o verme, o núcleo fastigial e o núcleo globoso, os quais podem ser considerados equivalentes a um cerebelo límbico, sendo responsáveis pelos mecanismos primitivos de preservação, como manifestações de luta, emoção, sexualidade e, possivelmente, de memória emocional <sup>26</sup> . Os hemisférios laterais cerebelares e os núcleos denteados e emboliformes parecem ser responsáveis pela modulação do pensamento, planificação, formulação de estratégias, aprendizagem, memória e linguagem, características só identificadas nos mamíferos. Desse modo, o cerebelo vem sendo considerado um poderoso coordenador, capaz de contribuir tanto para as habilidades motoras, quanto sensoriais e cognitivas, graças às conexões que estabelece com regiões encefálicas responsáveis pela execução dessas funções <sup>21</sup>

Fonte: Batista et al. (2007)

Diferentes estímulos (afetivos) – térmicos, táteis, visuais, auditivos, olfatórios e de natureza visceral (como alterações da pressão arterial) – chegam a diferentes partes do SNC por vias neuronais envolvendo receptores e nervos periféricos. Respostas (afetivas) adequadas a esses mesmos estímulos são programadas em determinadas áreas, envolvendo desde as respostas simples até os mecanismos de respostas mais complexas.

Os circuitos relacionados às emoções localizam-se em várias regiões cerebrais, possuindo inúmeras conexões com o córtex, área (substância) subcortical, seus núcleos e as estruturas pertencentes ao tronco encefálico e cerebelo. Destacam-se ainda as relações com o tronco encefálico, as quais facilitam sinapses à substância reticular e os formadores dos nervos cranianos. O estímulo dirige-se ao cerebelo e à medula espinal, sendo distribuído por nervos espinais aos segmentos corporais e ao sistema nervoso simpático e ao parassimpático. Essa seria uma visão panorâmica da integração biológica entre as emoções e o controle neurovegetativo.

As reações fisiológicas decorrentes da vigência dos afetos encontram repostas na geração de estímulos desencadeados junto ao Sistema Nervoso Central e Autônomo e junto às Glândulas Endócrinas.

Alusivo ao Sistema Nervoso Central e às emoções é ponderado que os circuitos do sistema nervoso central despertam, orientam e integram reações ocorridas nos estados emocionais. O **córtex cerebral** desempenha um papel importante na identificação, avaliação das situações e nas decisões quanto aos comportamentos. Para ele, alguns comportamentos emocionais podem ser mantidos, agravados ou diluídos.

A **formação reticular** desperta o córtex para a recepção de informação sensorial potencialmente desencadeadora de emoções, mantendo-o alerta para uma situação de emergência. Toda a informação enviada pelos órgãos sensoriais para o córtex e deste para os órgãos efetores passa pelo **sistema límbico** que atua como regulador dos comportamentos emocionais e motivacionais.

O **hipotálamo** é responsável pela ativação do Sistema Nervoso Simpático (SNS) em situações de emergência. A condução das emoções pelo SNS, mobiliza os recursos fisiológicos, preparando-os para a ação.

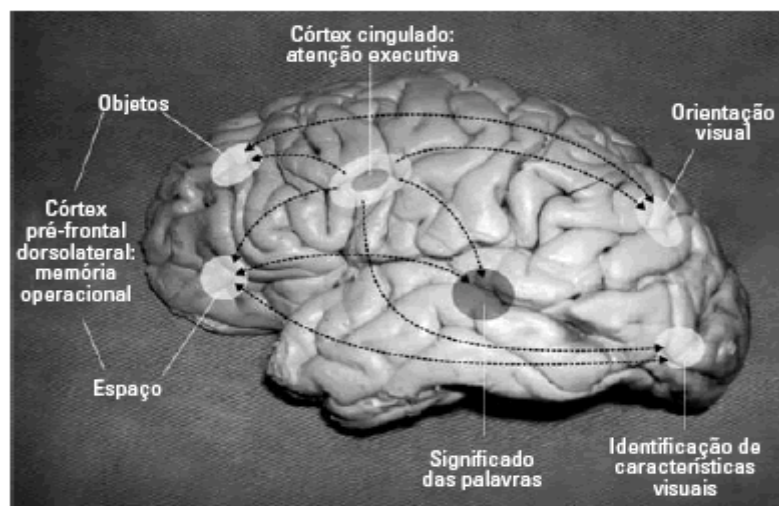
Ainda que o córtex consiga racionalizar a emoção e conseqüentemente os comportamentos, há uma série de reações incontroláveis, que não dependem da nossa vontade, pelo fato de serem controlados pelo sistema nervoso autônomo.

Em conseqüência a esse desencadeamento de reações, pode-se observar sob o ponto de vista orgânico:

- a) Aumento da irrigação sangüínea no sistema nervoso central, cardíaco e muscular;
- b) Liberação de açúcar para ampliar a energia muscular;
- c) Preparação dos fatores sangüíneos e ativação da cascata de coagulação;
- d) Intensificação do ritmo respiratório, a fim de que o oxigênio levado ao sangue confira o combustível necessário aos mecanismos fisiológicos em situação de desgaste;
- e) Estimulação das glândulas, sobretudo supra-renais que segregam hormônios excitatórios (adrenalina e noradrenalina).

Frente ao exposto é possível propor uma forma ilustrativa de “visualização” das áreas neuronais responsáveis pela emoção e suas manifestações.





**Nota:** É possível propor uma “neuroanatomia” da tomada de decisão envolvendo o córtex pré-frontal – quiçá uma *neurobiologia da autonomia*? Recentes investigações têm corroborado essa hipótese. Neste contexto, o uso da razão seria iniciado medialmente pela atuação do córtex cingulado anterior (atenção executiva), o qual tem por função focalizar a atenção perceptual e cognitiva, modulando a atividade das áreas correspondentes. As regiões dorsolaterais do córtex pré-frontal seriam responsáveis pela comparação das informações, novas e as antigas. O derradeiro ajuste – levando em consideração os objetivos dos indivíduos e os contextos sociais – seria realizado por uma área não ilustrada, o córtex pré-frontal ventromedial. Imagem neuroanatômica preparada por Rodrigo Siqueira-Batista (Unifeso) e Vanderson Espendião Antonio (Unifeso), sob inspiração de Posner MI, Raichle ME. *Images of mind*. New York: Scientific American Library, 1994.

Figura 2 - Áreas neuronais responsáveis pela emoção e suas manifestações

Fonte: Batista et al. (2007)

Damásio (2004), na perspectiva da neuropsicologia, apresenta uma hipótese de trabalho sobre o conceito de emoção, delineando algumas proposições: uma emoção propriamente dita é uma coleção de respostas químicas e neurais que formam um padrão distinto; as respostas são produzidas quando o cérebro normal detecta um estímulo-emocional-competente (um EEC), o objeto ou acontecimento cuja presença real ou lembrada desencadeia a emoção. As respostas são automáticas; o cérebro está preparado pela evolução para responder a certos EEC com repertórios de ação específicos, mas a lista dos EEC não se limita àqueles que foram prescritos pela evolução, e inclui muitos outros adquiridos pela experiência individual; o resultado imediato dessas respostas é uma alteração temporária do estado do corpo e do estado das estruturas cerebrais que mapeiam o corpo e sustentam o pensamento; o resultado final das respostas é a colocação do organismo, direta ou indiretamente, em circunstâncias que levam à sobrevivência e ao bem-estar.

Como acréscimo, é possível trazer contribuições de teorias que apontam aspectos que interferem no desenvolvimento da afetividade. Sendo assim, apresento autores (James-Lange, 1884; Cannon-Bard, 1915; Papez-Maclean, 1937; Lindsey, 1951; Bifatorial Ardila, 1976) que enfatizam aspectos orgânicos bem como outros que estudam as influências ambientais e sociais nesse desenvolvimento. São eles:

Comiotto (1992), em sua pesquisa sobre os sentimentos na vida adulta, apresenta um quadro comparativo das cinco principais teorias clássicas de base psicofisiológica para explicar a emoção, apresentado na próxima página.

Quadro 3 - A emoção: comparação das teorias

TEORIA	BASE PSICOFISIOLÓGICA	PRINCÍPIOS
<p><b>a) James-Lange</b> Os primeiros psicólogos a abordar o comportamento emotivo consideram que a percepção das alterações fisiológicas ocorridas é que era a causa da emoção. Assim pensava William James para quem o fator mais importante e determinante da emoção era o “feed back” das mudanças corporais ocorridas numa situação.</p>	Trocas Viscerais	<p>a) O comportamento emocional e a experiência emocional estão fisiologicamente inter-relacionados</p> <p>b) Os eventos na emoção se encontram nesta ordem: percepção da situação, alterações orgânicas e tomada de consciência.</p>
<p><b>b) Cannon-Bard</b> Defendem que no mecanismo das emoções o papel principal é desempenhado pelo sistema nervoso central. As alterações fisiológicas são ativadas pelo tálamo que simultaneamente envia impulsos para o córtex e para a periferia. O grande argumento de Cannon era o de que quando o tálamo se encontra lesionado, a emoção é muito fraca.</p>	Tálamo e Hipotálamo	<p>a) O Tálamo oferece uma qualidade emocional aos estímulos sensoriais que passam por ele</p> <p>b) O córtex inibe, em condições normais, o mecanismo de experienciar emoções.</p>

continua...

Quadro 3 - A emoção: comparação das teorias (conclusão)

TEORIA	BASE PSICOFISIOLÓGICA	PRINCÍPIOS
c) <b>Papez-Maclean</b>	Córtex, Hipotálamo, Corpos mamilares, Núcleos dorsomediais do Tálamo, Sistema límbico em geral	<p>a) O Hipotálamo é responsável pela expressão das emoções</p> <p>b) A experiência emocional corre a cargo do córtex.</p>
d) <b>Lindsey</b>	Formação reticular	<p>a) Na formação reticular, os impulsos viscerais e somáticos integram-se e distribuem-se no hipotálamo.</p> <p>b) Os impulsos ativam o córtex e coloca em estado de alerta o organismo.</p>
e) <b>Bifatorial Ardila</b>	Hipotálamo, Formação reticular, córtex	<p>c) Em toda emoção entram em jogo o Hipotálamo (classe de emoção) e a formação reticular (intensidade)</p> <p>d) Uma emoção pode converter-se em outra, variando quantitativamente</p> <p>e) O córtex cerebral integra os impulsos e dá seu significado à emoção</p> <p>f) Os organismos nem sempre buscam a estimulação ótima, sendo que, às vezes, perseguem um estado de máxima excitação (positiva ou negativa)</p> <p>g) Em nível humano, tanto a conduta quanto a experiência emocional, estão culturalmente determinadas.</p>

Fonte: Comiotto (1992, p. 80)

Entre a emoção e a atividade intelectual existe interdependência e a relação que elas mantêm é de caráter dialético; portanto, concebê-las como elementos estanques é incorrer no erro antigo da separação corpo e alma, uma vez que o ser humano é uma unidade, agindo como um todo.

Segundo Bisquerra Alzina (2000), citado por Mosquera e Stobäus (2006) “o problema da manifestação emocional passa por uma compreensão holística de nossa vida e do sentido que damos a ela”.

O ser humano, portanto, experiencia a afetividade através das relações com o meio social. Sentimentos e cognições caminham juntos, de modo a manifestarem-se frente à realidade que se apresenta mediante atitudes como a participação pessoal, envolvimento, comprometimento e implicação em determinada situação.

Soria (1997) procedeu a uma revisão conceitual na qual apresenta-nos instrumentos que possibilitam a **avaliação** da intensidade afetiva. Devido à complexidade das experiências emocionais faz-se necessário o emprego de metodologias que permitam essas análises, entre as quais se destacam a observação facial, os registros fisiológicos e os autoinformes (questionários) que, dado seu escasso custo e sua facilidade de aplicação se constituem na principal técnica de avaliação. Nesse sentido, procuro estabelecer um elo entre a proposição dessa pesquisa e o disposto na literatura acerca da diversidade de métodos relacionados à coleta dos dados.

Descrevo, portanto, os procedimentos revisitados por Soria: **Registros diários de afeto** baseiam-se na consideração de que a intensidade emocional nos permite prever a reação emocional aos sucessos cotidianos (LARSEN; DIENER; EMMONS, em 1986). Supõe solicitar ao indivíduo o registro de suas experiências emocionais cotidianas mediante a seleção de um adjetivo diário que mostre a intensidade com que experimentou cada afeto; **Affect Intensity Measurement: AIM** (LARSEN, em 1984), a Escala de Intensidade Afetiva de Larsen (1984) é um autoinforme que mede a intensidade da reação afetiva dos indivíduos perante os sucessos e situações emocionais. Consta de 40 itens mediante os quais os sujeitos devem avaliar sua reação frente às diferentes situações que são propostas, em uma escala tipo Likert de 6 níveis: Nunca (1), quase nunca (2), às vezes (3), regularmente (4), quase sempre (5), sempre (6); **Emotional Intensity Scale: EIS (BACHOROWSKI; BRAATEN, 1994)** **Emotional Intensity Scale: EIS (BACHOROWSKI; BRAATEN, 1994)**, autoinforme de 30 itens que pretende

responder às críticas lançadas à AIM. O formato de apresentação e resposta dos itens consiste na eleição de uma opção entre várias alternativas representadas por proposições contínuas. A escala de pontuação de cada item varia de 1 a 5. A pontuação total da escala oscila de no mínimo 30 ao máximo 150 pontos; **Escala de Reações Emocionais a Contingências Externas: ERECS (BRAATEN; ROSÉN, 1997)**, autoinforme de 26 itens que pretende medir mediante uma escala tipo Likert de 7 níveis, a força (vigor) das reações emocionais de uma pessoa a situações determinadas que implicam recompensa ou castigo. A pontuação total oscila desde um mínimo de zero a um máximo de 78. A escala apresenta também diferenças significativas nas pontuações entre homens e mulheres, dados consistentes com outros estudos do funcionamento emocional que mostram que as mulheres são emocionalmente mais intensas que os homens (BACHOROWSKI; BRAATEN, em 1994, FUJITA et al., em 1991, LARSEN; DIENER, em 1987); **Tarefa de avaliação de cenários: SRT (SCHIMMACK; DIENER, 1997)**, consta de 30 descrições (30-60 palavras) suscitadoras de emoções, previamente selecionadas de um total de 460 cenários recolhidos dos estudos de Reisenzein e Hoffman, em 1993). A tarefa consiste em avaliar a presença e intensidade de 10 emoções em uma escala de 7 pontos, em que o zero implica na ausência de afeto e as categorias restantes indicam sua presença, assim como a intensidade com que se produzido. Todos os sujeitos devem avaliar os mesmos cenários.

Mosquera e Stobäus (2006, p. 128) definem sentimento como um espelho da realidade, responsável por manifestar uma atitude subjetiva do indivíduo, com bases fisiológicas cerebrais de ordem inicialmente interna, para posteriormente manifestar-se socialmente. Conclui-se, então, que sentimento é uma reação claramente manifestada perante uma situação determinada.

Damásio (2004, p. 99) considera o sentimento uma percepção de um certo estado do corpo, acompanhado pela percepção de pensamentos sobre certos temas e pela percepção de um certo modo de pensar. Esse conjunto de percepções refere-se à causa que o originou. O sentimento também se caracteriza como estado dinâmico e de movimento.

Os sentimentos não são de todo uma percepção passiva, um relâmpago que desaparece da nossa vista. Uma vez que se instala uma ocasião de sentimento, principalmente no caso de sentimentos de alegria e de tristeza, tem lugar um recrutamento dinâmico do corpo, um recrutamento repetido também, que dura vários segundos ou até minutos, e a que correspondem

variações dinâmicas da nossa percepção, ou seja, do nosso sentimento. Aquilo de que nos damos conta é uma série de transições e, em alguns casos, uma luta aberta entre as alterações do corpo iniciadas pela emoção e a resistência que o corpo oferece a essas alterações.

Apenas quando o resultado da ativação dos padrões neurais se dá sob a forma de imagens é que temos sentimento. O mesmo autor propõe que o termo sentimento fosse reservado para a experiência mental privada de uma emoção, enquanto o termo emoção seria usado para designar o conjunto de reações, muitas delas publicamente observáveis. Na prática, isso significa que não se pode observar um sentimento em outra pessoa, embora se possa observar um sentimento em si mesmo quando, como ser consciente, seus próprios estados emocionais são percebidos. Analogamente, ninguém pode observar os sentimentos que um outro vivencia, mas alguns aspectos das emoções que originam estes sentimentos serão patentemente observáveis por outras pessoas.

No que tange à importância dos sentimentos, Comiotto, em 1992, Wukmir, em 1960 e Stobäus e Mosquera, em 2004, apresentam as seguintes considerações:

Comiotto (1992, p. 87) adverte que, ao impedir-se o desenvolvimento, a vivência e a manifestação de determinados sentimentos, estamos impedindo a aprendizagem de algo pertencente à natureza intrínseca do ser humano, sendo essa característica que o diferencia de outros seres. Completa que os indivíduos, por temor de serem menosprezados socialmente ou não serem aceitos, evitam a manifestação de sentimentos.

Wukmir (1960 apud STOBÄUS; MOSQUERA, 2006, p.130), assinala:

[...] as emoções e os sentimentos são básicos para a vida dos seres humanos, enfatizando o sentido que dá ao ser vivo seu valor. Daí porque emoções e sentimentos nascem no foco em que se direciona a orientação vital que cada um recebe e dimensiona, causada pelo que conhecemos por instinto, circunstância e ego.

Segundo Stobäus e Mosquera (2004, p. 48) os mesmos argumentam em relação à separação do biológico e do psicológico, que o afastamento arbitrário do pensamento e sentimento, bem como a inteligência da capacidade de sentir e viver as emoções, e os valores das atitudes, não evoluiu gratuitamente. O desenvolvimento dessa forma de pensar foi realizado de tal maneira que contemporaneamente possui-se ainda a visão de que pensamento científico não está relacionado com sentimentos e afetos.

E ainda para Damásio (2004, p. 95), o mesmo refere que o sentimento, essencialmente, é uma idéia do corpo que sofreu uma perturbação pelo processo emocional, desencadeando a partir disso, reações a certo objeto ou situação. Relata que o teor essencial dos sentimentos é uma condição corporal desencadeada por certa imagem mental, anteriormente mapeada em um sistema de regiões cerebrais. Essencialmente, um sentimento é um conceito de certo aspecto do corpo quando este é impulsionado a reagir mediante um estímulo emocionalmente desencadeado.

Rogers (1983a) afirma que, ao possibilitar-se a abertura do canal afetivo, o indivíduo é movido a buscar a compreensão de sua força interna de crescimento, de socialização e integração que, como consequência, o libera para uma vida com mais reciprocidade, mais crescimento interpessoal e mais afeto.

Facilitar a expressão do sentimento, potencializar a pessoa, liberar o indivíduo para uma escolha autônoma resulta em mais aprendizagem, mais produtividade, mais criatividade, do que a que resulta do exercício de poder sobre a pessoa. Todo o nosso mundo institucional, entretanto, é construído em torno de um sistema hierárquico de controle sobre a pessoa. Potencializar a pessoa é colocar em movimento um processo que pode revolucionar a família, a escola, a organização, a instituição, o Estado. Estamos diante de uma outra mudança paradigmática (ROGERS, 1983a, p. 13).

Sem dúvida, essa é uma maneira diferenciada de olhar para o indivíduo completamente distinta da maneira tradicional. Concebe-se a pessoa como alguém que possui dentro de si todos os elementos e recursos capazes de orientá-lo para a busca do crescimento e da maturidade.

Dessa forma, cabe a premissa dos estudos de Rogers de que o comportamento só pode ser compreendido, de forma significativa, a partir dos referenciais de estrutura interna do próprio indivíduo, da sua percepção e através do seu campo de experiências.

As implicações desses conceitos geraram, indubitavelmente, uma mudança paradigmática em relação aos referenciais teóricos de compreensão do indivíduo e de seu comportamento. Nesse sentido, Rogers (1983a) já preconizava essa mudança paradigmática em relação aos conhecimentos científicos, desmistificando a visão reducionista da linearidade causa-efeito da ciência, e trazendo o conceito de reciprocidade dessas relações. Dessa forma, o processo torna-se mais ampliado, admitindo que o universo re-cria-se constantemente, em um movimento dinâmico e complexo.

Para ele, o entendimento das emoções e sentimentos passa pelo engajamento do próprio indivíduo no processo de ser e tornar-se ele mesmo, de forma que todos os dados necessários para realizar adequadamente este processo estariam disponibilizados à sua consciência.

Como ilustração, Rogers (1962) descreve que a pessoa é um ser humano em fluxo, em movimento, capaz de experienciar as situações com os sentimentos e as reações do momento. Acredita que as experiências adquiridas anteriormente são recursos necessários para relacionar com as experiências que vivencia em seu momento atual. Através desse entendimento, esse indivíduo é capaz de atribuir significados aos seus processos de vida, formando novos relacionamentos com seu meio, vivenciando mais intimamente sentimentos de dor e êxtase, raiva e amor, medo e coragem, através da confiança em si próprio e nas relações estabelecidas com outrem.

Santos (2004) ao abordar Maturana (1928), aproxima-se desse conceito descrevendo a teoria da autopoiese, a saber, o ser vivo pertence a um sistema auto-organizado, dependente das relações, dinâmico e interativo. Dessa forma, a característica básica desse processo é a autoconstrução e constante mutação. Para esse autor, as emoções estão atreladas à razão e, dessa relação, determinam-se as ações. Através dessa concepção define a chamada Biologia do Amor, na qual esclarece que o Amor é constitutivo da vida humana e que, a partir dessa visão, passa a existir a aceitação do outro como legítimo outro.

O mesmo define o amor como uma emoção, uma forma de convívio e de condutas relacionais entre os seres humanos, e o descreve como um fenômeno biológico. E é nesse espaço de inter-relação com o outro que emerge o legítimo outro, através da convivência em um ambiente propício ao diálogo e ao respeito.

Corroborando com essa visão unificada de pessoa e em congruência com o ambiente, Freire (2007) aponta definições que contemplam características dispostas por Rogers, no mundo contemporâneo. A mesma sugere que a confiança na capacidade de desenvolvimento do ser humano é o fundamento da Abordagem Centrada na Pessoa, ou seja, constitui-se como uma forma de estar-em-relação com o outro e de estar-no-mundo, promovendo o crescimento e desenvolvendo construtivamente suas potencialidades.

Ao passo que Rogers, em 1983, já assinalara com a mesma proposição, quando previu as transformações paradigmáticas – científicas, sociais e culturais –



para as quais a sociedade moderna se dirigia. Acresce que, nesse sentido, uma nova ordem instaura-se, seguindo-se uma nova visão de mundo, de relações sociais e de compreensão frente à unidade espiritual do universo, com mais espaço para indivíduos integrados e totais.

O homem é um ser relacional, portanto, torna-se impossível discorrer sobre sua essência sem direcionarmos o olhar para a afetividade, emoção e sentimentos. A forma como vivenciamos e desfrutamos nossas percepções, relacionamentos sociais e inteligência são individualizados por nossa afetividade, humor e disposição/motivação.

## 2.2 TRABALHO NA SAÚDE E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A saúde no Brasil vem sendo alvo de reflexões e mudanças gerais há algum tempo. Esse processo de redefinição não se limita ao pensar burocrático ou técnico, mas agrega questões de suma importância como a construção e ampliação do próprio conceito de saúde e seu entendimento, as questões institucionais responsáveis por ações nesse campo, competências técnicas e financiamentos.

Durante os últimos anos, a saúde tem-se manifestado como um campo de construção de práticas cuidadoras. As ações do profissional de saúde têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

A história brinda-nos com alguns fatos referentes à evolução das concepções em saúde. Sem dúvida, inúmeras alterações de grande magnitude foram implementadas em tempo histórico muito curto, tornando a reflexão acerca dessas mudanças extremamente complexa.

A primeira metade do século XX foi um período de grandes transformações para a população mundial, a humanidade passou por duas grandes guerras, viu suas fronteiras divididas em dois eixos de poder (a guerra fria), porém, foi um período de grandes descobertas positivas, principalmente, no campo da saúde pública. Como exemplo pode-se citar:

A descoberta de novas vacinas e o aperfeiçoamento de vacinas já existentes, como foi o caso da Varíola;

Descoberta de novos antibióticos e quimioterápicos eficazes particularmente contra a Tuberculose e a Hanseníase (Lepra).

No Brasil, o panorama de saúde apresentava as seguintes características:

Programas de massa em nível nacional, em detrimento à organização e prestígio confiados à saúde. O objetivo desses programas era promover o convencimento da população frente à necessidade de mudanças de hábitos tradicionais anti-higiênicos;

Realização de grandes obras de saneamento básico;

Vacinações em massa (algumas realizadas coercitivamente, como foi o caso do Rio de Janeiro durante a Revolta da Vacina);

Cursos de formação de enfermeiras sanitárias, que tinham a missão de percorrer os bairros mais carentes ensinando aos moradores as regras básicas de higiene bem como o encaminhamento dos doentes aos hospitais.

No Rio Grande do Sul, em especial em sua capital, Porto Alegre, a primeira metade do século 20 será marcada por transformações estruturais importantíssimas advindas do capital exterior e de sua crescente industrialização.

Nos primeiros anos da República, durante o período positivista, o Estado era assolado por casos de difteria, peste bubônica, febre tifóide, varíola, sífilis, tuberculose, entre outras.

Adotando uma perspectiva positivista, o governo do Estado estabeleceu, na área da saúde, uma postura distinta do restante do país, instituindo a liberdade profissional e religiosa (abertura para práticas alternativas de cura como benzedeiras, sangradores e barbeiros) e posicionando-se como contrário ao que se chamava de terrorismo e autoritarismo sanitário (intervenção do Estado em assuntos que consideravam como sendo questões pessoais, exemplo a saúde). Assim, as medidas adotadas pelo governo eram sempre pontuais embora nunca deixassem de valorizar o isolamento de doentes. Esse quadro só irá mudar na década de 40, após grandes debates envolvendo médicos e juristas de forma a assegurar à medicina o direito de tratar a população.

Com a mudança gradativa na mentalidade dos governantes, intervenções são realizadas nas cidades de forma a combater os agentes causadores de

doenças. Espaços públicos são criados, como as praças, ruas são saneadas, novas avenidas são estruturadas (Por exemplo, Av. Farrapos, Av. João Pessoa, no município de Porto Alegre), novas construções são realizadas de forma a remodelar e transformar a cidade. E a saúde pública passa a atuar com outros enfoques a partir dessa nova conceituação.

Em 1978, com a ampla divulgação da Declaração de Alma-Ata, elaborada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, alguns municípios passaram a adotar aquelas recomendações como eixo norteador da organização da assistência. Entre essas podemos destacar: importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; saúde como direito dos povos e dever do estado; atenção ao indivíduo e à família; referência e contra-referência no sistema de saúde; vínculo dos serviços com a população; oferta de ações básicas de saúde; intersetorialidade das ações; participação da comunidade; planejamento das ações; trabalho em equipe, entre outras (OMS-Alma-Ata, 1978).

Nesse contexto sócio-histórico, o país vivia um momento de abertura política, com algumas unidades da federação comprometidas com projetos de desenvolvimento de políticas sociais mais descentralizadoras. Essa mudança de mentalidade proporcionou a abertura de espaços para a expansão dos serviços de saúde pública – principalmente a atenção básica - nos municípios, promovendo a adequação de perfis dos recursos humanos e ampliando as propostas de desenvolvimento de formação e capacitação dos profissionais de saúde.

A década de 80 terminou com a realização do Seminário Nacional da Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, realizado em 1989 e promovido pelo Ministério da Saúde, com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Desse Seminário resultou uma publicação intitulada Sistema Único de Saúde: Diretrizes para Formulação de Política de Recursos Humanos, ressaltando os avanços jurídicos e normativos do setor saúde na Constituição Federal, em que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete ordenar e formar recursos humanos na área da saúde.

Na década de 90, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo paradigma de orientação do modelo assistencial e das práticas de atenção à saúde foi construído, a partir da concepção de Saúde enquanto um Direito de Cidadania e um Dever do Estado. Durante a implantação do SUS, foram desenvolvidos e aperfeiçoados os mecanismos para seu funcionamento e

regulamentação em todo o país, definindo competências e atribuições para os diferentes níveis de governabilidade, sendo que a cada etapa de implementação do sistema, foram criados ou aperfeiçoados os instrumentos de gestão.

Podemos afirmar que, no final dos anos 90, novas questões estabelecem um divisor de águas para promover a reflexão e a pesquisa centrada no trabalho em saúde. De um lado, as questões político-sociais do trabalho, envolvendo a qualidade, informalidade e flexibilidade; de outro, as questões éticas e filosóficas, envolvendo a integralidade do cuidado à autonomia dos sujeitos.

Nesse momento aparece uma dimensão importante que impulsiona as reflexões objetivadas nesse capítulo, referentes às vertentes da abordagem do trabalho em saúde. Uma que diz respeito ao foco de análise envolvendo o plano das relações interpessoais, contemplando dois momentos de interação:

relacionamento dos profissionais de saúde com os pacientes; e  
relacionamento dos diversos membros da equipe de saúde entre si. A outra reflexão é a ampliação do foco sobre os mecanismos institucionais de gestão do trabalho.

Essas transformações no contexto histórico manifestam-se na concepção do trabalho em si e em seus processos, influenciando diretamente no planejamento e política de recursos humanos em saúde, bem como na formação desses recursos e nas relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Falar sobre o processo de trabalho em saúde remete à compreensão de que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho, como gestão e gerência administrativa; ações promocionais, preventivas e curativas, e a formação específica de recursos humanos.

A relação humanizada seja entre profissionais e entre profissionais e usuários, é um dos aspectos a serem ressaltados quando se aborda a questão do trabalho na saúde. Estabelecer relações de trabalho embasadas no diálogo, no trabalho em equipe, na comunicação eficaz e endossando valores como ética, solidariedade e compromisso, acentuam as possibilidades de que essa perspectiva é possível de ser concretizada diariamente.

Para Souza et al. (1993), qualquer processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço, orientado a este fim, e também uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que

influenciam a produção específica do serviço de saúde. É fundamental ressignificar o processo de trabalho, o que exige a mudança de sua finalidade, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos entre usuário/profissional/e equipe de saúde.

Stobäus e Mosquera (2004, p. 52) evidenciam que o trabalho atua como reforço da necessidade da pessoa adulta de ser gerativa – tendência a produzir algo, a cuidar de algo, alguém que prepare as próximas gerações. Esse conceito evoluiu através dos tempos, intensificando a idéia de que o trabalho desenvolve sentimentos de generosidade e satisfação, estimulando o entendimento frente ao mundo e seus contrastes e contribuindo para o desenvolvimento de uma melhor saúde psicológica e maior tolerância nas relações interpessoais. À percepção dessa realidade é que surge a interface com a educação: ao conhecimento dos fenômenos ambientais soma-se o fenômeno viver, consonante com esse contexto, proporcionando a construção de espaços de aprendizagem e reflexão.

A saúde, enquanto campo de organização assistencial e tecnológica de ações tem suas atividades qualificadas e toma o processo coletivo da saúde e da doença como seu objeto de trabalho. Desse modo, a saúde é identificada como o campo de ações que tem como perspectiva a promoção da saúde individual e coletiva, através da atuação nas dimensões coletivas.

Em se tratando da promoção da e para saúde, é de fundamental importância explicitar o sentido desta afirmação e sua origem. A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a Carta de Ottawa (WHO, 1986), que define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Paralelo a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. A saúde é entendida, assim, não como um objetivo em si, mas como um recurso fundamental para a vida cotidiana, incluindo alguns requisitos tais como paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Assim, a nova concepção de saúde comporta uma visão afirmativa que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido.

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, na contemporaneidade, é a constatação do papel que envolve as condições de saúde. Esse se sustenta no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “experienciada”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar. Assim, através dessa abordagem do trabalho em saúde, possibilita-se chegar ao cuidado, princípio central da integralidade. Nesse sentido, acredito que o diálogo é fundamental para a construção de saberes acerca dos processos de saúde, assumindo – a comunicação e a linguagem – características de informação, orientação e interação.

Produzir saúde a partir do trabalho significa fundamentalmente operar saberes. Saberes esses, emergentes do meio social no qual estão inseridos profissionais e usuários, em uma parceria renovada diariamente pelo convívio e pela dimensão solidária e ética do trabalho em saúde.

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MERHY, 1999, p. 7).

A relação entre saúde e trabalho no campo da Psicologia, foi tratada por autores clássicos – por exemplo, Freud (1968) - como mencionado por Stobäus e Mosquera (2004, p. 50), relatando a visão prospectiva do autor. Relata-nos que pessoa saudável é aquela capaz de amar e trabalhar; a pessoa que ama conscientemente assume características de maior generosidade e menor egoísmo. Atribui a isso um conflito constante contra a infantilidade de seu ser central. Considera que, ao desprendimento proporcionado pelo ato de amar, passa-se a ter atitudes mais conscientes.

Dessa forma, acredita-se que estabelecendo laços e estreitando relações interpessoais, que se estendem para todos os segmentos da vida do ser humano, é possível estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Segundo os mesmos autores, ao citarem Jourard e Landsman – psicólogos humanistas – concebem a pessoa saudável como sendo aquela capaz de desenvolver capacidade crítica em sua sociedade, possibilitando um modo de agir mais consciente. Dessa forma, aprende a ver e ouvir os outros como realmente são, traços fundamentais para as relações interpessoais.

Considero, portanto, que o entendimento das relações interpessoais no trabalho em saúde é importante tendo em vista o papel característico das ações desempenhadas por esses profissionais, que envolvem não somente a dimensão tecnicista, mas também a dimensão das relações sociais e de integração humana.

Nesse sentido, Rogers (1983b) chama a atenção para o imprescindível papel das relações humanas e dos valores norteadores destas relações como alavancas para o crescimento individual e interpessoal, e afirma que os indivíduos são portadores de vastos recursos para a autocompreensão e modificação de seus autoconceitos, atitudes e comportamento autônomo. Uma vez ativados esses recursos, mediante um clima de atitudes facilitadoras, criam-se condições de crescimento e desenvolvimento da pessoa, caracterizadas por Autenticidade, sinceridade ou congruência (essa última já evidenciada pelos estudos de Maturana); Aceitação, interesse ou consideração; e Compreensão empática.

Sem dúvida, o desenvolvimento dessa forma de pensar e agir deve-se ao entendimento e adoção de certas atitudes e valores que evidenciam essa visão do “ser” descrita por Rogers. Em 1957, o mesmo autor apresentou as condições necessárias e suficientes para considerarmos a Psicologia Humanista não apenas uma teoria, mas uma filosofia, um enfoque de vida, um ponto de vista, aplicável a qualquer situação em que o crescimento é o objetivo.

As três condições abordadas por Rogers para o desenvolvimento desta perspectiva, conforme enunciadas acima, são consideradas necessárias e indispensáveis para a efetivação de sua teoria: **Consideração Positiva Incondicional**, significando aceitação incondicional do outro, não necessariamente aprovação, valorizando-o como um indivíduo com necessidades, desejos, sentimentos de bem-estar e crescimento e sonhos.

Essa troca de experiências entre o eu-tu, retorna como cuidado genuíno e positivo; **Empatia**, decorrente da atitude de aceitação e de valorização incondicional, considerando o outro como ser único e vivenciando *suas* experiências.

Nessa perspectiva evoca-se o valor da **comunicação** e seu conteúdo, e a importância desse processo como forma de compreender o universo do outro (escuta empática). Uma postura de atitude empática pressupõe um alto grau de flexibilidade, de resiliência, autenticidade e autonomia. **Congruência ou Genuinidade**, permitindo que os indivíduos sejam pessoas reais, autênticas, e não modelos de perfeição. Essa atitude requer transparência, coerência e sintonia, consideração do outro como ser único, permitindo que nessa relação as pessoas harmonizem seu mundo interior com os sentimentos e as idéias.

Essa possibilidade de se relacionar é extensiva a todos os grupos sociais, uma vez que a aprendizagem é contínua e sócio-historicamente situada. Nesse sentido, essas condições se aplicam indiferentemente à relação terapeuta-paciente, pais-filhos, líder-grupo, administrador-equipe, em qualquer situação na qual o objetivo seja o desenvolvimento da pessoa.

De modo semelhante, Ramos (2003) ao citar Cooley (1909), postula a teoria que as forças que mantêm a coesão dos grupos humanos são primordialmente de ordem psicológica. Os indivíduos comunicam-se entre si pelo pensamento, pela transmissão de idéias. É a intercomunicação mental que dá a consciência do grupo, como base da interação social. Esta transmissão de idéias pode ser feita diretamente, de indivíduo a indivíduo (face a face).

Krüger (1986), por sua vez, também analisa o comportamento social interpessoal enfatizando que é nas relações interpessoais que se verificam as influências das circunstâncias sócio-culturais, historicamente localizadas, sobre o comportamento. Pesquisando a cultura humana, essas influências manifestam-se sob uma ótica sincrônica (geográfica) e diacrônica (histórica), daí a conceituação da importância do meio e sua congruência com o comportamento e aprendizagem humana.

Freqüentemente preconiza-se que existem más relações interpessoais, porém não se sabe, de fato, o que são essas más relações. Stobäus e Mosquera (2004, p. 55) ressaltam que, acima de uma análise mais cuidadosa é colocado muito da imaginação e do preconceito, referente a essa situação de mal estar.



O repensar sobre as relações interpessoais no trabalho, visualizando um novo fazer em saúde, no qual os profissionais tornem-se sujeitos participativos, valorizando processos subjetivos como a criatividade e a afetividade, também se fazem presente em Rogers (1977a, p. 119), quando discute a respeito do objetivo primário das profissões assistenciais:

A finalidade da maioria das profissões assistenciais é facilitar o desenvolvimento pessoal e o crescimento psicológico dos clientes, na direção de uma maturidade socializada. A medida mais adequada da eficiência de qualquer membro da profissão é considerar até que ponto, no seu trabalho, atinge o seu objetivo.

O mesmo autor propôs, igualmente, uma nova abordagem da pessoa frente ao sentimento compartilhado com os grupos sociais, com os quais o indivíduo se identifica, permitindo o reconhecimento dessas relações interprofissionais nas organizações. Afirma que o poder é compartilhado no relacionamento que estabelecemos com o grupo e seus membros, permitindo-nos ser e que os outros também o sejam. A abordagem do indivíduo, sob essa ótica de aceitação, permite o revelar-se criativo e pleno de recursos para análise e transformação de sua própria vida.

Paralelamente, Maturana (2002) evidencia o surgimento do legítimo outro ao estimular-se esse tipo de convivência, proporcionando e ampliando espaços em que os indivíduos permitam-se ser com os outros e consigo próprios.

Dessa forma, considero que o trabalho em saúde pode ser pautado em uma perspectiva que envolva princípios básicos de ética, participação, gestão e criatividade, favorecendo o desenvolvimento de atitudes e comportamentos que visem a qualidade das relações entre profissionais e usuários, respeitando o objetivo maior da saúde que é a humanização e integralidade das ações.

Entendo que o cuidado em saúde aparece como idéia central quando se abordam questões de trabalho nessa área. O cuidado respeita o princípio ideal da integralidade, estabelecendo relações entre profissionais de saúde e pacientes, considerando o conjunto dos variados contextos sociais em que se realiza. Nogueira (2002, p. 263), ao descrever o conceito de Ayres (2001), aborda a questão do cuidado em saúde adotando um referencial de autonomia dos indivíduos, considerando-o não uma beneficência nem algo redutível a um saber metodicamente tecnicista, nem tampouco aplicado a amenidades no conforto e bem-estar do paciente. Pelo contrário, o cuidado é dar suporte e forma ao “querer ser” do

outro, levando em consideração a vontade de quem é cuidado, qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato.

Avançando um pouco mais nessa linha, podemos elencar outros aspectos que se fazem presentes ao articularmos a questão dos recursos humanos ao objetivo do trabalho em saúde voltado para o “cuidar”, em suas distintas dimensões e com diversos significados: o envolvimento cuidadoso, zeloso, responsável, com desvelo e bom trato; confiança mútua e necessária por quem cuida e por quem é cuidado, estabelecendo relações singulares entre os envolvidos no processo; tomada de atitude de quem cuida, demonstrando atenção, respeito, solidariedade, não somente com palavras, mas efetivamente com atitudes; consideração das diferenças na relação entre as pessoas. Enfim, o ato cuidador que se estabelece na relação interpessoal recurso humano/trabalhador de saúde é marcadamente singular e complexo, uma vez que está inserido em um contexto histórico e cultural – e por que não, simbólico? -, como o é o processo de saúde-doença.

Obviamente que, em se realizando uma análise dos padrões administrativos vigentes, a lógica predominante é de racionalidade administrativa que leva a cabo as questões de planejamento, diagnóstico, avaliação e controle como centrais nos processos de gestão. Não se trata de desqualificar essas ferramentas e instrumentos, sem dúvida alguma necessários ao desenvolvimento do trabalho. Contudo, não são suficientes frente às considerações apresentadas até o momento, para o setor saúde.

A lógica da implementação do cuidado requer trabalhadores que se reconheçam no trabalho, que promovam a articulação de suas ações com as finalidades do trabalho, com as suas próprias necessidades e com as necessidades dos pacientes, sendo esse conjunto uma permanente produção/intervenção. O objeto primordial é o próprio indivíduo em suas múltiplas complexidades em interface com os seus, e não somente, seu aspecto biológico.

Nesse sentido, concordo com Rogers (1997) quando visualiza uma nova possibilidade de entendimento das relações interpessoais nas quais estão inseridas, no contexto compreendido nessa pesquisa, os profissionais e os sujeitos de seu trabalho/cuidado em saúde. Aqui é importante ressaltar a faceta ética carregada junto à questão do cuidado, compreendendo e estendendo a atitude cuidadora a todas as formas de trabalho em saúde.

Se eu posso criar uma relação caracterizada da minha parte: por uma autenticidade e transparência, em que eu sou meus sentimentos reais; por uma aceitação afetuosa e apreço pela outra pessoa como um indivíduo separado; por uma capacidade sensível de ver seu mundo e a ele como ele os vê; Então o outro indivíduo na relação: experienciará e compreenderá aspectos de si mesmo que havia anteriormente reprimido; dar-se-á conta de que está se tornando mais integrado, mais apto a funcionar efetivamente; tornar-se-á mais semelhante à pessoa que gostaria de ser; será mais autodiretivo e autoconfiante; realizar-se-á mais enquanto pessoa, sendo mais único e auto-expressivo; será mais compreensivo, mais aceitador com relação aos outros; estará mais apto a enfrentar os problemas da vida adequadamente e de forma mais tranqüila (ROGERS, 1997, p. 43).

Na verdade, as experiências vivenciadas com outras pessoas é que irão marcar e conferir aos objetos um sentido afetivo, determinando, dessa forma, a qualidade do objeto internalizado. Nesse sentido, pode-se supor que, nesse processo, estão envolvidos não só os aspectos cognitivos, mas também os afetivos.

Assim, portanto, abre-se um espaço para investigações científicas abordando a influência dos aspectos afetivos nos processos de trabalho.

Rogers (1983b) destaca muito bem o reconhecimento do potencial humano e suas capacidades, visualizando o desenvolvimento de processos de mudança e criação, permitindo que o ser humano retorne ao individual, ao pessoal, mas não através do conceito pessoal ou individual que se opõe e é incompatível com o social, mas em um conceito individual que dá sentido ao social, num conceito isomórfico de organismo, a todos os níveis de organização, numa posição profundamente holística e humanista.

Em termos organizacionais, Ramos (2003) ao citar Cooley destaca o papel da Psicologia Social como agregadora dos grupos e sua função de coesão e consciência grupal. Em sua obra *Social Organization* de 1909, desenvolveu a teoria de que as forças que mantêm a coesão dos grupos humanos são primordialmente de ordem psicológica. Os indivíduos se comunicam entre si pelo pensamento, pela transmissão de idéias. É a intercomunicação mental que dá a consciência do grupo, como base da interação social. Essa transmissão de idéias pode ser feita diretamente, de indivíduo a indivíduo (face to face).

Nesse contexto, não poderíamos deixar de citar Rogers (1997), quando o mesmo afirma que a base para as mudanças, em qualquer nível de organização grupal, está apoiada em cuidadosa análise das relações humanas. Visualiza a possibilidade da emergência de uma nova área envolvendo as relações humanas, bem como determinadas mudanças envolvendo o próprio conceito de pessoa e o reconhecimento de seu potencial.

À abordagem do trabalho e suas nuances, passa-se, necessariamente, pela abordagem da gestão empresarial. Atualmente, utiliza-se essa nomenclatura no sentido de buscar resultados empresariais sustentáveis, considerando a complexa ótica das variáveis que compõem as práticas organizacionais, entre as quais, o arranjo produtivo, administrativo, o papel do trabalhador nesse contexto e a relação empresa-servidor. Frente a esses aspectos, podemos nos interrogar: – O que, de fato, existe no cofre-forte da empresa? – Quais os sentimentos que movem os funcionários no mundo do trabalho e das organizações? Ao passo que poderíamos responder: – Os valores são o tesouro da empresa. Esses sentimentos - valores - são os ideais, os princípios e a filosofia, revelando a alma dos trabalhadores e da organização.

Quando os valores individuais, do grupo e da organização estão em sincronia, há a geração de muita energia. O compromisso, o entusiasmo e o estímulo são intensificados: as pessoas possuem uma razão para preocuparem-se com seu trabalho. Esses valores, quando compartilhados, são bússolas que permitem que as pessoas ajam em inter-relação, promovendo o seu desempenho e o de outrem.

Os estudos sobre o sentido do trabalho surgiram de forma mais sistematizada a partir da década de 80, na psicologia organizacional, e possui como principal representante a pesquisa realizada pelo grupo MOW – Meaning Of Work (1987), realizada em vários países. Alguns aspectos foram evidenciados pelo grupo MOW referentes ao sentido do trabalho, entre eles, êxito e realização pessoal (crescimento pessoal e desafio intelectual associados ao prazer e ao conteúdo da tarefa); justiça (as obrigações que a organização possui com o trabalhador, reconhecimentos e recompensas e igualdade de exigências); sobrevivência familiar, pessoal e independência econômica (a função social do trabalho em relação à família e às garantias individuais de sobrevivência); carga mental (o trabalho como esforço mental, subordinação hierárquica, repetição, execução e ritmo); exigências sociais (a responsabilidade social do trabalho no atendimento das demandas sociais) (BORGES FILHO, 2001).

Frente aos vários conceitos envolvendo o sentido do trabalho, aos modelos de produção (principalmente Taylorismo/Fordismo), bem como o envolvimento dos aspectos de exploração e alienação decorrentes de práticas não humanizadas, pode-se avaliar brevemente a historicidade de padrões organizacionais e

comportamentais desse conceito. O sentido do trabalho, por sua vez, está intimamente ligado às relações, existindo outras razões que não o alcance produtivo, para tal existência – relações interpessoais, satisfação e identidade com uma filosofia. Portanto, o trabalho é visto como um sentimento de pertencimento e vinculação.

A partir dessas considerações, Rogers aborda a característica da Nova Pessoa (1983b), descrita por ele como pessoas capazes de desenvolver o sentimento de vínculo e pertencimento em quaisquer grupos - institucionais/organizacionais -, promovendo o crescimento individual e grupal, atribuindo sentido às relações.

Estas pessoas vivem a vida como um processo, como um fluxo de energia, uma transformação. A vida rígida, estática, não atrai mais. [...] Vêm que poder sobre os outros é simplesmente uma outra forma de conquista, igualmente inaceitável e a que são igualmente avessos. O objetivo delas é potencializar a cada indivíduo, compartilhar o poder em empreendimentos comuns.[...] Não gostam de viver em um mundo compartimentalizado – corpo e mente, saúde e doença, intelecto e sentimento, ciência e senso comum, indivíduo e grupo, sadio e insano, trabalho e divertimento. Em lugar disto, empenham-se no sentido de uma totalidade de vida, experienciando o pensamento, o sentimento, a energia física, a energia psíquica, a energia curadora, todos, de uma forma integrada. [...] Têm uma abertura para o mundo – tanto interior como exterior. São abertas à experiência, a novos modos de ver, a novos modos de ser, a novas idéias e conceitos e a um recentemente descoberto mundo de sentimentos.[...] Têm uma antipatia por qualquer instituição altamente estruturada, inflexível, burocrática. Acreditam que a instituição deve existir para as pessoas, e não o inverso (ROGERS, 1983b, p. 16-17).

### 2.3 FORMAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE

Atualmente, a Formação Continuada vem conquistando espaços importantes nas organizações, em nível mundial. Sabe-se, porém, que a discussão a esse respeito é percebida de diferentes formas, dependendo do grau de desenvolvimento e filosofia das instituições. Em vista a essa percepção, considera-se de importância salutar discorrer sobre alguns aspectos desse processo, tomando por base o indivíduo e a construção do conhecimento, bem como sua inter-relação com o meio.

Através dessa ação contínua e sistemática de trocas, a educação caracteriza-se por sua prática integradora e reflexiva. É papel da educação o reconhecimento e a manutenção da unidade do indivíduo enquanto ser singular,

ativo e reflexivo, simbólico, espaço-temporal e objeto e sujeito de sua trajetória. Essa visão holística está delineada como um sistema global de aprendizagem que pressupõe uma ampla reformulação de atitudes e valores individuais e coletivos. Nesse sentido, a educação continuada exerce particular importância, promovendo a qualificação, satisfação e produtividade.

Delors (2003, p. 101) afirma que a educação é um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida e está balizada por quatro pilares: aprender a conhecer/aprender a aprender; aprender a fazer, adquirindo competências que tornem o indivíduo apto ao enfrentamento de numerosas situações – sociais ou de trabalho - e ao trabalho em equipe; aprender a conviver, desenvolvendo a compreensão do outro a percepção das interdependências; aprender a ser, no sentido de melhor desenvolver a personalidade e de agir com maior capacidade de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal.

Nessa visão, a educação assume um caráter pluridimensional, uma vez que se caracteriza pela construção contínua da pessoa, do seu saber e das suas aptidões, e também pela capacidade de discernimento e ação. Tomando consciência de si própria e do meio que a envolve, passa a desempenhar o papel social que lhe cabe no mundo do trabalho e na sociedade.

A Educação, por sua vez, deve evitar desligar-se do ambiente social, e o mundo do trabalho constitui, igualmente, um espaço privilegiado de educação no que tange à aprendizagem de um conjunto de habilidades. A formação educacional facilita a inserção na vida ativa e favorece o acesso à maturidade a aproximação necessária entre formação inicial e formação contínua.

A educação permanente, portanto, é concebida como uma perspectiva ampliada das necessidades imediatas de reciclagem profissional, e corresponde à necessidade de renovação cultural e novas exigências de autonomia dinâmica dos indivíduos, em uma sociedade de rápida transformação.

Dilly e Jesus (1995) referem que a educação intra-muros do funcionário deve ser um processo que propicie conhecimentos, capacitando-o para a execução adequada do trabalho e que prepare esse funcionário para futuras oportunidades de ascensão profissional, objetivando tanto o seu crescimento pessoal quanto o profissional. Para os autores, é a educação continuada que permite ao profissional, o acompanhamento das mudanças que ocorrem na profissão, visando mantê-lo atualizado, aceitar essas mudanças e aplicá-las no seu trabalho. Consideram, então,

a educação continuada como um conjunto de práticas educacionais que visam melhorar e atualizar a capacidade do indivíduo, favorecendo o seu desenvolvimento e sua participação eficaz na vida institucional.

As questões norteadoras que envolvem a capacitação continuada em serviço e a qualificação dos profissionais assumem um caráter especial quando se trata de instituições de saúde. O trabalho em saúde é realizado por seus servidores. A realização do trabalho na saúde, assim como na educação, só é legítima com pessoas. Esse aprendizado, por sua vez, é contínuo, tendo em vista o caráter dinâmico da saúde/educação nos processos de cuidar/ensinar.

Pereira (2001I, p. 173) relata que as competências da área de recursos humanos são dependentes, para sua operacionalização, de um componente de extrema importância: a educação. Toda a atividade gerencial de recursos humanos está estreitamente ligada à área da educação. Portanto, tendo em vista o foco dessa pesquisa, pode-se afirmar que cada uma das ações desenvolvidas junto ao serviço abordado, mesmo as de caráter aparentemente administrativas, possuem um componente educativo, uma vez que acontecem entre pessoas.

Tratando-se de uma instituição pública de saúde, outros critérios devem ser considerados frente à formação de recursos humanos. À consolidação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) contempla-se a formalização e a execução de uma política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos da saúde como responsabilidade compartilhada entre os órgãos gestores e os órgãos formadores. O ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde está previsto no inciso III, artigo 200, no qual aborda a competência do Sistema Único de Saúde no âmbito do ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica prevendo políticas de regulação, apoio e fomento da Educação, para sua operacionalização em nível organizacional de saúde.

Frente à diversidade de profissionais que compõem uma instituição de saúde, em particular a analisada nessa pesquisa, é importante abordar o conceito trabalhador em saúde - ou trabalho em saúde – tendo em vista a heterogeneidade de ocupações nos ambientes sócio-institucionais.

Esse conceito assume particular relevância ao abranger-se o universo do trabalho no SUS, a partir da especificidade de ações envolvendo as práticas de saúde coletiva. Médici et al. (1999, p. 100-102) buscam discernir termos envolvendo profissionais, trabalhadores e pessoal de saúde, corroborando no enfoque da

diversidade do universo de trabalhadores no SUS. A definição de profissionais de saúde, à luz desses autores, refere-se àqueles que, estando ou não ocupados no setor da saúde, detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. Os trabalhadores de saúde seriam todos aqueles que estão inseridos, direta ou indiretamente, na prestação dos serviços de saúde ou em atividades de saúde, independente de possuírem formação específica para o exercício das funções correspondentes ao setor. Pessoal de saúde está definido como o conjunto de trabalhadores que, possuindo formação ou capacitação específica prática ou acadêmica, trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde.

De acordo com a atual Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002), as ocupações de saúde em nível médio são em número de 44, além das profissões científicas, em número de 14, numa clara demonstração da diversidade de profissões que compõem as organizações de saúde.

O modelo hierárquico de saúde/doença concebido historicamente, passa a ser repensado na realidade dos trabalhadores do SUS, e propõe que a instituição seja a porta de entrada do sistema, e atue como lugar de acolhimento e vínculo afetivo, tanto entre profissionais como entre profissionais/usuários.

A reorientação da educação dos trabalhadores de saúde envolve profundas mudanças nos modelos de gestão, relações interpessoais e de participação. A gerência dos processos relacionados aos recursos humanos passa a associar o conceito de desenvolvimento ao processo de educação continuada. Na área da saúde, essa reorientação assume um caráter não dissociativo, visualizando a atenção integral à saúde e a aprendizagem como conceitos que estabelecem uma interface entre o individual e o coletivo, promovendo a qualificação do trabalho e o desenvolvimento humano.

A aquisição dessa qualificação ocorrerá através da sistematização do aprendizado nos serviços de saúde, e que tem sido reforçado – o aprendizado - por avanços tecnológicos e por mudanças sócio-econômicas e culturais. Essas mudanças podem ser alcançadas através de estratégias realizadas com a educação do funcionário intra ou extra-muros, favorecendo dessa maneira o seu desenvolvimento, levando-o a adquirir maior satisfação como profissional e como



indivíduo, promovendo e melhorando suas relações interpessoais no campo do trabalho e, conseqüentemente, sua produtividade.

A educação continuada é vista por Silva et al. (1986) como um conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento ao funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetiva e eficazmente na sua vida institucional. Ela deve ser uma constante troca de experiências, envolvendo toda a equipe e a organização em que está inserida.

Em sintonia com essas idéias, podemos conceber a educação continuada como uma ferramenta de busca da qualificação da assistência em saúde, da promoção e satisfação no serviço e como melhoria das condições de trabalho em prol de um objetivo comum, através da identificação de problemas, insatisfações, necessidades e ao planejamento e utilização de estratégias para saná-los. Conclui-se então, que o fator mais influente na aprendizagem das competências em saúde, consiste no estímulo ao conhecimento técnico-científico dos profissionais, acrescido das práticas clínicas, suscitando no indivíduo-funcionário desejos de formação/orientação – promoção da motivação – e ampliando suas potencialidades nas atividades cotidianas.

Frente a esse cenário é possível refletirmos que se torna cada vez mais necessário implementar projetos educacionais capazes de atualizar conhecimentos, introduzir novas tecnologias e desenvolver habilidade para o trabalho multiprofissional, enfatizando o trabalho em equipe e as ações de promoção, vigilância e prevenção, contemplando o quadro atual em saúde: a formação inicial de base dos recursos humanos, a relação custos X qualidade, condições diversificadas de exercício profissional e diferentes vínculos de trabalho.

A saúde, enquanto campo de organização assistencial e tecnológica de ações, tem suas atividades qualificadas e tomam o processo coletivo da saúde e da doença como seu objeto de trabalho. Desse modo a Saúde tem se identificado como o campo de ações que tem em perspectiva a promoção da saúde, através da atuação nas dimensões individual e coletiva, nunca se desvinculando do caráter educacional e de formação técnica.

Depreende-se, portanto, que a educação continuada para a saúde constitui-se da reflexão e construção progressiva de conhecimentos, operacionalizada através da prática assistencial sistematizada e do planejamento de ações qualificadas, proporcionando aos profissionais um ambiente de valorização e motivação, de forma

que apresentem um bom desempenho através de suas competências, produtividade e satisfação no trabalho.

Cabe pontuar que as reflexões relacionadas à educação e à aprendizagem são uma constante na organização do trabalho em saúde, caracterizando-se por estratégias contínuas e dinâmicas de formação/ação, nas quais a presença do outro e as interações profissionais têm seus horizontes expandidos. É necessário superar a visão individualista, partindo em direção a dimensões coletivas, institucionais e estruturais de intervenção que, sem o entendimento dessas relações, permanecem em caráter estático e imutável.

Visualizando, dessa maneira, o processo de aprendizagem e suas interações, é possível estabelecer rearranjos por intermédio das relações plurais, em nossos espaços de educação formal e informal no ambiente de trabalho, por meio da formação continuada em serviço.

Em resumo, entendo que a formação continuada atende às necessidades de implementação de novas práticas e ações de saúde, com vistas à reorientação das políticas sanitárias e à necessidade de atualização dos profissionais. Através dessa concepção, as instituições realimentam o profissional através do saber/fazer, e abrem mais espaços para a participação e possibilidades de reflexão na busca de alternativas e estratégias, objetivando a busca da satisfação e qualificando as práticas em saúde.

Outrossim, o desenvolvimento desse estudo justifica a preocupação em garantir um ambiente de trabalho que traga satisfação ao funcionário da instituição de saúde em foco e, conseqüentemente, estimule e subsidie a melhoria do profissional como cuidador na promoção da prática integral em saúde frente à complexidade do cuidado coletivamente produzido.

A Educação continuada, nesse enfoque, propicia uma reflexão dos aspectos teóricos, práticos e políticos sobre a formação e prática profissional nas questões da Saúde e das relações de trabalho, estimulando a criação de uma rede de conhecimentos e experiências para o fortalecimento da assistência em saúde.

Como ilustração, cito Rogers (1971, p. 5) o qual elucida que a aprendizagem torna-se significativa através do envolvimento pessoal no processo educacional, mediada pelas experiências:

A aprendizagem significativa tem a qualidade de um envolvimento pessoal – a pessoa como um todo inclui-se no fato da aprendizagem. Ela é auto-iniciada – mesmo quando o primeiro impulso ou o estímulo vem de fora, o senso da descoberta, do alcançar, do captar e do compreender vem de dentro. É penetrante – suscita modificação no comportamento, nas atitudes, talvez mesmo na personalidade do educando. É avaliada pelo educando. [...] Quando se verifica a aprendizagem, o elemento de significação desenvolve-se para o educando, dentro da sua experiência como um todo.

### 3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo realizado é de natureza quanti-qualitativa. Quantitativa, a partir da aplicação de questionário fechado, composto de questões que procuram desvelar a categorização afetiva no ambiente de trabalho na saúde. E qualitativa, a partir da análise das respostas oriundas dos dados coletados e suas correlações no campo pesquisado.

A pesquisa quantitativa prevê a mensuração através de variáveis pré-estabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante análise da freqüência e incidências e correlações estatísticas.

Para Minayo (1998), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares preocupando-se, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Dessa forma, esse tipo de pesquisa “trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1998, p. 22).

A abordagem qualitativa em pesquisa opõe-se, em geral, ao pressuposto que defende um padrão único de pesquisa para todas as ciências, baseado no modelo de estudo das ciências da natureza. Dessa forma, a pesquisa qualitativa auxilia na descoberta de fenômenos indiretos, tais como, observação participante, entrevista não-diretiva, relatos de vida, reunindo dados que constituem um conjunto de informações necessárias à formação do corpus qualitativo da pesquisa.

Existe uma tendência a colocarem-se rótulos, de modo a salientar a distinção entre a pesquisa quantitativa e qualitativa. Pode-se utilizar o paradigma do positivismo como exemplo, associado com maior freqüência aos métodos quantitativos. No entanto, muitas pesquisas desenvolvidas nessa tradição, também coletam e analisam dados qualitativos.

A pesquisa quantitativa, entendida por alguns pesquisadores como ciência “hard”, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência. A pesquisa qualitativa, por outro lado, é conhecida

como ciência “soft”. Seus pesquisadores tendem a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, buscando apreender esses aspectos em sua totalidade, no contexto vivenciado.

De acordo com Mazzotti (1998), “parte-se do princípio de que não há metodologias boas ou más em si, e sim metodologias adequadas ou inadequadas para tratar um determinado problema”.

Tanto o método quantitativo quanto o qualitativo apresentam pontos fracos e fortes. Os elementos fortes de um complementam os fracos do outro, sendo ambos fundamentais para o desenvolvimento das ciências humanas.

Para esse estudo, em específico, foi utilizado o método de pesquisa exploratória como propósito subjacente. Polit et al. (1995, p. 14) descreve a pesquisa investigatória como aquela que se inicia por algum fenômeno de interesse; mas, ao invés de, simplesmente, observar e registrar a incidência do fenômeno, a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona.

Estudos exploratórios são, de maneira especial, apropriados, quando é investigado uma nova área ou assunto, como é o caso dessa pesquisa. Possibilita a abertura de inúmeros caminhos de pesquisa e ação, e pode ser muito benéfico para administradores.

### 3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO E SUJEITOS

Os sujeitos são profissionais da área da saúde de um serviço de saúde da rede pública municipal de Porto Alegre, os quais foram solicitados a participar da pesquisa e formalizaram sua adesão por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Modelo – unidade de saúde vinculada à esfera administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Possuidora de vasta historicidade na área da saúde pública nacional, essa instituição reúne elementos que traduzem as diversas concepções sanitaristas ao longo dos tempos.

Em outubro de 1938 a Diretoria de Obras da Secretaria das Obras Públicas, orientada pela Diretoria Geral do Departamento Estadual de Saúde, organizou um anteprojeto para a construção de um Centro de Saúde Modelo a ser construído em Porto Alegre. Esse edifício seria construído na rua Venâncio Aires, local do antigo Desinfetório (o Desinfetório Central compreendia as atividades necessárias ao atendimento de casos das moléstias transmissíveis, executava desinfecções e desinfestações, tanto em locais públicos com focos de doenças quanto domiciliares, realizavam remoção de doentes para instituição hospitalar em caso de isolamento, incumbia-se do transporte dos óbitos em decorrência dessas moléstias, entre outras atividades).

A Prefeitura Municipal de Porto Alegre, porém, almejava à construção do Hospital de Pronto Socorro, tendo escolhido para a sua edificação um terreno vizinho ao de propriedade do Estado, onde estava prevista a construção do Centro de Saúde Modelo. O nome “Modelo” representava um marco, no Estado, quanto à proposta de atendimento global à população.

Com o propósito de incrementar a construção do Hospital de Pronto Socorro, beneficiando também a implementação do Centro de Saúde, a Prefeitura Municipal propôs, com aceitação pelo Governo do Estado, uma permuta entre o terreno da rua Venâncio Aires, pelo prédio destinado ao Centro de Saúde, a ser construído em uma nova avenida, sob a administração dos cofres municipais.

A Prefeitura de Porto Alegre encampou as providências necessárias, determinando o aterro de uma grande área existente entre a Avenida João Pessoa e a rua Santana, iniciando os trabalhos de construção na Avenida Jerônimo de Ornelas.

Nesse ínterim, a 4ª Seção da Diretoria Geral de Obras e Viação (atual SMOV) organizava o projeto definitivo do edifício, baseado no anteprojeto do engenheiro Rui Bacelar.

A pedra fundamental foi lançada em 24 de dezembro de 1940, com um ano de prazo para o término da edificação. No dia 29 de dezembro de 1941, o novo Centro de Saúde Modelo foi entregue à comunidade porto-alegrense, com uma área total de 1560 m<sup>2</sup>.



INTERVENTOR FEDERAL DO ESTADO:  
**Cel. Osvaldo Cordeiro de Farias**

PREFEITO DE PÔRTO ALEGRE:  
**Dr. José Loureiro da Silva**

**SECRETARIOS DE ESTADO:**

Agricultura: — **Dr. Ataliba Paz**  
 Educação: — **Dr. José Pereira Coelho de Souza**  
 Fazenda: — **Dr. Oscar Carneiro da Fontoura**  
 Interior: — **Dr. Miguel Tostes**  
 Obras Públicas: — **Dr. Antônio Meirelles Leite**

**DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE**

Diretor Geral:	— <b>Dr. Bonifácio Costa</b>
Diretor da Divisão Técnica, Interino:	— <b>Dr. Felicissimo Difini</b>
Diretor da Div. Administrativa, Interino:	— <b>Dr. Francisco Salzano</b>
Diretor da Div. de Assistência Médico-Social:	— <b>Dr. Alvorino Mércio Xavier</b>
Diretor da Div. de Laboratórios de Saúde:	— <b>Dr. Jandyr Maya Failace</b>
Médico Assistente:	— <b>Dr. Nelson Carvalho Souza</b>
Engenheiro Assistente:	— <b>Dr. Ruy H. Bacelar</b>
Enfermeira Chefe:	— <b>D.<sup>a</sup> Izaura Barbosa Lima</b>
Médico-Chefe do Centro de Saúde Modelo (n.º 2)	— <b>Dr. Fernando Schneider</b>

Figura 3 - Documento de inauguração do Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008



Segundo noticiado nos jornais de época foi considerado como um dos maiores Centros de Saúde da América Latina. Na ocasião de sua inauguração os profissionais responsáveis pela sua administração em nível local eram: Diretor do Centro de Saúde Modelo, Dr. Fernando Schneider e Enfermeira Chefe, Izaura Barbosa Lima.



A enfermeira chefe do Departamento Nacional de Saúde, D.a Izaura Barbosa Lima, acompanhada da 1ª turma de educadoras sanitárias do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Em 1941, o número de educadoras sanitárias atingiu a 154.

Figura 4 - 1ª Turma de educadoras sanitaristas do RS

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

A concepção de sua estrutura física contemplava a movimentação dos pacientes com segurança, bem como a ventilação natural controlada através das aberturas do prédio.



# CENTRO DE SAÚDE MODELO

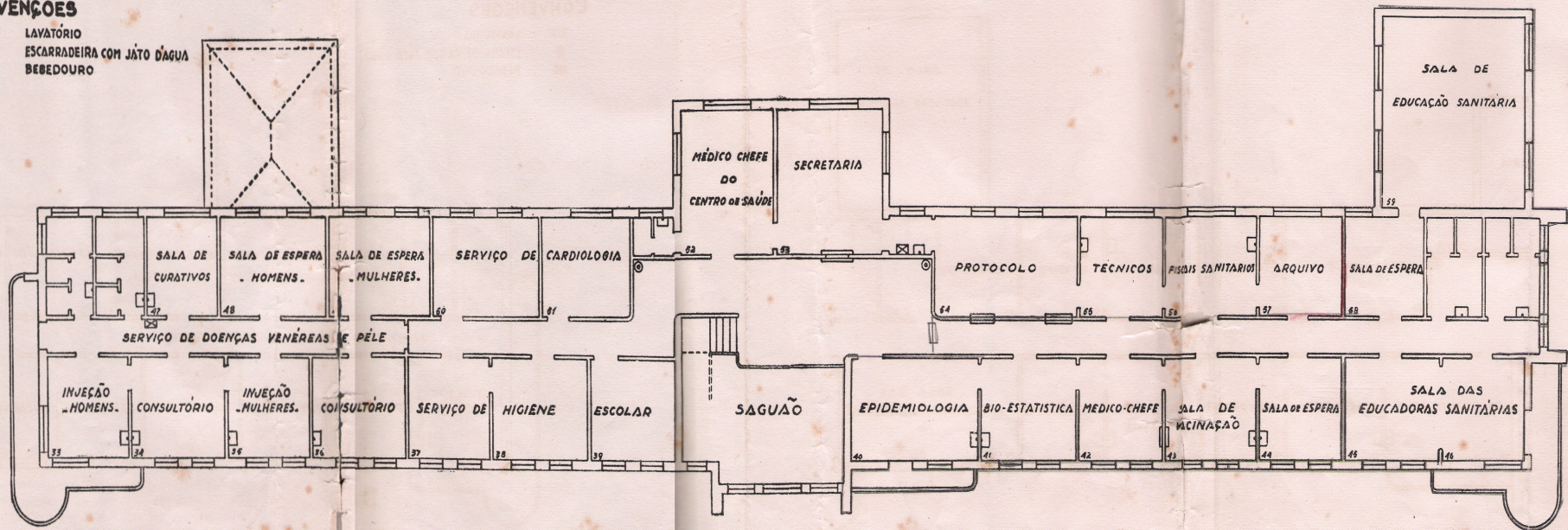
## - PÔRTO ALEGRE -

Esc. 1:100

PAVIMENTO SUPERIOR

### CONVENÇÕES

- LAVATÓRIO
- ESCARRADEIRA COM JATO D'ÁGUA
- BEBEDOURO



D. E. S.  
ENGENHARIA

570  
CÓPIA  
*C. Sampaio*

Figura 5 - Plantas originais pavimentos térreo e superior

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008



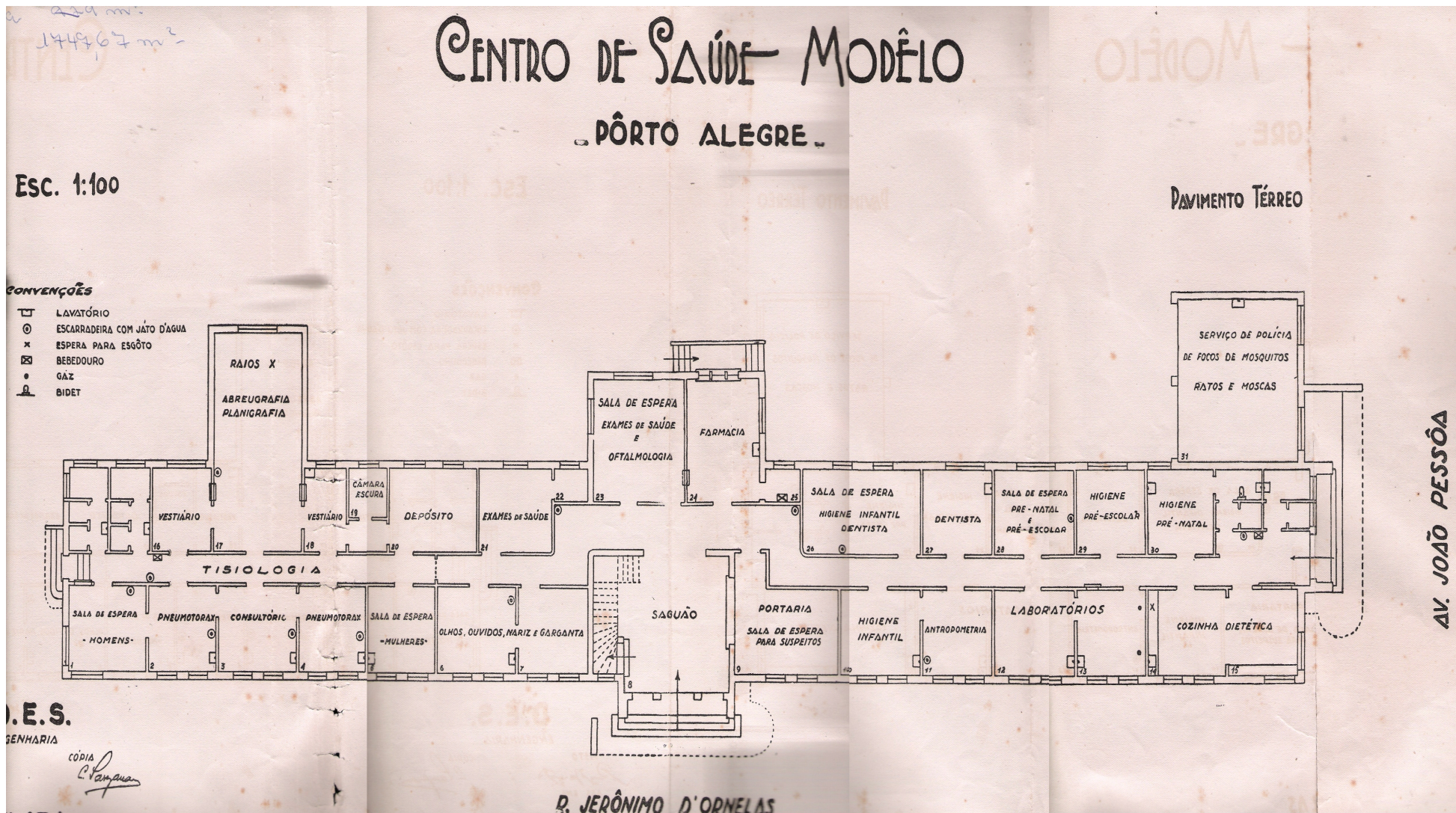


Figura 6 - Plantas originais pavimentos térreo e superior

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

O projeto arquitetônico da construção apresentava-se, intencionalmente, destacado, em função da existência de áreas com risco de transmissibilidade – à esquerda, unidade de controle de doenças transmissíveis e à direita, unidade materno-infantil. O acesso aos espaços apresentava como objetivo a separação, em função desse risco, e alguns dos serviços oferecidos caracterizavam-se como:

**HIGIENE DA ALIMENTAÇÃO:** O foco desse serviço consistia no ensino da higienização dos alimentos, fiscalização dos gêneros alimentícios, incentivo à produção de hortaliças, verduras e frutas e distribuição de produtos alimentícios.

**HIGIENE DO TRABALHO:** Tinha como objetivo examinar periodicamente os trabalhadores e inspecionar os locais de trabalho.

**HIGIENE DA CRIANÇA (INFANTE, PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR):** No caso dos Infantes (até os 2 anos), o Centro de Saúde realizava os exames das crianças registradas, promovia a orientação das mães quanto aos cuidados com os bebês e fornecia alimentação adequada, distribuída pela cozinha dietética onde ensinavam às mães a preparação dos alimentos. Em relação aos Pré-escolares (2 a 6 anos) o Centro de Saúde efetuava a medicina preventiva através de consultas periódicas, vacinas, encaminhamentos a especialistas (otorrinolaringologista, serviço de sífilis, etc.). Aos Escolares, além dos cuidados referentes à saúde, realizava a inspeção das escolas, promovia o exame periódico dos funcionários buscando a prevenção das doenças infecto-contagiosas, além de escolher os alunos que iriam às colônias de férias.

**HIGIENE PRÉ-NATAL:** Cuidava não só das gestantes através de exames periódicos como realizava os exames pré-nupciais dos noivos.

**HIGIENE DENTÁRIA:** Atendia toda a população inscrita no Centro de Saúde.

**POLÍCIA SANITÁRIA E SANEAMENTO:** Fiscalizava e inspecionava as casas e obras tanto particulares quanto públicas, de modo que as mesmas se adequassem às normas de higiene estabelecidas (esgoto, solo impermeabilizado, iluminação, etc.).

**ENDEMIAS RURAIS:** Executava atividades de hidráulica sanitária, promovia o uso de calçados e latrinas, informava à população sobre os meios de evitar o Tracoma, verminoses, Malária, doença de Chagas, etc.



**DISPENSÁRIO DE LEPROSA:** Buscavam novos casos, enviavam aos “leprosários” os acometidos pela doença, enviava as crianças para os “preventórios”, visando o isolamento dos focos da doença.

**DISPENSÁRIO DE TUBERCULOSE:** Cuidava dos pacientes acometidos pela doença, bem como investigava novos casos através de equipamento especializado (raios-X, abreugrafia, planígrafo). Quando da criação do Centro de Saúde Modelo, a tuberculose assolava o município de Porto Alegre e era conhecida como “peste branca”. O lema era: “cura, isola, preserva”.

**DISPENSÁRIO DE DOENÇAS VENÉREAS:** Fazia a descoberta dos doentes e das fontes de contágio, realizava os exames diagnósticos e fornecia o tratamento de ataque e profilático às doenças.

**SERVIÇO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS:** Através de propagandas de educação sanitária junto a outros setores do Centro de Saúde e de ações (notificação compulsória, isolamento dos contagiantes, etc.), procurava criar na cidade um ambiente desfavorável à entrada ou disseminação das doenças epidêmicas.

**EDUCAÇÃO E PROPAGANDA SANITÁRIA:** Em todos os serviços do Centro eram praticadas a todo o momento, através de palestras, conferências, filmes educativos, distribuição de folhetos, etc.

**ENFERMEIRAS DE SAÚDE PÚBLICA:** Chamadas de Educadoras Sanitárias, além dos serviços prestados no Centro de Saúde, tais como vacinas, orientações às gestantes, às mães e às crianças, deslocavam-se aos domicílios para verificar as condições de vida da população. Como disse o Dr. Leônidas Soares Machado, em material escrito quando da inauguração do Centro de Saúde Modelo: “São anjos de asas ocultas... o seu uniforme simples e austero indica preparo técnico, autoridade, inteligência, abnegação, bondade, lealdade, nobreza”.

**SERVIÇO DE CARDIOLOGIA:** Submetia os escolares a exames, visando à descoberta de cardiopatias.



Figura 7 - Centro de Saúde Modelo (década de 50)

O ápice dos problemas referentes à saúde pública no Brasil se dará nas décadas de 80 e 90 com o retorno das epidemias evitáveis, como os surtos de cólera e dengue. Deficiências no nível terciário de atenção (rede hospitalar), descontinuidade de programas federais com o enfraquecimento da ditadura que, ao longo de seu período no poder no Brasil, retirava subsídios de setores importantes como o da saúde em detrimento da militarização do Estado, entre outros fatores, contribuem para que a população (jovens, adultos, intelectuais, centrais sindicais e mais tarde alguns constituintes) passe a reivindicar ações voltadas à assistência à saúde pública (saneamento básico, postos de saúde, etc.).

Em 1988 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Assembléia Constituinte, instaurando um divisor de conceitos relativos à saúde pública. O Centro de Saúde Modelo estava sob a intervenção da esfera administrativa do Estado do RS até sua municipalização, ocorrida na década de 90, quando o município de Porto Alegre passou a responder pela administração de diversos serviços de saúde. Ao longo do século XX, várias transformações ocorreram no Centro de Saúde, muitas em virtude das mudanças nos padrões comportamentais/culturais da população porto-alegrense.

Atualmente, o Centro de Saúde Modelo destina-se ao atendimento para uma população de 126 mil habitantes (praticamente a metade da população de Porto Alegre quando de sua inauguração) compreendendo uma cobertura de 17 bairros. Possui uma média mensal de 13 mil atendimentos e 400 atendimentos diários.

O Centro de Saúde Modelo é referência estadual para Homeopatia e Acupuntura e, no âmbito municipal:

Para a Tisiologia (Tuberculose), realizando coletas de Baar (escarro) e teste de Mantoux;

Para a Saúde Mental, com profissionais em Psiquiatria, Psicologia e Neurologia;

Para a Cardiologia;

Para a distribuição de medicamentos, com medicações básicas e controladas (Farmácia Distrital), além de Farmácia Homeopática, pioneira nessa categoria, pelo SUS;

Na Odontologia.

Além desses serviços, o Centro de Saúde Modelo disponibiliza:

Ginecologia e Obstetrícia (pré-natal; revisão de puerpério, prevenção do câncer de útero e mama e planejamento familiar);

Pediatria e puericultura (Pré-nenê; teste do pezinho e hebiatria);

Medicina interna e especialidades médicas;

Odontologia (com serviço de Odontologia Escolar, Odontopediatria e Cirurgia Bucomaxilofacial);

Vacinas, conforme calendário vacinal brasileiro;

Visitas domiciliares;

Equipe de Saúde da Família (ESF), implantado em Set/2004, abrangendo 09 áreas de vulnerabilidade, disponibilizando atendimento a 5200 famílias, em média.

Grupos terapêuticos multiprofissionais, dentre os quais: Grupo de Desenvolvimento, de Mulheres, de Homens, Planejamento Familiar, de Neurologia, Idosos, Mães e Bebês, Tabagismo, Hipertensão, Auto-Estima.

Esse entendimento acerca da historicidade do Centro de Saúde Modelo, bem como das fases que envolvem a saúde pública de Porto Alegre, agrega valores e vínculos de afeto e pertencimento às pessoas - que participaram e participam -,

dessa rede de assistência à saúde. Passaram-se séculos, dos cirurgiões barbeiros, boticários, irmãs caridosas, dos unguentos, rezas e preces para a equipe multiprofissional que hoje compõe, além do Centro de Saúde Modelo, também os demais serviços de assistência à saúde.



Figura 8 - Centro de Saúde Modelo (década de 90)

Atualmente, esse serviço contabiliza 114 servidores, distribuídos entre as três esferas de governo (admitidos por meio de concurso público) e funcionários terceirizados. A constituição da amostra dessa pesquisa contabilizou 70 sujeitos, aleatoriamente, representando 70% da população total da instituição. No caso particular dessa pesquisa, a distinção é necessária, por se tratar de uma instituição possuidora dos dois tipos de regime enunciados (estatutários e celetistas).



Figura 9 - Centro de Saúde Modelo - 2008 - Funcionários



### 3.3 PROCEDIMENTO DE ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO

Esse apartado relata a elaboração e validação do instrumento de **Percepção da Afetividade nas Relações de Trabalho na Área da Saúde\***. Esse instrumento procura identificar indicadores objetivos de ações organizacionais envolvendo coeficientes de caráter afetivo, organizacional e relacionamento interpessoal, os quais, sob a forma de um questionário, foram submetidos a procedimentos de validação teórica, semântica e empírica.

Na literatura são encontradas várias escalas para medir **suporte organizacional, valores relativos ao trabalho e satisfação no trabalho\***, porém não são apresentados relatos da existência de escalas direcionadas à área da saúde, que possibilitem a verificação do tema proposto por essa pesquisa.

A literatura de base administrativa indica que existem correspondências positivas entre percepções de suporte organizacional e medidas de desempenho no trabalho, comportamento na organização, criatividade e inovação, permitindo que os coeficientes dessa natureza atuem como variáveis diagnósticas do status institucional.

Apesar da importância de tais medidas, as escalas citadas ainda são pouco difundidas no Brasil. Outras áreas de pesquisa – além da administrativa - também carecem de medidas organizacionais, tendo em vista a preocupação em estudar o impacto exercido por variáveis de nível organizacional sobre o desempenho no trabalho. A área da saúde, em particular, não apresenta evidência, de acordo com a literatura pesquisada, de instrumentos destinados à medida sistemática de variáveis como as descritas nesse estudo.

Tais conceitos seriam mais bem identificados, caso houvesse um instrumento específico de avaliação organizacional que possibilitasse a padronização da coleta de dados acerca do referido construto, permitindo exame mais minucioso inter-relações entre as variáveis.

Visando à construção de instrumento de medida adaptado às necessidades da pesquisa nacional, na área da saúde, desenvolveu-se o questionário **Percepção da Afetividade nas Relações de Trabalho na Área da Saúde** com base em

pesquisa de campo e numa revisão da literatura sobre o tema, buscando o já existente em revisões de cunho administrativo e organizacional.

Os instrumentos de aferição do **suporte organizacional** apóiam-se em autores renomados na área organizacional, entre eles, Eisenberger (1986) e Siqueira (1995). O instrumento Survey of Perceived Organizational Support (SPOS), desenvolvido por Eisenberger, integra conceitos como **reciprocidade, ideologia da troca e modelo motivacional de esforço-resultado**, sendo constituído por 36 itens em sua forma completa e 17 itens, em sua forma reduzida.

Os itens estão associados a uma escala de concordância com 7 pontos, onde 1= Discordo Totalmente e 7=Concordo Totalmente. Metade dos itens tem conteúdo desfavorável e a outra metade conteúdo favorável. O instrumento brasileiro desenvolvido por Siqueira constitui forma reduzida do SPOS e contém apenas itens de conteúdo favorável. A construção do SPOS e a forma reduzida de Siqueira passam pelo pressuposto de que o trabalhador costuma desenvolver crenças a respeito do tipo de tratamento recebido pela organização na qual trabalha.

De acordo com essa proposição, o trabalhador somente seria capaz de desenvolver percepções favoráveis referentes ao suporte organizacional, quando as ações institucionais lhe parecessem sinceras, bem intencionadas e não manipulativas. Uma percepção favorável da organização, segundo essa perspectiva, atua como fortalecedor ante a expectativa esforço-resultado e o envolvimento afetivo do empregado com a instituição, resultando em maior esforço do empregado para atingir os objetivos organizacionais.

Entre as escalas atualmente disponibilizadas para pesquisas referentes à **satisfação no trabalho**, podem-se citar Escala de Satisfação no Trabalho (EST), desenvolvida por Siqueira (1995); Escala de Comprometimento Organizacional Afetivo (ECOAF), desenvolvida por Siqueira (1995); Escala de Comprometimento Organizacional Normativo, desenvolvida por Siqueira (2000); Escala de Percepção de Suporte Organizacional, originalmente elaborada por Eisenberger (1986), adaptada e validada para o Brasil por Siqueira (1995); Escala de Percepção de Reciprocidade, construída e validada por Siqueira (1995).

Entre os primeiros e mais utilizados instrumentos desenvolvidos para **avaliar os valores relativos ao trabalho**, encontra-se o inventário de Super (1957). A teoria em que se apóia o inventário sinaliza 3 coeficientes para avaliação: Coeficiente Intrínseco (altruísmo, criatividade, independência, estimulação intelectual, estética,

realização e gerenciamento); Coeficiente Extrínseco – recompensa (modo de vida, segurança, prestígio e retorno econômico) e concomitante (ambiente de trabalho, colegas de trabalho, relacionamento com a chefia e variedade).

Outra forma de aferição bastante utilizada é o Questionário de Importância de Minesota (Minnesota Importance Questionnaire – MIQ, 1992). Esse instrumento possui 20 assertivas que descrevem condições de trabalho, de maneira a torná-lo satisfatório (Realização, Conforto, Status, Altruísmo, Segurança e Autonomia).

O Questionário de Valores do Trabalho (Work Values Questionnaire – WWQ, 1984) é composto por 24 itens que concebem os múltiplos aspectos dos valores relativos ao trabalho com as principais abordagens sobre motivação, por exemplo, Maslow (1954), Herzberg, Snyderman, Mausner (1962), McClelland e Winter (1971) e Alderfer (1969). Esses itens são avaliados por meio de uma escala cuja variação é de “muito importante” a “muito sem importância”.

Apesar do elevado número de instrumentos desenvolvidos no exterior, apenas dois foram encontrados no Brasil, relacionados aos valores no trabalho. O primeiro é uma tradução da escala de Lawrence (1971 apud AGATTI, 1984) realizada por Lomonaco e Angelini (1970 apud AGATTI, 1984) em 1970. Esta escala é decorrente da escala de Super e é composta por 105 pares de axiomas que resultaram das comparações entre 15 valores profissionais: altruísmo, estética, independência, liderança, sucesso e realização, satisfação própria, estimulação intelectual, criatividade, segurança, prestígio, dinheiro, ambiente, colegas, variedade e profissão paterna. Essa escala, contudo, não sofreu processo de validação para a realidade brasileira.

O segundo instrumento foi elaborado por Borges (1998-1999). Ela desenvolveu o Inventário do Significado do Trabalho sinalizando a distinção entre duas classes de atributos: valorativos e descritivos. Os atributos valorativos são os valores relativos ao trabalho e versam sobre uma definição do “objetivo” do trabalho. São identificados 5 fatores nessa escala: Exigências sociais; Justiça no trabalho; Esforço corporal e desumanização; Realização pessoal e Sobrevivência pessoal e familiar.

Diante do exposto, observou-se a necessidade de desenvolver e validar uma escala que contemplasse a instituição de saúde sob a ótica do profissional que nela desenvolve sua atividade, possibilitando a incorporação de conceitos advindos e preconizados por autores citados anteriormente, no universo da área organizacional, e adaptada à realidade nacional.

Para a construção do instrumento em foco, foram aplicados questionários com questões no mesmo sentido e escala de resposta com 5 pontos, nomeando apenas os extremos. Procedeu-se, também, a levantamentos de instrumentos encontrados na literatura. Esse questionário foi, então, submetido à avaliação semântica para verificar a clareza das instruções e a compreensão dos itens. Participaram dessa fase 15 pessoas, sendo que foram realizadas alterações nas instruções do questionário e em algumas questões. Dessa forma, o questionário final permaneceu com 30 itens que deveriam ser avaliados por meio de uma escala de importância que variava de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) (APÊNDICE C).

O alvo das ações focalizadas nas questões desse instrumento é o trabalhador, de modo geral. Essa formulação de itens visa a evitar que o instrumento passe a ser medida da história pessoal do funcionário em relação às práticas institucionais. O objetivo é obter uma forma de aferição das percepções do trabalhador a respeito do sentimento afetivo, relacionamento interpessoal e comportamento organizacional, sob a ótica de seu corpo funcional.

A seguir, descreve-se a metodologia empregada na construção e validação deste questionário.

O questionário **Percepção da Afetividade nas Relações de Trabalho na Área da Saúde** foi desenvolvido e validado de acordo com as seguintes etapas: (1) escolha da técnica de coleta de dados; (2) levantamento e sistematização dos indicadores de suporte organizacional; (3) validação teórica do conteúdo; (4) validação semântica; e (5) validação empírica do conteúdo do questionário.

Na primeira etapa, **escolha da técnica de coleta de dados**, a testagem ocorreu em amostra de 15 trabalhadores lotados em organizações diversas da área da saúde pertencentes ao Serviço Público Municipal.

Os dados assim coletados foram submetidos a uma análise qualitativa, selecionando-se o procedimento mais eficaz, conforme os seguintes critérios: (1) entendimento e diversidade das respostas obtidas; (2) compatibilidade conceitual das dimensões subjacentes ao construto **percepção da afetividade nas relações de trabalho na área da saúde**; (3) compatibilidade dos itens com as medidas das características organizacionais utilizadas em pesquisas brasileiras sobre o tema em foco.

A etapa 2, **levantamento e sistematização dos indicadores de percepção afetiva**, compreendeu a identificação das dimensões ou categorias subjacentes a essas afirmativas. Na terceira etapa, os itens classificados de acordo com as categorias evidenciadas e adaptados à realidade em foco, foram comparados às categorias dos instrumentos de medida correspondentes à literatura, enunciados anteriormente.

A partir dessas análises, foi possível identificar e selecionar os itens componentes da versão do questionário utilizada nessa pesquisa, intitulado **Percepção da Afetividade nas Relações de Trabalho na Área da Saúde** que foi submetida, na quarta etapa, a procedimentos de validação semântica. Na quinta etapa, o questionário com 30 itens, associados a uma escala Likert de concordância, foi aplicado em amostra de 70 trabalhadores de uma organização pública de saúde em Porto Alegre (RS).

As respostas dessa amostra foram submetidas a análises descritivas e fatoriais com rotação Varimax e cálculos de confiabilidade. Os resultados desse trabalho estão descritos no capítulo a seguir.

### 3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foi utilizado o questionário como instrumento. A elaboração de questionários que reflitam a realidade local é essencial para uma boa medida do fenômeno.

Para Chizzotti (2003), o questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemáticas e seqüencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de buscar, junto aos respondentes, respostas escritas ou verbais relativas a assuntos sobre os quais eles saibam opinar ou informar, segundo uma “interlocução planejada”. O mesmo autor cita Facchin (2003), referente às vantagens e desvantagens da utilização deste instrumento.

Quanto às vantagens do questionário, afirma que é um instrumento relativamente acessível, pois pode ser encaminhado pelo correio resultando em gastos menores para os pesquisadores. Também como vantagem pode ser citada a garantia do anonimato, pois o pesquisado pode responder sem a presença do

pesquisador e possui um tempo maior para elaborar as respostas, de forma a não criar distorções nas respostas, garantindo a qualidade dos dados.

Quanto às desvantagens, considera que um questionário mal redigido pode comprometer a qualidade das respostas. Outra desvantagem diz respeito ao envio e retorno dos questionários, que podem sofrer extravios. Existe ainda a possibilidade de uma questão contaminar as demais repostas, pelo fato de o pesquisado possuir o questionário e poder ler todas as questões, antes de respondê-las.

Sendo assim, os dados dessa pesquisa foram coletados em campo, valendo-se do método face a face. Contratou-se uma aluna bolsista para essa etapa, no sentido de preservarem-se os participantes de reações decorrentes do preenchimento do instrumento, e de modo a evitar-se a tendenciosidade no conjunto de respostas, já que a pesquisadora é servidora da instituição. Os questionários foram distribuídos aos participantes, após breve explicação e esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, para serem devolvidos a posteriori. Embora a taxa de retorno seja menor, nesses casos, optou-se por essa metodologia devido ao número de questões e também de forma a permitir que os sujeitos tivessem liberdade para participar ou não do estudo.

O presente instrumento foi composto de 2 partes.

A primeira parte do instrumento foi composta de questões fechadas, nas quais foram coletados dados sobre algumas características gerais de identificação sócio-demográfica (Idade, Sexo, Tempo de serviço e Escolaridade) dos respondentes. A segunda parte do questionário trouxe as 30 questões do instrumento.

Os dez primeiros indicadores do instrumento são indicadores de **sentimento afetivo**, os dez seguintes são **indicadores de percepção da estrutura organizacional**, e os dez últimos indicadores são **de relacionamento interpessoal**.

### 3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para estabelecer as dimensões da percepção afetiva dos indivíduos, aplicamos um instrumento (questionário), composto de 30 itens, sendo que cada 10 itens do questionário correspondem a uma dimensão do comprometimento

organizacional envolvendo as relações de trabalho: Sentimento Afetivo, Percepção da Estrutura Organizacional e Relacionamento Interpessoal.

O questionário utilizado foi do tipo Likert com respostas na escala de 1 a 5, variando de Discordo Totalmente a Concordo Totalmente. A escala Likert, que leva o nome do psicólogo Rensis Likert, consiste em vários enunciados declarativos – itens – que expressam um ponto de vista sobre um tópico. Solicita-se aos respondentes que indiquem em que grau concordam com a opinião expressa pelo enunciado, ou dela discordam.

Após a administração dessa escala, as respostas são submetidas a um escore. O usual é graduar-se de tal forma que a concordância com os enunciados positivos e a discordância dos enunciados negativos recebam um escore superior. Adiciona-se a essa escala a possibilidade de identificarem-se ótimas discriminações entre pessoas com pontos de vista diferentes.

Esses indicadores foram respondidos por todos os participantes da pesquisa, sem distinção de cargo ou formação. As respostas foram tratadas com a técnica de análise fatorial, utilizando-se o método de componentes principais e rotação Varimax para a determinação dos fatores ou dimensões da percepção afetiva.

A análise fatorial desenlaça inter-relações complexas entre as variáveis, identificando aquelas que ficam atreladas, como conceitos ou fatores unificados. Caracteriza-se por ser um procedimento estatístico para agrupamento de variáveis em subconjuntos, de modo que variáveis dentro de cada subconjunto sejam altamente correlacionadas entre si; e variáveis em diferentes subconjuntos sejam relativamente não-correlacionadas.

É necessário que exista certa correlação entre elas, para que essa ferramenta possa ser utilizada. A Análise Fatorial desempenha uma função de análise exploratória ou pode ser utilizada com objetivos confirmatórios. De acordo com Hair et al. (2005) quando o pesquisador tem preconcebidas idéias sobre a real estrutura de dados, baseado em suporte teórico, ou em pesquisas anteriores e deseja testar determinada hipótese, essa ferramenta pode ser utilizada com objetivos confirmatórios. Por outro lado, quando a pesquisa tem como objetivo tratar a relação entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo será de caráter exploratório.

Existem dois tipos de análise fatorial, que devem ser adequadas aos objetivos de cada estudo em que forem aplicadas (HAIR et al., 2005). São elas: 1) Análise Fatorial Exploratória - realizada quando pouco se sabe sobre as relações subjacentes entre os conjuntos de dados; e 2) Análise Fatorial Confirmatória – procedimento desenvolvido para se testar hipóteses a respeito da estrutura de um conjunto de dados.

A maior parte das análises fatoriais consiste de duas fases. A primeira, correspondente à extração de fatores, ou seja, à condensação de variáveis originais em uma pequena quantidade de fatores inter-relacionados. A segunda etapa corresponde à rotação de fatores, manipulados de tal modo que possam ser **interpretados pelo pesquisador**.

O resultado decorrente dessa segunda etapa é a **composição de uma matriz de fatores**, que ilustra de que forma as variáveis encontram-se relacionadas ao fator.

Com as respostas dos três indicadores aplicamos essa técnica de análise. A matriz de cargas fatoriais indica o “peso” de cada variável em cada um dos fatores. Os fatores são combinações de variáveis observadas com um significado subjacente.

A rotação Varimax tem por objetivo identificar que, se cargas em uma coluna forem semelhantes, a variância é próxima a zero. Procura, igualmente, obter cargas maiores ou menores, para facilitar a interpretação.

Foram excluídos desses fatores os itens cujas **cargas fatoriais não atingiram valores iguais ou inferiores a 0,50** – a exemplo dos pesquisadores citados anteriormente, cuja exclusão de fatores nos instrumentos era, em média, cargas fatoriais **inferiores a 0,30**. Em relação aos tratamentos estatísticos, foi possível gerar tabelas simples e cruzadas, propiciando a categorização de variáveis numéricas e realizando teste de correlação.

Com o resultado da análise fatorial foi estabelecido um escore fatorial para cada questão, nas dimensões principais extraídas pela análise.



## 4 DISCUSSÃO DOS DADOS

Nas análises efetuadas nessa pesquisa não foram utilizados todos os resultados obtidos com a aplicação do questionário, considerando-se possível, para efeito do que foi proposto, em termos de objetivos, responder às questões previstas. Optou-se pelos dados que se mostraram mais pertinentes e significativos ao modelo aplicado. Pretende-se explorar os demais dados em futuras publicações.

Apesar da importância que o tema tem recebido na literatura, o desenvolvimento de escalas para mensurar os valores relativos à afetividade no trabalho é crítico, devido à falta de modelos teóricos sólidos que o subsidiassem no presente e também à inexistência de instrumentos direcionados à área da saúde, que estivesse disponibilizado para tal fim.

A seguir serão apresentados os resultados, análises e discussões a partir dos dados coletados e tabulados após a aplicação dos questionários sobre a percepção da afetividade nas relações de trabalho, em uma instituição pública de saúde do Município de Porto Alegre.

No caso dessa pesquisa, as análises foram realizadas com base no cruzamento entre os atributos sobre o sentimento afetivo, percepção da estrutura organizacional e relações interpessoais, no ambiente de trabalho em foco, procurando extrair a percepção da afetividade (ou não) entre os trabalhadores da área da saúde.

Inicialmente, verificou-se a distribuição dos dados pessoais dos indivíduos que compõem a amostra estudada. Os dados, tais como, idade, gênero, tempo de serviço e escolaridade, estão demonstrados em gráficos.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As seguintes características para amostra foram obtidas a partir da análise dos questionários da seção inicial. Dos 70 funcionários entrevistados na pesquisa, podemos descrever as características a seguir.

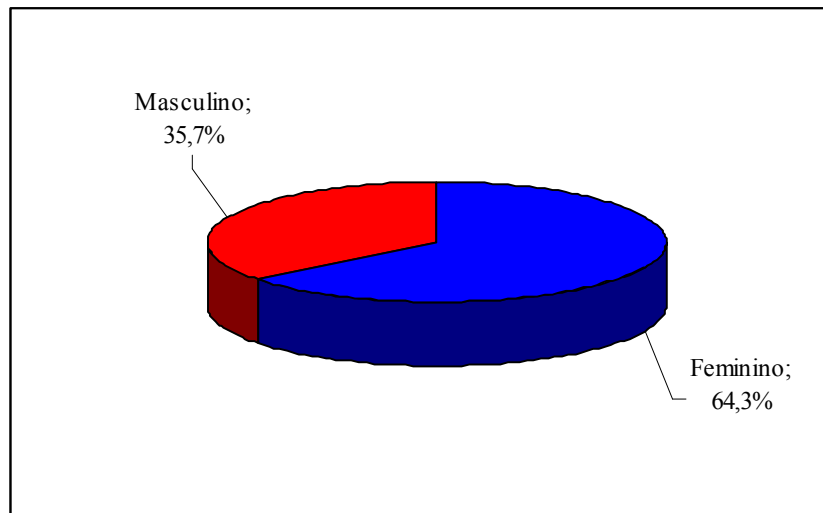


Gráfico 1 - Distribuição da população estudada, segundo o gênero

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

Na amostra, 35,7% é constituída de pessoas do sexo masculino e 64,3% do sexo feminino. O percentual de mulheres é maior em relação ao de homens, em parte pelas características de organização e historicidade envolvendo a área da saúde. A questão socioeconômica decorrente da mudança de padrões culturais em nível mundial, proporcionou à mulher a integração ao mercado de trabalho em um setor com características quase que eminentemente masculinas. Traços considerados pertencentes ao gênero feminino, como intuição, sensibilidade, criatividade e emoção sobressaem-se como elementos diferenciados ao desempenho sustentável das organizações, na atualidade (BERRY, 2001, p. 25).

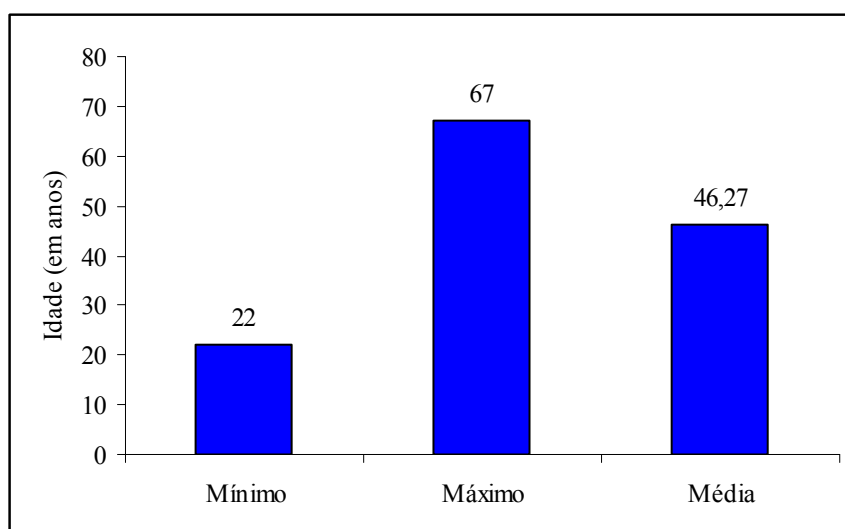


Gráfico 2 - Distribuição da população estudada, segundo a faixa etária

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

A idade varia de 22 a 67 anos de idade, com uma média de 46,27 anos. A faixa etária dos servidores tem forte concentração entre 40 anos ou mais, pertencendo a sua grande maioria a um padrão etário que absorve a parcela mais produtiva do ciclo vital humano.

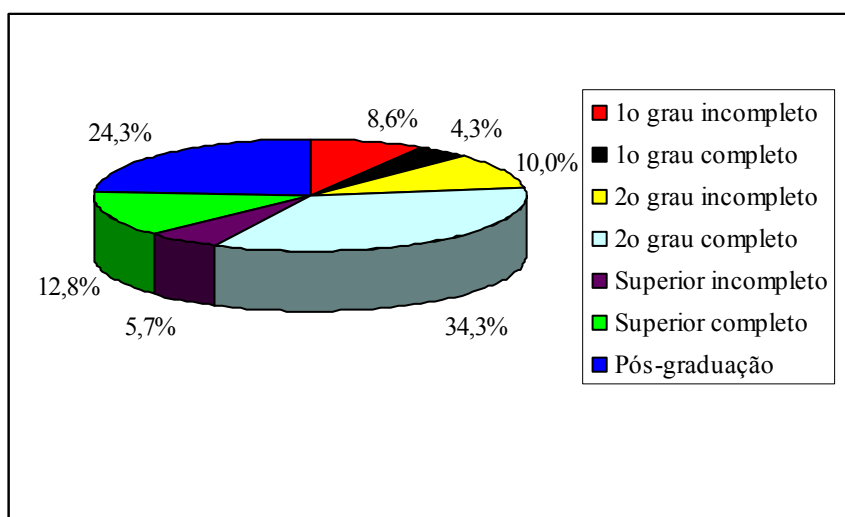


Gráfico 3 - Distribuição da população estudada, quanto à formação profissional

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

Quanto à escolaridade, 8,6% têm o primeiro grau incompleto; 4,3% têm o primeiro grau completo; 10,0% têm o segundo grau incompleto; 34,3% têm o segundo grau completo; 5,7% têm o curso superior incompleto; 12,8% já concluíram o curso superior e 24,3% têm curso de pós-graduação. Nesse sentido, apresenta-se um reforço sobre a realidade nacional referente à formação de profissionais oriundos das escolas profissionalizantes de nível médio. Aqui cabe a ressalva de que, o servidor público após seu ingresso no serviço, normalmente dá seguimento à sua formação – gradua-se, em casos de formação secundária, ou especializa-se, em casos de formação superior – porém, seu cargo e função permanecem os de origem de seu ingresso.

A educação, na realidade trabalhada por essa pesquisa, aparece como um investimento, de forma que procura garantir ao profissional o acompanhamento aos avanços tecnológicos em sua área de atuação, e como reconhecimento de sua qualificação no atendimento prestado. Em muitos casos, denota superação e

desafio, proporcionando ao profissional responder mais adequadamente às mudanças e transformações que ocorrem constantemente na saúde. Nesse sentido, o retorno esperado é a aptidão para um atendimento competente e profissional, propiciando a aplicação de conhecimentos e tecnologias compatíveis com uma assistência de qualidade.

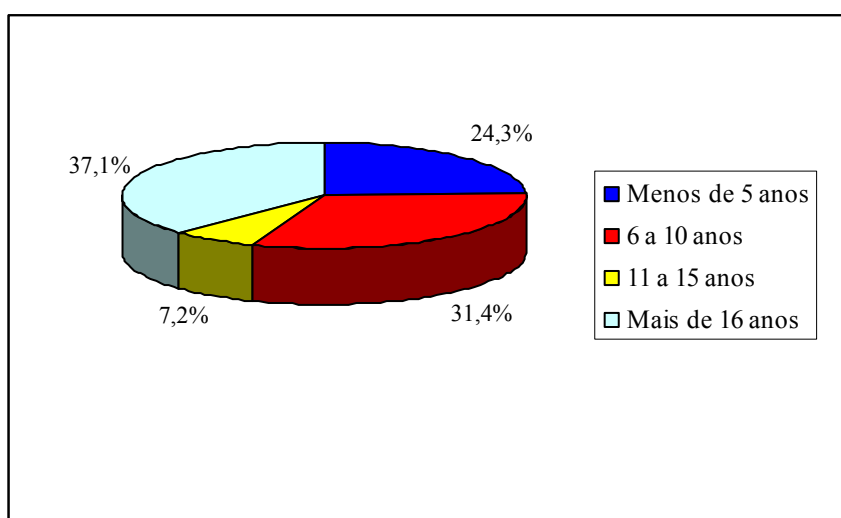


Gráfico 4 - Distribuição da população estudada, quanto ao tempo de serviço na empresa

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

Referente ao tempo de serviço na empresa, 24,3% possuem menos de 5 anos na empresa, 31,4% possuem de 6 a 10 anos, 7,2% possuem de 11 a 15 anos e 37,1% possuem mais de 16 anos na empresa. Nota-se um pareamento de informações quanto a esse item, entre os sujeitos pertencentes à faixa de 6 a 10 anos na empresa, e entre os compreendidos na faixa com mais de 16 anos na organização. Conforme o disposto na Constituição Federal e nos estatutos dos servidores públicos referentes à estabilidade e tempo de serviço necessário à aposentadoria, esse dado torna-se relevante, uma vez que traz implícita a questão do vínculo institucional e da experiência (satisfação no trabalho).

## 4.2 A IDENTIFICAÇÃO DOS TRÊS COMPONENTES DE PERCEPÇÃO DA AFETIVIDADE NAS RELAÇÕES DE TRABALHO – ÁREA DA SAÚDE

Os valores obtidos a partir da aplicação de escala Likert estão apresentados no Quadro 4 a seguir. As frequências de respostas foram mantidas conforme a origem, com vistas a uma melhor compreensão dos resultados.

No quadro as questões apresentam-se conforme a ordem disposta no instrumento utilizado, informando as três categorias avaliadas na aplicação.

Os dados foram organizados, categorizados, codificados e digitados em planilha eletrônica, sob a forma de um banco de dados para análise estatística.

Para os escores obtidos, criaram-se matrizes partindo-se da premissa de que, quanto mais um componente era escolhido, mais importante ele era para o respondente.

Quadro 4 - Distribuição das freqüências de respostas absolutas e relativas, obtidas através da aplicação do instrumento percepção da afetividade nas relações de trabalho na área da saúde

Conteúdos básicos dos itens	n	Discordo totalmente	2	3	4	Concordo totalmente
<b>SENTIMENTO AFETIVO</b>						
Q1 Sinto que essa instituição de saúde valoriza novas idéias trazidas pelos funcionários	70	1,4%	18,6%	18,6%	28,6%	32,9%
Q2 Essa instituição de saúde valoriza o esforço do funcionário para atingir resultados	70	4,3%	12,9%	20,0%	30,0%	32,9%
Q3 Essa unidade de saúde demonstra atenção e aproveita as sugestões do funcionário	70	1,4%	14,3%	15,7%	31,4%	37,1%
Q4 Essa instituição de saúde valoriza as opiniões dos servidores na resolução de problemas	69	5,8%	10,1%	21,7%	26,1%	36,2%
Q5 Essa instituição merece minha lealdade	70		5,7%	12,9%	27,1%	54,3%
Q6 Essa instituição de saúde tem um imenso significado pessoal para mim	68	1,5%	4,4%	10,3%	26,5%	57,4%
Q7 Para mim, permanecer nesta instituição, na realidade, é tanto uma necessidade quanto um desejo	70	2,9%	4,3%	18,6%	21,4%	52,9%
Q8 Eu desejo dedicar a minha carreira nessa instituição de saúde	70	8,6%	7,1%	14,3%	28,6%	41,4%
Q9 Continuar trabalhando nessa instituição de saúde é uma forma de retribuir o que ela já fez por mim	70	12,9%	12,9%	22,9%	17,1%	34,3%
Q10 Sinto que essa instituição de saúde está preocupada com o enriquecimento do meu trabalho	70	10,0%	21,4%	22,9%	15,7%	30,0%
<b>PERCEPÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL</b>						
Q11 Essa instituição realmente preocupa-se com o meu bem estar	69	10,1%	24,6%	18,8%	13,0%	33,3%
Q12 Essa instituição de saúde preocupa-se com a minha satisfação no trabalho	70	12,9%	18,6%	15,7%	18,6%	34,3%
Q13 Essa instituição está disposta a fornecer orientação pessoal ao funcionário, quando ele necessitar	69	5,8%	11,6%	24,6%	18,8%	39,1%
Q14 Essa instituição de saúde está disposta a investir na capacitação profissional do funcionário	69	10,1%	11,6%	20,3%	21,7%	36,2%
Q15 Nessa instituição o funcionário recebe orientações quanto às novidades relacionadas ao seu trabalho	70	7,1%	11,4%	18,6%	30,0%	32,9%
Q16 Essa instituição de saúde está disposta a melhorar as condições do local de trabalho para um melhor desempenho de seus funcionários	70	11,4%	12,9%	21,4%	24,3%	30,0%
Q17 Sinto que essa instituição toma providências adequadas para resolver dificuldades que impedem o bom andamento do trabalho	70	8,6%	17,1%	21,4%	20,0%	32,9%
Q18 Essa instituição de saúde procura melhorar e deixar mais modernos os processos de trabalho	70	4,3%	25,7%	24,3%	12,9%	32,9%
Q19 Essa instituição considera o que o funcionário tem a dizer, antes de ocorrer mudanças no trabalho	69	13,0%	20,3%	17,4%	13,0%	36,2%
Q20 Sinto que nessa instituição de saúde o funcionário é reconhecido pelo trabalho bem feito	70	7,1%	17,1%	17,1%	14,3%	44,3%
<b>RELACIONAMENTO INTERPESSOAL</b>						
Q21 Sinto que nessa instituição existe um clima de cooperação entre os setores de trabalho	70	15,7%	15,7%	20,0%	18,6%	30,0%
Q22 As relações entre colegas demonstram calor humano e solidariedade	70	7,1%	11,4%	22,9%	24,3%	34,3%
Q23 Nessa instituição de saúde as relações de trabalho entre chefias e funcionários são de confiança e reciprocidade	70	5,7%	2,9%	15,7%	30,0%	45,7%
Q24 Sinto que o sucesso no trabalho é reconhecido pelo grupo de trabalho	70	7,1%	14,3%	17,1%	24,3%	37,1%
Q25 Nessa instituição, as minhas experiências pessoais são valorizadas	69	8,7%	14,5%	17,4%	20,3%	39,1%
Q26 Sinto que meu crescimento e desenvolvimento pessoal são reconhecidos nas relações de trabalho dessa instituição de saúde	69	13,0%	14,5%	20,3%	14,5%	37,7%
Q27 As relações de trabalho que existem nessa instituição preservam minha saúde	70	15,7%	12,9%	17,1%	24,3%	30,0%
Q28 O aspecto afetivo é valorizado nas relações de trabalho dessa instituição de saúde	70	5,7%	11,4%	22,9%	25,7%	34,3%
Q29 Essa instituição procura valorizar a minha criatividade e meu esforço no trabalho, ajudando a melhorar minhas relações no trabalho	70	7,1%	15,7%	17,1%	27,1%	32,9%
Q30 Essa instituição está preocupada em fazer com que meu trabalho e minhas relações com colegas sejam os mais interessantes possíveis	70	4,3%	17,1%	22,9%	22,9%	32,9%

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

Os Testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e de Esfericidade de Bartlett, indicam qual é o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à análise fatorial, isto é, qual é o nível de confiança que se pode esperar dos dados quando do seu tratamento pelo método multivariado de análise fatorial seja empregada com sucesso (HAIR et al., 2005).

O primeiro deles (KMO) apresenta valores normalizados (entre 0 e 1,0) e mostra qual é a proporção da variância que as variáveis (questões do instrumento utilizado) apresentam em comum ou a proporção dessa que são devidas a fatores comuns.

Quadro 5 - Teste KMO e de esfericidade de Bartlett

Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação simplificada		0,895
Teste de Esfericidade De Bartlett	“Chi-quadrado” Diferencial Significância	2450,879 435 0,001

Fonte: Pereira (2001)

Para a interpretação do resultado obtido, valores próximos de 1,0 indicam que o método de análise fatorial é perfeitamente adequado para o tratamento dos dados. Por outro lado, valores menores que 0,5, indicam a inadequação do método (PEREIRA, 2001).

No nosso caso, o valor obtido foi de **0,895**, o que nos mostra **boa** adequação de possibilidades de tratamento dos dados com o método citado.

Quadro 6 - Graus de ajuste à análise fatorial através do teste KMO

<b>KMO</b>	<b>Graus de ajuste à Análise fatorial</b>
1-0,9	Muito Boa
0,8-0,9	Boa
0,7-0,8	Média
0,6-0,7	Razoável
0,5-0,6	Má
<0,5	Inaceitável

Fonte: Pereira (2001)

O segundo teste, o de Esfericidade de Bartlett é baseado na distribuição estatística de “chi quadrado” e testa a hipótese (nula H0) de que a matriz de correlação é uma matriz identidade (cuja diagonal é 1,0 e todas as outras as outras iguais a zero), isto é, que não há correlação entre as variáveis (PEREIRA, 2001).

Valores de significância maiores que 0,100, indicam que os dados não são adequados para o tratamento com o método em questão; que a hipótese nula não pode ser rejeitada. Já valores menores que o indicado permite rejeitar a hipótese nula (HAIR et al., 2005).

Também, no nosso caso o valor da significância do teste de Bartlett, mostrou-se **menor que 0,0001**, o que permite mais uma vez **confirmar a possibilidade e adequação do método de análise fatorial para o tratamento dos dados**.

Quadro 7 - Análise de variância do instrumento

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	19,603	65,342	65,342	19,603	65,342	65,342	9,529	31,763	31,763
2	2,011	6,703	72,045	2,011	6,703	72,045	9,203	30,676	62,439
3	1,344	4,482	76,526	1,344	4,482	76,526	4,226	14,088	76,526
4	1,008	3,361	79,887						
5	,867	2,890	82,777						
6	,587	1,955	84,733						
7	,555	1,848	86,581						
8	,509	1,697	88,278						
9	,482	1,607	89,885						
10	,392	1,306	91,191						
11	,362	1,206	92,397						
12	,312	1,039	93,436						
13	,280	,934	94,370						
14	,231	,771	95,141						
15	,227	,758	95,899						
16	,203	,677	96,576						
17	,194	,646	97,222						
18	,140	,467	97,688						
19	,113	,376	98,064						
20	,102	,338	98,403						
21	,091	,305	98,708						
22	,081	,268	98,976						
23	,078	,261	99,237						
24	,057	,189	99,427						
25	,045	,150	99,577						
26	,041	,137	99,714						
27	,032	,107	99,821						
28	,021	,070	99,891						
29	,020	,067	99,958						
30	,013	,042	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008



A análise fatorial produziu três fatores como resultado da extração. Apesar da divisão inicialmente proposta à confecção e preenchimento do instrumento, composta por 3 categorias – **sentimento afetivo, percepção da estrutura organizacional e relacionamento interpessoal** – evidenciaram-se 3 matrizes decorrentes da aplicabilidade da técnica proposta e que, correlacionadas, evidenciam a carga fatorial dos itens pesquisados. Os significados subjacentes às combinações das variáveis observadas receberam titulações por parte do pesquisador. Empregou-se a seguinte nomenclatura referente ao primeiro, segundo e terceiro fator, respectivamente: **cuidado, valorização e significação**.

Quadro 8 - Escores numéricos referentes à carga fatorial de cada variável do instrumento. Matriz de rotação Varimax

Itens	Conteúdos básicos dos itens	Cuidado	Valorização	Significação
Q18	Essa instituição de saúde procura melhorar e deixar mais modernos os processos de trabalho	0,83		
Q15	Nessa instituição o funcionário recebe orientações quanto às novidades relacionadas ao seu trabalho	0,83		
Q13	Essa instituição está disposta a fornecer orientação pessoal ao funcionário, quando ele necessitar	0,79		
Q14	Essa instituição de saúde está disposta a investir na capacitação profissional do funcionário	0,79		
Q16	Essa instituição de saúde está disposta a melhorar as condições do local de trabalho para um melhor desempenho de seus funcionários	0,78	0,42	
Q17	Sinto que essa instituição toma providências adequadas para resolver dificuldades que impedem o bom andamento do trabalho	0,76		
Q11	Essa instituição realmente preocupa-se com o meu bem estar	0,74	0,44	
Q10	Sinto que essa instituição de saúde está preocupada com o enriquecimento do meu trabalho	0,72	0,48	
Q12	Essa instituição de saúde preocupa-se com a minha satisfação no trabalho	0,71	0,55	
Q21	Sinto que nessa instituição existe um clima de cooperação entre os setores de trabalho	0,65	0,47	
Q27	As relações de trabalho que existem nessa instituição preservam minha saúde	0,63		
Q25	Nessa instituição, as minhas experiências pessoais são valorizadas	0,49	0,79	
Q1	Sinto que essa instituição de saúde valoriza novas idéias trazidas pelos funcionários	0,40	0,76	
Q23	Nessa instituição de saúde as relações de trabalho entre chefias e funcionários são de confiança e reciprocidade		0,76	
Q20	Sinto que nessa instituição de saúde o funcionário é reconhecido pelo trabalho bem feito	0,47	0,75	
Q3	Essa unidade de saúde demonstra atenção e aproveita as sugestões dos funcionários		0,72	0,47

continua...

Quadro 8 - Escores numéricos referentes à carga fatorial de cada variável do instrumento. Matriz de rotação Varimax (conclusão)

<b>Itens</b>	<b>Conteúdos básicos dos itens</b>	<b>Cuidado</b>	<b>Valorização</b>	<b>Significação</b>
Q29	Essa instituição procura valorizar a minha criatividade e meu esforço no trabalho, ajudando a melhorar minhas relações no trabalho	0,48	0,71	
Q2	Essa instituição de saúde valoriza o esforço do funcionário para atingir resultados		0,70	0,41
Q19	Essa instituição considera o que o funcionário tem a dizer, antes de ocorrer mudanças no trabalho	0,50	0,70	
Q24	Sinto que o sucesso no trabalho é reconhecido pelo grupo de trabalho	0,50	0,69	
Q30	Essa instituição está preocupada em fazer com que meu trabalho e minhas relações com colegas sejam os mais interessantes possíveis	0,56	0,69	
Q4	Essa instituição de saúde valoriza as opiniões dos servidores na resolução de problemas	0,44	0,68	
Q26	Sinto que meu crescimento e desenvolvimento pessoal são reconhecidos nas relações de trabalho dessa instituição de saúde	0,54	0,66	
Q28	O aspecto afetivo é valorizado nas relações de trabalho dessa instituição de saúde	0,54	0,60	
Q22	As relações entre colegas demonstram calor humano e solidariedade	0,49	0,57	
Q7	Para mim, permanecer nesta instituição, na realidade, é tanto uma necessidade quanto um desejo			0,82
Q6	Essa instituição de saúde tem um imenso significado pessoal para mim			0,75
Q5	Essa instituição merece minha lealdade		0,47	0,69
Q8	Eu desejo dedicar a minha carreira nessa instituição de saúde			0,65
Q9	Continuar trabalhando nessa instituição de saúde é uma forma de retribuir o que ela já fez por mim	0,45		0,55

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

O agrupamento dos itens conforme os índices de concordância expressos no gráfico 5, evidencia a concentração de percentuais maiores, que, por ordem de avaliação, foram:

Q6	4,34	Essa instituição de saúde tem um imenso significado pessoal para mim
Q5	4,30	Essa instituição merece minha lealdade
Q7	4,17	Para mim, permanecer nessa instituição é tanto uma necessidade quanto um desejo.
Q23	4,07	Nessa instituição de saúde, as relações de trabalho entre chefia e funcionários são de confiança e reciprocidade.
Q3	3,89	Essa unidade de saúde demonstra atenção e aproveita as sugestões dos funcionários
Q8	3,87	Eu desejo dedicar a minha carreira nessa instituição de saúde
Q4	3,77	Essa instituição de saúde valoriza as opiniões dos servidores na resolução de problemas
Q2	3,74	Essa instituição de saúde valoriza o esforço do funcionário para atingir resultados

Em relação a esses indicadores, verifica-se que predomina, na avaliação dos funcionários, a opinião de que a Instituição de saúde em foco – aqui representada pelo Centro de Saúde Modelo - **valoriza e entende o sentimento afetivo**, primeira categoria do instrumento utilizado, como forma de aperfeiçoar e tornar mais adequadas as questões referentes às relações de trabalho, sendo, portanto, compreendida corretamente pelos destinatários do estudo.

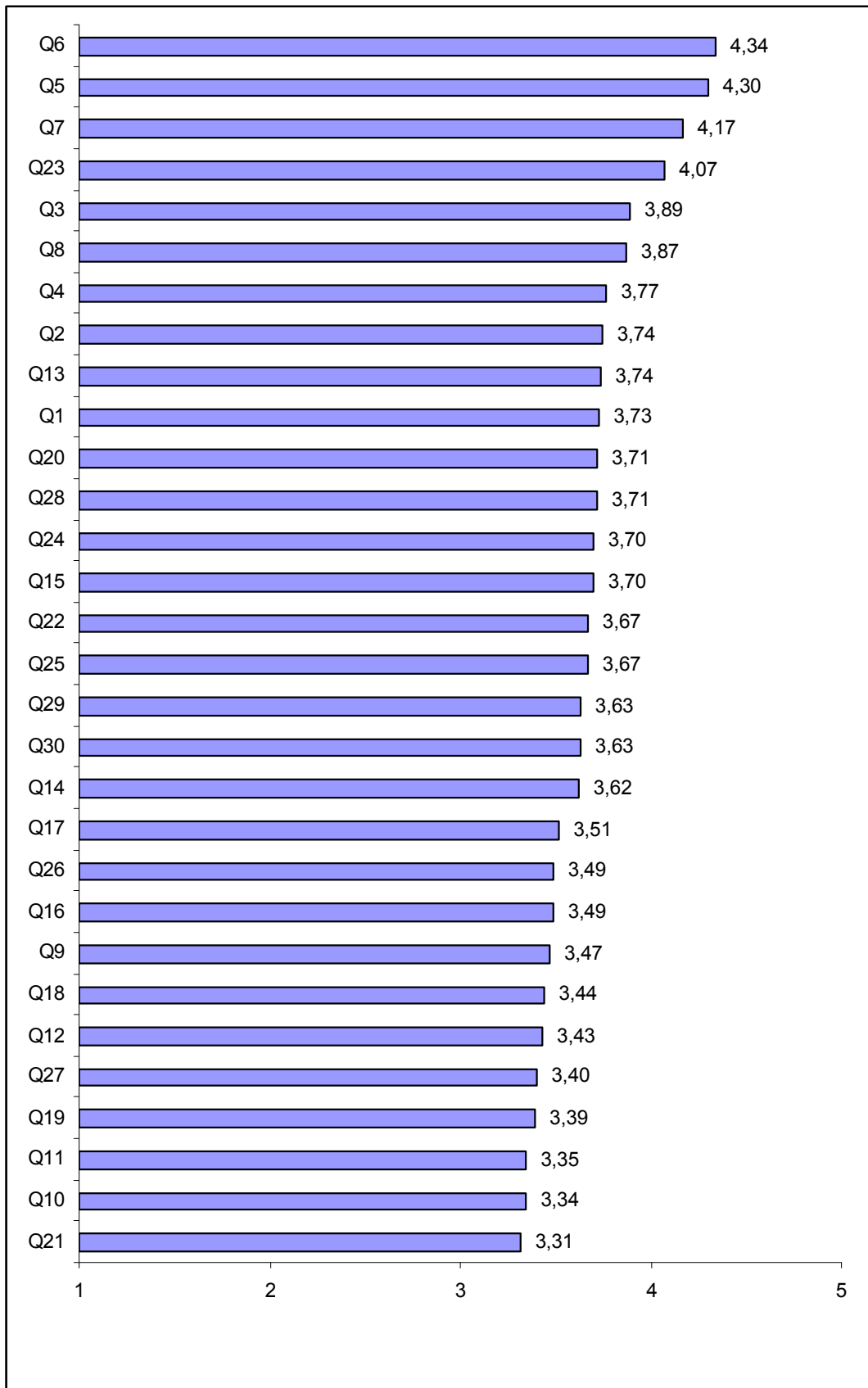


Gráfico 5 - Índices de concordância por item do questionário

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

Dos 30 indicadores utilizados na escala, onze indicadores formaram o **primeiro fator**, aqui denominado de **Cuidado**.

Quadro 9 - Distribuição das cargas fatoriais referentes à obtenção do primeiro fator, componente cuidado

<b>Itens</b>	<b>Conteúdo básico dos itens</b>	<b>Carga Fatorial</b>
Q18	Essa instituição de saúde procura melhorar e deixar mais modernos os processos de trabalho	0,83
Q15	Nessa instituição o funcionário recebe orientações quanto às novidades relacionadas ao seu trabalho	0,83
Q13	Essa instituição está disposta a fornecer orientação pessoal ao funcionário, quando ele necessitar	0,79
Q14	Essa instituição de saúde está disposta a investir na capacitação profissional do funcionário	0,79
Q16	Essa instituição de saúde está disposta a melhorar as condições do local de trabalho para um melhor desempenho de seus funcionários	0,78
Q17	Sinto que essa instituição toma providências adequadas para resolver dificuldades que impedem o bom andamento do trabalho	0,76
Q11	Essa instituição realmente preocupa-se com o meu bem estar	0,74
Q10	Sinto que essa instituição de saúde está preocupada com o enriquecimento do meu trabalho	0,72
Q12	Essa instituição de saúde preocupa-se com a minha satisfação no trabalho	0,71
Q21	Sinto que nessa instituição existe um clima de cooperação entre os setores de trabalho	0,65
Q27	As relações de trabalho que existem nessa instituição preservam minha saúde	0,63

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

As interações do trabalhador com a organização se caracterizam por relações de troca marcadas por expectativas de reciprocidade. A organização, por um lado, tem obrigações legais, morais e financeiras com o seu membro e o direito de esperar que ele apresente bom desempenho, comprometimento e lealdade. Fica estabelecida, portanto, uma relação de cuidado entre a organização e seus funcionários, conforme evidenciado nos itens de maior eleição do instrumento (Essa instituição realmente preocupa-se com o meu bem estar; Essa instituição de saúde preocupa-se com a minha satisfação no trabalho; Essa instituição de saúde está

disposta a investir na capacitação profissional do funcionário; Sinto que essa instituição toma providências adequadas para resolver dificuldades que impedem o bom andamento do trabalho).

O cuidado aparece aqui, como uma relação dialógica que se dá na interação com o papel e a subjetividade do outro. Ao considerarmos verdadeiramente esse outro que possui saber sobre si mesmo, assumimos que a saúde não é apenas objeto, mas também configura modos distintos de “ser” desse outro. Revalorizar a dignidade do outro é, portanto, uma tarefa e um compromisso fundamental quando se quer cuidar, e esse compromisso possui embasamento na relação recíproca entre os objetivos organizacionais e individuais dos funcionários, no ambiente profissional e nas relações de trabalho.

Assim, podemos entender o sentido do papel norteador do cuidado. A idéia de responsabilizar-se tem aqui o duplo e inseparável sentido de responder por si e responder para si – fundamento primeiro, em se tratando do foco desse estudo, das relações interpessoais no trabalho em saúde (LAGES e CASTRO, 2007, p. 03).

Cuidar, nesse sentido significa investimento nos profissionais, proporcionando desenvolvimento de suas habilidades e conhecimentos, uma vez que reforça o caráter motivacional e educacional nas relações de trabalho.

As experiências educacionais desenvolvidas no ambiente de trabalho, estão fortemente atreladas ao papel cuidador da organização, desenvolvendo relações de reciprocidade e confiança. A aprendizagem continuamente ofertada no âmbito profissional atua como reforço aos valores essenciais da empresa e dos funcionários; motiva, uma vez que constrói autoconfiança e ampliação de habilidades e conhecimentos, qualificando o trabalho prestado; investe no desenvolvimento pessoal, reconhecendo a singularidade do funcionário e profissionaliza a prestação do serviço.

Para Berry (2001, p. 175), a aprendizagem é uma alternativa para a estagnação e a ineficácia. Estimula e rejuvenesce. A aplicação de habilidades e conhecimentos adquiridos recentemente é especialmente recompensadora, gerando entusiasmo para mais aprendizagens. O crescimento pessoal contribui para a felicidade pessoal, vital para ofertar serviços em um nível consistentemente elevado.

Essa abordagem permite ao funcionário a utilização de suas habilidades em prol do desenvolvimento de suas atividades, gerando satisfação com o trabalho realizado. Essa satisfação é diretamente dependente de um ambiente com características que permitam ao funcionário a vivência de novas experiências e

aprendizagens, o desenvolvimento de competências, o exercício da criatividade e autonomia, contribuindo para a busca de realização e comprometimento com a instituição.

A organização, por sua vez, aponta como princípios a manutenção saudável da inter-relação existente entre as exigências do trabalho e as competências do funcionário, a proposição de desafios e resolução de situações, bem como proporcionar “feedback” acerca do desempenho. Essa afirmação se confirma no indicador “Sinto que esta instituição de saúde está preocupada com o enriquecimento do meu trabalho”, evidenciando valores como respeito e consideração pelo trabalho do funcionário, atitude considerada fundamental para o desenvolvimento da instituição.

O funcionário, em contrapartida, é estimulado a apresentar bom desempenho e lealdade com a organização. O contrato psicológico do trabalhador com a organização estabelece tais expectativas de trocas e benefícios mútuos, uma vez que evidencia a relação subjacente que existe entre clima institucional e manutenção de relações saudáveis no trabalho, ratificada pelos indicadores “Sinto que nessa instituição existe um clima de cooperação entre os setores de trabalho” e “As relações de trabalho que existem nessa instituição preservam minha saúde”.

Em se tratando de analisar as respostas evidenciadas com a organização em foco, algumas considerações devem ser realizadas. Por tratar-se de uma instituição destinada ao trabalho em saúde, o cuidado emerge com caráter dual – “cuidar os cuidadores”. Essa relação envolve um variado conjunto de reflexões críticas sobre a assistência em saúde que, sob diferentes enfoques, tratam da coordenação de ações e serviços de saúde, do planejamento de políticas de saúde, das relações profissional-paciente e entre os diversos profissionais nas equipes de saúde, entre outros aspectos.

Ao pensar a assistência em saúde, a idéia que advém a esse respeito é a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Porém, a atenção a ser dispensada pelo profissional de saúde ao assistir a saúde de outras pessoas – outros profissionais ou usuários –, não está resumida ao simples papel de aplicador de conhecimentos. Não podemos limitar a arte de assistir apenas à criação e manipulação de “objetos” (AYRES, 2004, p. 84).



Justo (1987, p. 56), ao citar Rogers (1966/1968) endossa a concepção da primazia da ordem subjetiva que compõe o indivíduo. O homem vive, essencialmente, num mundo subjetivo e pessoal. Suas atividades, até as mais objetivas – seus esforços científicos, quantitativos, matemáticos – representam a expressão de finalidades e escolhas subjetivas. A percepção do indivíduo por si mesmo constitui importante verdade de que seu mundo privado só pode ser conhecido, de forma genuína e completa, por ele mesmo.

Nesse sentido, o Cuidar – ou cuidado – expõe uma forma de saber que se distingue do tecnicismo e cientificismo, bem como se diferencia do exercício subjetivo, simplesmente. A interação terapêutica, norteadada pela práxis, caracteriza o cuidado como um construto reflexivo e com potencialidade conciliadora, no qual o diálogo assume papel fundamental.

Rogers expressa de maneira muito singular a excelência do diálogo nos processos relacionais, no qual a aceitação do outro e o respeito pela sua história não relacionam-se, apenas, dialogicamente, mas sim em um processo de mútua construção e reconstrução. Essas nuances caracterizam o sentido interacionista do cuidado, em relação a si mesmo e ao outro; não se trata, apenas, de viver num mundo de coisas que têm sentido. Mas de viver num mundo **com outros**, e constituindo sua própria unidade de sentido.

Se tudo que uma pessoa exprime (verbalmente ou não verbalmente, direta ou indiretamente) sobre si mesmo, me parece igualmente digno de respeito ou de aceitação, isto é, se não desaprovo nem deprecio nenhum elemento expresso dessa forma, experimento em relação a esta pessoa uma atitude de consideração positiva incondicional (ROGERS, 1983b, p. 128).

O **outro**, portanto, nessa relação empática, é sempre elemento vivo na dinâmica fenomenológico existencial que objetiva o encontro, torna-se co-participante, nunca objeto.

O trabalho em saúde, por sua vez, diferencia-se pela valorização da interação com as pessoas em seus espaços subjetivos. O desenvolvimento de uma ausculta sensível proporciona, indiscutivelmente, o reconhecimento da integralidade do outro, promovendo e otimizando espaços de conversação entre os profissionais e profissionais/usuários, percebendo o cuidado como ação decorrente de práticas reflexivas em saúde.

Rogers destaca a performance dos trabalhadores sociais como essencial à promoção da interface necessária com a área da saúde, enfatizando que, os trabalhadores que atuam com esses objetivos têm como pressupostos a aceitação do indivíduo, a confiança em suas capacidades e recursos, o reconhecimento das diferenças. Nessa perspectiva existe a crença na possibilidade de mudança pela auto-descoberta e libertação da afetividade, na capacidade de assumir responsabilidades e tomar decisões autônomas na organização de sua vida, pessoal e profissional (1977b, p. 120).

Portanto, no ambiente institucional focalizado nessa pesquisa, o cuidado estabelece relações de trocas, proporcionando a elaboração e construção de interações dialógicas, constituindo um novo modo de conhecimento e saber nas organizações de saúde. Trata-se de um processo dinâmico e fluido - elemento integrador do campo das experiências - e não entidades estáticas, tornando o indivíduo capaz de perceber experiências e sentimentos e seus significados na perspectiva de outra pessoa. Para tanto, cabe a citação de Rogers (1997, p. 40).

[...] se posso estabelecer uma relação de ajuda comigo mesmo – se puder estar sensivelmente consciente dos meus próprios sentimentos e aceitá-los –, é grande a probabilidade de poder vir a estabelecer uma relação de ajuda com a outra pessoa.

O **segundo fator**, formado por 14 indicadores, foi denominado de **Valorização**:

Quadro 10 - Distribuição das cargas fatoriais referentes à obtenção do segundo fator, componente valorização

Item	Conteúdo básico dos itens	Carga Fatorial
Q25	Nessa instituição, as minhas experiências pessoais são valorizadas	0,79
Q1	Sinto que essa instituição de saúde valoriza novas idéias trazidas pelos funcionários	0,76
Q23	Nessa instituição de saúde as relações de trabalho entre chefias e funcionários são de confiança e reciprocidade	0,76
Q20	Sinto que nessa instituição de saúde o funcionário é reconhecido pelo trabalho bem feito	0,75
Q3	Essa unidade de saúde demonstra atenção e aproveita as sugestões dos funcionários	0,72
Q29	Essa instituição procura valorizar a minha criatividade e meu esforço no trabalho, ajudando a melhorar minhas relações no trabalho	0,71

continua...

Quadro 10 - Distribuição das cargas fatorias referentes à obtenção do segundo fator, componente valorização (conclusão)

Item	Conteúdo básico dos itens	Carga Fatorial
Q2	Essa instituição de saúde valoriza o esforço do funcionário para atingir resultados	0,70
Q19	Essa instituição considera o que o funcionário tem a dizer, antes de ocorrer mudanças no trabalho	0,70
Q24	Sinto que o sucesso no trabalho é reconhecido pelo grupo de trabalho	0,69
Q30	Essa instituição está preocupada em fazer com que meu trabalho e minhas relações com colegas sejam os mais interessantes possíveis	0,69
Q4	Essa instituição de saúde valoriza as opiniões dos servidores na resolução de problemas	0,68
Q26	Sinto que meu crescimento e desenvolvimento pessoal são reconhecidos nas relações de trabalho dessa instituição de saúde	0,66
Q28	O aspecto afetivo é valorizado nas relações de trabalho dessa instituição de saúde	0,60
Q22	As relações entre colegas demonstram calor humano e solidariedade	0,57

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

Os indicadores avaliados denotam a busca dos profissionais por relações de trabalho que estimulem e preservem os sentimentos de cooperação e lealdade, valorizando as experiências e promovendo o reconhecimento pessoal e profissional. E esses aspectos estão, sem dúvida, fortemente atrelados à questão motivacional.

Justo (1987, p. 69) lembra Rogers (1951) ao considerar aspectos envolvendo a valorização. No relacionamento com os outros, o indivíduo forma conceitos a respeito do ambiente, a respeito dele mesmo e dele com relação ao meio. Esse conhecimento diferenciado vem acompanhado de uma valorização, muito importante, para a compreensão do desenvolvimento ulterior.

O universo do trabalho é determinado por aspectos marcantes e regras compartilhadas, correspondendo a padrões culturais universais e permitindo analisar relações de troca entre indivíduo e organização. Essas relações oferecem evidências de como o comportamento organizacional é influenciado pelo aspecto motivacional intrínseco e extrínseco, ampliando a compreensão dessa interdependência e oferecendo subsídios que permitam o conhecimento de sentimentos oriundos dessa co-relação.

Sentimentos como o comprometimento com o trabalho, espírito de responsabilidade, criatividade e confiança são alguns indicativos de como a

motivação faz-se presente nas relações organizacionais. E não há como se desvincular o caráter motivacional dessa visão dinâmica que envolve a saúde e seus movimentos. É nessa condição de uma desconstrução, com vistas a contribuir para a reconstrução nas práticas de saúde, que essa reflexão sobre a motivação no ambiente de trabalho, mais especificamente, no ambiente de saúde tem o seu foco de atuação.

Podemos avançar na citação de Huertas (2001, p. 48) acerca do conceito de Motivação, no qual relata que, segundo a Real Academia, motivação “é um ensaio mental preparatório de uma ação para animar-se a executá-la com interesse e diligência. Nesse contexto, estão incluídos todos os fatores cognitivos e afetivos que influenciam na eleição, iniciação, direção, magnitude e qualidade de uma ação que persiste até alcançar um fim determinado”.

Para Huertas (2001) a ação motivada possui um caráter ativo e voluntário, dinâmico, adaptando-se às circunstâncias, e que não está regulada por completo por uma imposição externa. Participam desse processo elementos afetivos e emocionais, perseguindo um objetivo, meta, finalidade ou propósito.

Dessa forma, cabe a consideração de que a ação motivada é um processo de autoria, no qual o sujeito torna-se agente de seus próprios atos, uma vez que a eleição e importância de determinada ação são impulsionadas por objetivos destinados a perseguir uma meta.

Esse movimento de autoria apresenta-se caracterizado por Justo (1987, p. 107) quando cita Rogers (1961). O indivíduo parece mover-se, com conhecimento e atitude de aceitação, na linha de ser o processo que, internamente e atualmente, é. Move-se na direção de ser pessoa que aceita e aprecia os próprios sentimentos, que valoriza as camadas profundas de sua natureza e confia nelas, que encontra força no fato de ser uma individualidade única, que vive valores experienciados por ela mesma.

O processo de trocas sociais decorrentes das relações de trabalho é caracterizado por um processo de aprendizagem extremamente ativo e dinâmico. Os pressupostos referentes à organização no trabalho esclarecem-nos que esta organização não se resume apenas à forma como o trabalho é desenvolvido, dividido ou mesmo ordenado, mas também, compreende a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, esclarecendo, assim, que ao dividir o trabalho, se impõe uma divisão entre os seres humanos.

Pensar a organização do trabalho não significa somente refletir sobre o modelo implementado internamente na referida instituição. Há que se pensar a totalidade que compõe esse contexto e a sua inserção social sob um modo de produção localizado historicamente.

Quando se aborda a questão do trabalho em saúde, convém citar Pires (2000, p. 254) que enfatiza o trabalho coletivo em saúde como uma busca entre as interfaces existentes entre os trabalhadores de saúde e as relações interpessoais oriundas dessa rede, gerada através dessas relações. O mesmo esclarece que:

No trabalho coletivo em saúde os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde a indivíduos ou grupos. São atividades diferenciadas, que, estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto, resultam na assistência a seres humanos que são totalidades complexas.

Na verdade quando referimo-nos aos aspectos motivacionais em saúde, na organização do trabalho e nas relações interpessoais destacam-se alguns aspectos visualizados no dia a dia desse fazer em saúde. Cabe ressaltar: o Movimento, através do qual a identidade de profissionais da saúde vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo; Interação; Identidade, onde a identidade de cada um se faz sempre, na presença do outro; Desejo de dar um sentido à existência do ser e do fazer; Responsabilidade e coletiva.

Para Huertas (2001, p. 262), a resposta, dentro dessa visão pressupõe um padrão motivacional de aprendizagem e intervenção contínuas, com base no trabalho cooperativo e na implicação pessoal

Visualizamos atualmente a uma série de novos conceitos no campo da saúde, mundial e nacionalmente, tais como a promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família, redução de danos, entre outros. Tais discursos revelam o caráter dinâmico da saúde pública trazendo à reflexão diversos entendimentos envolvendo a renovação das práticas de saúde. Entretanto, à análise dessas propostas são evocadas transformações bastante radicais no *modus operandi* de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos filosóficos e fundamentais.

A Saúde, enquanto campo de organização assistencial e tecnológica de ações, tem suas atividades qualificadas e tomam o processo coletivo da saúde e da

doença como seu objeto de trabalho. Desse modo a Saúde tem se identificado como o campo de ações que tem em perspectiva a promoção da saúde, através da atuação nas dimensões individual e coletiva.

As trocas com os superiores, usuários e outros colegas permitem, ao servidor, proporcionar um serviço, ajudar o outro, ser reconhecido por suas habilidades e contribuições. Nesse caso, sobressaem-se as características de afiliação e vinculação, próprias dos ambientes de trabalho que procuram desenvolver relações de trabalho positivas, conforme sinaliza os indicadores: Sinto que essa instituição de saúde valoriza novas idéias trazidas pelos funcionários; Essa instituição de saúde valoriza o esforço do funcionário para atingir resultados; Essa unidade de saúde demonstra atenção e aproveita as sugestões dos funcionários; Essa instituição de saúde valoriza as opiniões dos servidores na resolução de problemas.

Para Rogers, as situações descritas se referem ao contínuo processo de **reconhecimento**. Essa ênfase na mudança e na flexibilidade, que fundamenta sua teoria e sua crença de que as pessoas são capazes de crescimento, mudança e desenvolvimento pessoal, significa, em última análise, a visão que a pessoa tem de si própria, baseada em experiências passadas, estimulações presentes e expectativas futuras.

O posicionamento de Rogers, bem como sua visão de ser humano, apresenta um entendimento altamente holístico e sistêmico de homem, como nessa passagem de Liberdade para aprender (1977b), no qual atribui maior ênfase aos aspectos afetivos e existenciais, considerando-os como partes fundamentais constituintes do todo e reforçando a importância da qualidade das relações interpessoais:

Sinto pouca simpatia pela idéia bastante generalizada de que o homem é, em princípio, fundamentalmente irracional e que os seus impulsos, quando não controlados, levam à destruição de si e dos outros. O comportamento humano é, no seu conjunto, extremamente racional, evoluindo com uma complexidade sutil e ordenada para os objetivos que o seu organismo, como um todo sistêmico, se esforça por atingir. A tragédia, para muitos de nós, deriva do fato de que as nossas defesas internas nos impedem de surpreender essa racionalidade mais profunda, de modo que estamos conscientemente a caminhar numa direção, enquanto organicamente caminhamos em outra.

Os escores apontam para o alto grau de importância com que as pessoas se relacionam na instituição. Esse fato eleva o grau de confiança entre os membros a equipe, na execução dos trabalhos. A evidência de sentimentos de valorização e

reconhecimento à trajetória profissional do funcionário atua como suporte para a construção de relações de trabalho saudáveis. Todos os indicadores apontam para que se tenha o entendimento do processo de aprendizagem motivacional e de suas interações - afetivas e cognitivas - no sentido de que possam ser estabelecidas relações plurais, em nossos espaços assistenciais e de fazer em saúde.

O **terceiro fator** extraído pela análise fatorial inclui cinco indicadores, sendo denominado de **Significação**:

Quadro 11 - Distribuição das cargas fatoriais referentes à obtenção do terceiro fator, componente significação

<b>Itens</b>	<b>Conteúdo básico dos itens</b>	<b>Carga Fatorial</b>
Q7	Para mim, permanecer nesta instituição, na realidade, é tanto uma necessidade quanto um desejo	0,82
Q6	Essa instituição de saúde tem um imenso significado pessoal para mim	0,75
Q5	Essa instituição merece minha lealdade	0,69
Q8	Eu desejo dedicar a minha carreira nessa instituição de saúde	0,65
Q9	Continuar trabalhando nessa instituição de saúde é uma forma de retribuir o que ela já fez por mim	0,55

Fonte: Centro de Saúde Modelo/POA-RS/2008

Esse fator, em particular, caracteriza os sentimentos dos trabalhadores, ou seja, o modo como a organização os afeta e eles à organização. Fatores exógenos ao trabalho, condições de trabalho, eventos estressores, estilo de liderança, características de grupos de trabalho, ambiente e reconhecimento são vistos como decorrentes do humor e emoções no trabalho. Os estados afetivos podem influenciar resultados de desempenho que incluem julgamentos, atitudes, criatividade, comportamento solidário e tomada de decisão.

Nesse sentido, começa-se a delinear – ainda que simploriamente – aspectos que nos levam a pensar em bem estar ou prazer (afeto positivo) e mal estar ou sofrimento (afeto negativo), no trabalho.

Qualquer que seja o ambiente de trabalho, é de suma importância a presença do componente afetivo, gerador de emoções e sentimentos variados - uma vez que faz parte da natureza humana – e que tem sido pouco valorizado como

estratégia de estímulo e motivação do comportamento, mesmo sendo ele o responsável pela manutenção do grupo, por seu crescimento e amadurecimento e pela produtividade e satisfação dos funcionários.

A consolidação do modelo afetivo tem seu foco na busca de alternativas que promovam a qualidade nas relações humanas e, principalmente, provocar e estimular a aprendizagem e o desenvolvimento do ser humano nas organizações. Nesse entendimento não basta apenas o domínio da competência técnica, das regras ou normas, faz-se indispensável o desenvolvimento da competência humana e, nesse sentido, é o componente afetivo fator decisivo para o alcance do sucesso.

A afetividade é compreendida, portanto, como uma característica pessoal inerente a todas as pessoas e presente em qualquer relação interpessoal. O tipo de afetividade existente num relacionamento define a natureza da relação: amistosa e de simpatias mútuas, ou de hostilidade e incompatibilidade.

Em se tratando de relações interpessoais no ambiente de trabalho, é necessário frisar-se o paralelo existente entre relacionamentos de simpatia e atração que se tornam facilitadores do trabalho, bem como os relacionamentos nos quais a antipatia e a aversão acarretam prejuízos ao trabalho.

As teorias modernas de gestão apontam novas referências sobre a prática administrativa, através da democratização das relações humanas. Atualmente, diferentes áreas do conhecimento humano têm focalizado seus princípios na concepção de que as pessoas devem ser reconhecidas como o recurso mais valioso da organização, capazes de fazer a diferença nas empresas.

Nesse cenário empresarial/organizacional a afetividade, portanto, é premissa básica para o alcance de conhecimentos/atitudes/habilidades que agreguem valor às atividades da instituição. A potencialização desses fatores é dependente, sem sombra de dúvida, da **significação** atribuída às experiências vivenciadas e da valorização dessas aprendizagens.

Ferreira apud Tambara (2007, p. 154) ao citar Rogers, evoca que a aprendizagem é significativa quando se percebe a relevância do aspecto estudado. Destaca ainda a importância dos sentimentos, da comunicação aberta e do valor de cada pessoa na educação humanista, considerada uma atitude impregnada de respeito e valorização.



Para Rogers (1983b, p. 39), os aspectos decorrentes dessas atitudes geram o que denominou de Consideração Positiva Incondicional - um sentimento de acolhida sem reservas ou julgamento. O mesmo nos esclarece,

Por aceitação, quero dizer uma consideração afetuosa por ele enquanto uma pessoa de autovalia incondicional – de valor, independente de sua condição, de seu comportamento ou de seus sentimentos. Significa um respeito e apreço por ele como uma pessoa separada, um desejo de que ele possua seus próprios sentimentos à sua própria maneira. [...] a segurança de ser querido e prezado como uma pessoa parece ser um elemento sumamente importante em uma relação de ajuda.

No processo de ensino e aprendizagem, há o envolvimento de uma interação humana dinâmica, de troca contínua - características constantes e de repercussão, fundamentais para o êxito ou total fracasso do processo.

Autores como Rogers destacam que a verdade e autenticidade são condições necessárias para o estabelecimento de relações humanas afetivas capazes de promover criatividade, qualidade e produtividade no processo de educação.

À análise do terceiro fator configura-se, portanto, a existência do componente afetivo, evidenciado por Rogers, quando o mesmo relata a necessidade de mudanças paradigmáticas, bem como a perspectiva de abertura para novos conceitos envolvendo as relações interpessoais.

Rogers (1983a) já alertava-nos sobre a necessidade de visualizar uma perspectiva de vida positiva, extensiva a todos os campos da atividade humana. Na vida organizacional, igualmente, este princípio faz-se presente através do respeito pela pessoa e sua autonomia, mostrando-se tolerante e humilde frente ao processo natural de crescimento dos indivíduos. O mesmo autor nos diz:

Facilitar a expressão do sentimento, potencializar a pessoa, liberar o indivíduo para uma escolha autônoma resulta em mais aprendizagem, mais produtividade, mais criatividade, do que a que resulta do exercício de poder sobre a pessoa. Todo o nosso mundo institucional, entretanto, é construído em torno de um sistema hierárquico de controle sobre a pessoa. Potencializar a pessoa é colocar em movimento um processo que pode revolucionar a família, a escola, a organização, a instituição, o Estado. Estamos diante de uma outra mudança paradigmática (ROGERS, 1983, p.13).

Sentimentos como lealdade, significação pessoal, permanência e dedicação manifestam-se nesse fator, evidenciando o que é o foco da teoria humanista descrita

por Rogers: o desenvolvimento de relações que promovam a busca de uma nova pessoa voltada para o futuro.

Justo (1987, p. 116) evoca Rogers (1961) ao abordar as aprendizagens advindas das relações interpessoais. Para Rogers, nas suas relações com os outros, compreendeu não ser útil nem eficaz aparentar um exterior que não correspondesse ao sentimento íntimo. É de fundamental importância reconhecer o que, realmente, estabelece-se interiormente. As circunstâncias vão indicar se e como os sentimentos e idéias serão expressos.

Para tanto, formula o que se tornaria a essência de sua teoria, centralizando na pessoa humana características necessárias a esse entendimento (1983a, p. 130), entre as quais é possível citar: Abertura a novas experiências, novas maneiras de ser e ver, novas idéias e conceitos; desejo de autenticidade e valorização da comunicação como uma maneira de dizer as coisas como elas são; ceticismo em relação à ciência e à tecnologia, quando utilizadas como forma de conquista o mundo da natureza e controlar o mundo humano; desejo de inteireza, luta pela totalidade da vida; desejo de intimidade, objetivos partilhados; pessoas em processo dinâmico; dedicação; atitude em relação à natureza; a irrelevância dos bens materiais; anseio pelo espiritual, viver uma vida de paz interior.

A abordagem humanista entende que o indivíduo, com base em suas percepções, estímulos e experiências, atribui maior importância à relação pessoa-mundo e, na busca dessa compreensão, enfatiza os valores individuais e coletivos, valorizando as atitudes de confiança, respeito e aceitação do outro. Segundo Rogers (1983b, p. 44): “[...] o eu verdadeiro é algo que se descobre tranqüilamente por meio da própria experiência, e não **algo imposto** sobre esta”.

O resultado da extração da análise estatística comprova o poder de generalização do modelo proposto, na forma da presença das dimensões afetiva, percepção da estrutura organizacional e relacionamento interpessoal, conceitos abordados na teoria de Rogers.

Como conclusão, é meritória a citação de Rogers (1983b, p. 276) ao referir, consonante à sua postura humanista, que as pessoas agem como um todo, se constituindo em mais do que um somatório de elementos, atribuindo significados às experiências responsáveis por suas aprendizagens. No ambiente empresarial, essas características apresentam-se como uma nova maneira de conceber as relações trabalhistas, contribuindo para a formação de vínculos responsáveis, bem como

promovendo e potencializando processos de motivação, produtividade e qualidade, tornando a afetividade o elemento facilitador à construção de um clima de relacionamento produtivo.

Eis o meu modelo teórico da pessoa que emerge da terapia ou do melhor que possa haver em educação, o indivíduo que haja experimentado crescimento psicológico ótimo – uma pessoa que funcione livremente em toda a plenitude das suas potencialidades organísmicas; uma pessoa que será realista, auto-engrandecedora, socializada e apropriada em seu comportamento; uma pessoa criativa, cujas específicas formas de comportamento não são facilmente previsíveis; uma pessoa sempre em mudança, sempre em desenvolvimento, sempre a descobrir-se a si mesma e ao que há de novo em si, a cada instante sucessivo do tempo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões finais dessa pesquisa foram evidenciadas com base nas possibilidades de análise oferecidas pelos campos de estudo Afetividade e Relações de Trabalho na Saúde e, de certa forma, não se constituem como verdades passíveis de generalização; pelo contrário, esses resultados apenas comprovam, na sua essência, que os estudos implementados pela teoria humanista/fenomenológica se mantêm atualizados e correspondem aos resultados encontrados.

A pesquisa obteve resultados concordantes com as teorias estudadas e, de maneira geral, acredito que um importante passo foi dado no campo de conhecimento das relações interpessoais no trabalho em saúde.

O propósito principal do presente trabalho foi o de verificar se em uma instituição de saúde pública do Município de Porto Alegre, a afetividade estaria inserida nas relações de trabalho. A pesquisa procura relacionar as formas e os níveis de percepção da afetividade nas relações interpessoais com a performance do indivíduo no trabalho.

O questionário Percepção da Afetividade nas Relações de Trabalho na Área da Saúde, além de facilitar a produção de conhecimentos científicos na área de relacionamento interpessoal e comportamento organizacional, poderá vir a ser útil como instrumento de diagnóstico e avaliação organizacionais e também como indicador indireto de necessidades de formação continuada e práticas de valorização do funcionário.

O procedimento de não identificação dos respondentes, que visou manter a privacidade e facilitar atingir a média de confiança da amostra, muito embora a taxa de retorno dos instrumentos seja menor, proporcionou estabelecer um número significativo de respostas, aumentando a confiabilidade dos indicadores e das variáveis.

Foi de extrema valia para a pesquisa a utilização da análise estatística, especialmente a análise fatorial, os testes KMO e de Esfericidade de Bartlett e a análise de variância. Para verificar a adequação da Análise Fatorial e evitar usos incorretos dessa ferramenta estatística, essas testagens foram utilizadas com o objetivo de verificar a existência de correlação suficientemente forte entre as variáveis. Tal procedimento foi realizado como pré-requisito à aplicação da Análise

Fatorial e como requisito para verificar a adequação do uso dessa aos propósitos do estudo. A partir do resultado obtido por meio desses testes, conclui-se que a utilização da análise fatorial foi adequada aos objetivos da pesquisa.

Também foi possível, por meio da análise fatorial, selecionar de modo objetivo os principais indicadores de afetividade que compõem os três principais aspectos observados nessa instituição de saúde. Além disso, é possível executar uma análise simultânea dos mesmos por meio dos fatores obtidos.

Os resultados da análise fatorial apontam para uma escala sólida composta por três fatores como proposto teoricamente. Os três fatores apresentaram bons índices de confiabilidade e boas cargas fatoriais para os itens. O conteúdo de cada fator parece abarcar com propriedade a definição teórica dos fatores, além de contemplar as principais idéias apresentadas pelos participantes no desenvolvimento da escala.

Futuras pesquisas devem procurar repetir esse estudo e tentar re-estabelecer os padrões de afeto no trabalho em saúde aqui encontrados, para verificá-los e validá-los em outras realidades.

A importância desse estudo residiu não apenas no estabelecimento de padrões de percepção da afetividade, mas também na identificação de suas relações com a performance no trabalho, aqui avaliadas com base na aplicação do instrumento de pesquisa.

Dessa forma, o objetivo principal do estudo foi alcançado. Conclui-se, portanto, que o instrumento aqui apresentado possui bons índices de confiabilidade podendo ser utilizado em pesquisas e diagnósticos, o que favorece os estudos de valores referentes à afetividade no trabalho em saúde. Esse instrumento contribui significativamente para a compreensão das motivações para o trabalho e para o desenvolvimento de pesquisas sobre os valores relativos ao trabalho, como visualização da estrutura organizacional, comportamento organizacional/interpessoal e sentimento afetivo no contexto de trabalho na área da saúde.

Além disso, os resultados da análise fatorial apontaram três fatores que, do ponto de vista do seu conteúdo e guardadas as devidas proporções em termos de comparação, estão relacionados com os fatores de ordem superior da Teoria Humanista, abordagem proposta por Carl Rogers (1902-1987).

A partir do trabalho de Carl Rogers, a Abordagem Centrada na Pessoa constituiu-se como uma vigorosa opção, com amplas possibilidades de aplicações

no âmbito das relações humanas, no campo da psicologia, da pedagogia, do trabalho com grupos e nas organizações.

Para atingir essa finalidade, utilizou-se a percepção das pessoas quanto ao seu desempenho e quanto à visão de trabalho inserida no todo organizacional, sem a preocupação de verificar o desempenho técnico.

Verificou-se que níveis significativos de valoração acarretam em sentimentos de pertencimento e vinculação afetiva à instituição, agregando valores e despertando a possibilidade de novas formas de relacionamento interpessoal no trabalho.

O comprometimento afetivo é sem dúvida, um dos preceptores para avaliar o desempenho dessa pesquisa. Um aspecto interessante observado nos resultados refere-se à variação das médias relacionadas, unicamente, ao comprometimento afetivo (terceiro fator).

Verificou-se que, sentimentos de lealdade, dedicação e retribuição fazem parte desse fator, e que o desejo de pertencimento e permanência na instituição é fortemente evidenciado com variância de 0,82. Uma resposta possível para isso é que, a partir da adoção de certos valores, de certas atitudes e visão de pessoa, eleva-se a perspectiva dos indivíduos nas relações, implicando em atitudes empáticas.

Todo trabalho tem suas limitações e esse não fugiu à regra. Um dos maiores problemas enfrentados diz respeito à complexidade e diversidade das variáveis envolvidas quando se aborda afetividade, emoção e sentimento nas relações de trabalho.

Vale ressaltar ainda que o desenvolvimento dessa pesquisa busca conciliar duas abordagens, unindo a corrente dos estudos sobre afetividade encontrada principalmente na literatura da Educação, à corrente de estudos das relações interpessoais e de trabalho, encontrada na literatura da Psicologia Social. Essas duas áreas desenvolveram teorias e pesquisas sobre esses temas de maneira paralela e a união das duas pode enriquecer a compreensão desse fenômeno, como vem sendo apontado na literatura, inclusive, de cunho administrativo e de gestão empresarial.

Diante do exposto, pode-se concluir que o objetivo inicialmente proposto – identificar os indicadores de afetividade mais significativos nas relações interpessoais no ambiente de trabalho – foi atingido.

Por conseguinte, é possível ratificar que, os três aspectos mais relevantes para o monitoramento da afetividade nas relações de trabalho em saúde, no período em análise, são “Sentimento afetivo”, “Percepção da estrutura organizacional” e “Relacionamento interpessoal” e que os principais indicadores foram os índices “Cuidado”, “Valorização”, e “Significação” escolhidos de modo objetivo por compor cada um dos fatores encontrados.

Por ser um trabalho com objeto não descrito na literatura nacional na área da saúde, a ausência de publicações nacionais e internacionais para discutirem todo o processo e a impossibilidade de comparações com amostras brasileiras impõem limitações ao trabalho. Contudo, essa mesma desvantagem ganha notoriedade por poder ser considerado um primeiro passo de interlocução científica no Brasil.

Ajustes locais e regionais também podem ser necessários. Essas informações serão enriquecedoras para o estudo da dimensão do tema em foco – afetividade nas relações de trabalho na área da saúde - em âmbito nacional, contribuindo para políticas e ações relevantes em saúde pública.

O resultado dessa pesquisa certamente corresponde à teoria utilizada como referência; assume-se que o modelo teórico preconizado pela linha humanista – que possui Carl Rogers como principal representante da teoria fenomenológica - é apropriada. Nesse sentido, a perspectiva humanista transforma-se em uma abordagem baseada na compreensão, orientando seus estudos para aspectos expressivos da condição humana e contextualizada sócio-historicamente.

Possuímos razões objetivas para otimismo em relação às possibilidades atuais de expansão de horizontes na valorização do aspecto social do trabalho em saúde. Novas propostas contribuem nesse campo, algumas ainda em formato de discursos, outras como práticas mais consolidadas, porém, sensíveis para os aspectos sócio-culturais do processo saúde-doença, enfatizando a promoção à saúde.

Sem dúvida, o entendimento desse contexto se converte em um importante enfoque no que tange à melhoria da qualidade de vida do trabalhador da área da saúde, remetendo-nos ao inicialmente exposto nesse estudo, quanto à valorização do bem estar no trabalho. Somente a partir de reflexões envolvendo aspectos nas relações de trabalho, pode-se pensar na construção de uma assistência em saúde qualificada e resolutiva.

Remetendo-nos a Rogers (1977b, p. 220),

De certas coisas que tenho dito, confio em que ficou evidente que o que verdadeiramente me satisfaz é o poder de revelar minha autenticidade e de senti-la ou permiti-la em outrem. Desolador e lamentável, para mim, é não ser capaz de dar-lhe oportunidade em mim mesmo ou de tolerar autenticidade diversa da minha, no outro. Acho que a minha capacidade de ser congruente e genuíno ajuda, muitas vezes, à outra pessoa. Quando a outra pessoa é transparentemente autêntica e congruente quem recebe ajuda sou eu. Nos raros momentos em que a autenticidade profunda de um vai ao encontro da autenticidade profunda do outro, ocorre a memorável “relação eu-tu” [...]. Esse mútuo encontro, profundo e pessoal, não acontece muitas vezes, mas estou convencido de que, se não acontece, ocasionalmente, não somos humanos.

Em síntese, cabe pontuar os seguintes tópicos:

A partir da identificação na literatura das dimensões envolvendo afetividade e relações de trabalho em saúde, foi possível explorar com temas transversais, como gestão e gerência administrativa, integralidade, motivação, educação continuada e bem estar/mal estar no trabalho.

1. A importância desse estudo residiu não apenas no estabelecimento de padrões de percepção da afetividade, mas também na identificação de suas relações com a performance no trabalho.
2. O instrumento de pesquisa contribuiu significativamente para a compreensão e para o desenvolvimento de pesquisas sobre os valores relativos ao trabalho, visualização da estrutura corporativa, comportamento organizacional/interpessoal e sentimento afetivo no contexto de trabalho na área da saúde.
3. Os resultados da análise fatorial apontaram três fatores que, do ponto de vista do seu conteúdo e guardadas as devidas proporções em termos de comparação, estão relacionados com os fatores de ordem superior da Teoria Humanista, abordagem proposta por Carl Rogers (1902-1987).
4. A Abordagem Centrada na Pessoa constituiu-se como uma vigorosa opção, com amplas possibilidades de aplicações no âmbito das relações humanas,



no campo da Psicologia, da Pedagogia, do trabalho com grupos e nas organizações.

5. A ausência de publicações nacionais e internacionais para discutirem todo o processo e a impossibilidade de comparações com amostras brasileiras impõem limitações ao trabalho.
6. Somente a partir de reflexões envolvendo o bem estar no trabalho, pode-se pensar na construção de uma assistência em saúde qualificada e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

ACHKAR, D. **Pedagogia da afetividade**: uma construção teórico-prática de processos educativos baseados no afeto. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

AGATTI, A.P.R. **Valores profissionais e aptidão intelectual**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 36, n. 4, p. 142-151. 1984.

ALMEIDA, A. R. S. **O que é afetividade? Reflexões para um conceito**. 24<sup>a</sup> Reunião Anual ANPED. Caxambu, MG.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39- 52, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=pt)>. Acesso em: 15 jun. 2007.

ALVES-MAZZOTTI, A. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARANTES, V. Afetividade no cenário da educação. In: OLIVEIRA, M. K. de et al. **Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Moderna, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 8, n. 14, p.73- 92, set. 2003/fev. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, Rodrigo et al. **Neurobiologia das emoções**. Revista de Psiquiatria Clínica. Rio de Janeiro, v.35, n.2, p. 55-65, 2007.

BERRY, Leonard. **Descobrendo a essência do serviço**: os nove geradores de sucesso sustentável nos negócios. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

BORGES, L.O. **Significado do trabalho e socialização organizacional: Um estudo empírico entre trabalhadores da construção habitacional e de redes de supermercados**. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília. 1998.

BORGES, L.O. **A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário**. Estudos de Psicologia, v. 4, p. 107-139. 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996, p. 15-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/06**. Brasília, DF. 1996.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Assistência à Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília, DF. 1998.

\_\_\_\_\_. **Norma operacional da assistência à saúde-NOAS-SUS/01/2001**. Brasília, DF. 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria n.397, 09 de Out.2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações-CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília. Ministério do Trabalho e Emprego.

\_\_\_\_\_. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 163- 177, 2000.

CASTRO, Gardênia Abbad de Oliveira et al. Percepção de suporte organizacional: desenvolvimento e validação de um questionário. **RAC**, v.3, n.2, maio/ago. 1999.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241- 244, jan./mar. 2000.

COMIOTTO, M. S. **Adultos médios**: sentimentos e trajetória de vida; estudo fenomenológico e proposta de auto-educação. 1992. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1992.

DAMÁSIO, A. **O erro de Descartes**: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. **Em busca de Espinosa**: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DELORS, Jacques. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Unesco/MEC/Cortez, 1998.

DILLY, C.M.L.; JESUS, M.C.P. **Processo educativo em enfermagem**: das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe , 1995.

DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

HAIR, Joseph F. Jr.et al. **Análise multivariada de dados**. Tradução Adonai Schlup Sant'Anna e Anselmo Chaves Neto. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HUERTAS, J.A. **Motivación, querer aprender**. Madrid: Aique, 2001.

HIPÓLITO, João. Biografia de Carl Rogers. **Revista de Estudos Rogerianos** "A Pessoa como Centro", n. 3, Primavera-Maio 1999.

JUSTO, Henrique. **Carl Rogers**: teoria da personalidade, aprendizagem centrada no aluno. 5.ed. Canoas: La Salle, 1987.

KRÜGER, H. **Introdução à psicologia social**. São Paulo: EPU, 1986.

LAGES, Mariana N.; CASTRO, Ivani N. V. A educação para saúde como fator motivacional para o autocuidado. **Anais 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Porto/Portugal: 2008.

MEDEIROS, Carlos Alberto Freire et al. Validação do Modelo de Conceitualização de Três Componentes do Comprometimento Organizacional (Meyer e Allen, 1991). **RAC**, v.2, n.3, set./dez. 1998.

MÉDICI, A. C et al. Aspectos conceituais e metodológicos sobre força de trabalho em saúde no Brasil. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: Universidade/UFRN, 1999.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. São Paulo: DMPS/FCM/UNICAMP, 1999. Mimeo.

MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MORENO, M. Sobre el pensamiento y otros sentimientos. **Cuadernos de pedagogía**, Barcelona, n. 271, p.12-20, 1998.

MOSQUERA, J.; STOBÄUS, C. Afetividade: a manifestação de sentimentos na educação. **Educação**. Porto Alegre, ano 29, n. 58, p. 123-133, jan./abr. 2006.  
MOSQUERA, J.; STOBÄUS, C. **Educação para a saúde: desafio para sociedades em mudança**. 2 ed. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1984.

MURRAY, Edward J. **Motivação e emoção**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

NEGRI, Barjas e org. **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Alma-Ata**, 1978. Cuidados primários de saúde. Brasília: 1979.

PEREIRA, I. M. T. B. Recursos humanos e educação: uma parceria indispensável. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: Universidade/USP, 2001.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de Dados Qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 2001.

PINTO, Fausto Eduardo Menon. As muitas faces da afetividade: um breve debate sobre o funcionamento psicológico do ser humano. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008.

\_\_\_\_\_. A afetividade na organização do raciocínio humano: uma breve discussão. **Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo: Unicamp, v.7, n.1, p. 35-50, 2005.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

POLIT, D.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, Juliana Barreiros et al. Escala de Valores Relativos ao Trabalho – EVT. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília: Universidade de Brasília, v.19, n. 2, p. 145-152, maio/ago. 2003.

RAMIREZ, José Rafael Prada. **Profundamente humanos**. Aparecida: Santuário, 2000.

RAMOS, Arthur. **Introdução à psicologia social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

RIES, Bruno Edgar (Org.). **Psicologia e educação: fundamentos e reflexões**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

RODRIGUES, Maísa Paulino. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família**. Natal: Observatório NESC, UFRN, 2001.

ROGERS, Carl. **De pessoa para pessoa: o problema de ser humano, uma nova tendência na psicologia**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1977a.

\_\_\_\_\_. **Liberdade para aprender**. 4.ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1977b.

\_\_\_\_\_. **Em busca de vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa**. 2.ed. São Paulo: Summus, 1983a.

\_\_\_\_\_. **Um jeito de ser**. São Paulo: EPU, 1983b.

\_\_\_\_\_. **Liberdade de aprender em nossa década.** 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

\_\_\_\_\_. **Tornar-se pessoa.** 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

ROSA, Jorge La et al. **Psicologia e educação: o significado do aprender.** 9.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

SCHAL, Virgínia et al. Educação em saúde: novas perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiás, v.2, n.1, Editorial, 2000.

SIQUEIRA, Mirlene Matias. Esquema mental de reciprocidade e influências sobre afetividade no trabalho. **Estudos de Psicologia.** Natal/RN, v.10, n.1, jan/abr. 2005.

SORIA, B. El constructo de intensidad afectiva: una revisión. **REME - Revista Electrónica de Motivación y Emoción.** Murcia, v.2, n.2-3, 1997.

STOBÄUS, C.; MOSQUERA, J. In: ENRICONE, D. (Org.). **Ser professor.** 4.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TAMBARA, Newton. **Terapia centrada no cliente: teoria e prática: um caminho sem volta.** Porto Alegre: Delphos, Impressão Pallotti, 2007.

WALLON, Henri. **As origens do caráter na criança.** São Paulo: Nova Alexandria, 1995.

WHO. Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986, p. 11-18.

VALLE, Angela da Rocha. **Afeto no trabalho: o que se discute na literatura nacional. Psicologia para América Latina.** México, n.3, fev. 2005.

## **APÊNDICES**



APÊNDICE A - Termo de consentimento informado - Secretaria Municipal de Saúde  
de Porto Alegre

**A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**

Sou enfermeira e mestranda do programa de pós-graduação em educação (PUCRS).

Desenvolvo uma pesquisa cujo tema é “Afetividade nas relações de trabalho em um serviço de saúde da rede municipal de Porto Alegre”, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Bettina Steren dos Santos.

O objetivo desse estudo é focalizar a afetividade nas relações interpessoais no trabalho em saúde pública e desenvolver uma proposta que vise à promoção desse conceito em saúde.

Meu trabalho consistirá na realização de questionários com profissionais de saúde da instituição. A realização de meu trabalho junto à instituição será de caráter voluntário e coloco-me à inteira disposição para esclarecimentos referentes ao mesmo. Os resultados referentes à essa pesquisa poderão ser publicados, respeitando o sigilo quanto a informações que possam identificar seus participantes. Comprometo-me, também, a compartilhar o estudo com a instituição.

Agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Ivani Nadir Vieira de Castro  
Enfermeira (COREN/RS 65080)  
Mestranda do PPGE/PUCRS.

Porto Alegre, de de 2008.

Aceitamos a realização dessa pesquisa nessa instituição e concordamos com o termo exposto acima.

Instituição: Centro de Saúde Modelo

Coordenação: Enf<sup>a</sup> Ivani Nadir Vieira de Castro

Representante SMS responsável pela autorização: Dr. Nicolau Jorge Ludwig –  
Coordenador Geral da Rede de Atenção  
Básica da Secretaria Municipal de Saúde



## APÊNDICE C - Instrumento de Pesquisa - Questionário

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FAGED

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO E  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO - PPGEDU

O presente instrumento faz parte de um estudo acadêmico que visa analisar a maneira pela qual a afetividade insere-se nas relações de trabalho na área da saúde. Portanto, sua participação é de grande importância para o desenvolvimento da pesquisa. A sua participação é anônima.

Para o preenchimento utilize a Escala de Avaliação abaixo.

Muito Obrigada!

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo totalmente				Concordo totalmente

**ORIENTAÇÕES:**

Cada questão aceitará **somente um número** como resposta;

Esta escala permite avaliar o **grau de satisfação** em relação à pergunta, em uma **escala de 1 a 5**.

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:****IDADE:** \_\_\_\_\_ anos**SEXO:** Feminino Masculino**TEMPO DE SERVIÇO:**1-  Menos de 5 anos que trabalha na Empresa2-  de 6 a 10 anos que trabalha na Empresa3-  de 11 a 15 anos que trabalha na Empresa4-  Mais de 16 anos que trabalha na Empresa**ESCOLARIDADE:**1-  1º Grau Incompleto2-  1º Grau Completo3-  2º Grau Incompleto4-  2º Grau Completo5-  Superior Incompleto6-  Superior Completo7-  Pós-Graduado

1	Sinto que essa instituição de saúde valoriza novas idéias trazidas pelos funcionários	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
2	Essa instituição de saúde valoriza o esforço do funcionário para atingir resultados	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
3	Essa unidade de saúde demonstra atenção e aproveita as sugestões dos funcionários	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
4	Essa instituição de saúde valoriza as opiniões dos servidores na resolução de problemas	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
5	Essa instituição merece minha lealdade	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
6	Essa instituição de saúde tem um imenso significado pessoal para mim	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
7	Para mim, permanecer nesta instituição, na realidade, é tanto uma necessidade quanto um desejo	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
8	Eu desejo dedicar a minha carreira nessa instituição de saúde	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
9	Continuar trabalhando nessa instituição de saúde é uma forma de retribuir o que ela já fez por mim	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
10	Sinto que essa instituição de saúde está preocupada com o enriquecimento do meu trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
11	Essa instituição realmente preocupa-se com o meu bem estar	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
12	Essa instituição de saúde preocupa-se com a minha satisfação no trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
13	Essa instituição está disposta a fornecer orientação pessoal ao funcionário, quando ele necessitar	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
14	Essa instituição de saúde está disposta a investir na capacitação profissional do funcionário	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
15	Nessa instituição o funcionário recebe orientações quanto às novidades relacionadas ao seu trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
16	Essa instituição de saúde está disposta a melhorar as condições do local de trabalho para um melhor desempenho de seus funcionários	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
17	Sinto que essa instituição toma providências adequadas para resolver dificuldades que impedem o bom andamento do trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
18	Essa instituição de saúde procura melhorar e deixar mais modernos os processos de trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente

19	Essa instituição considera o que o funcionário tem a dizer, antes de ocorrer mudanças no trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
20	Sinto que nessa instituição de saúde o funcionário é reconhecido pelo trabalho bem feito	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
21	Sinto que nessa instituição existe um clima de cooperação entre os setores de trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
22	As relações entre colegas demonstram calor humano e solidariedade	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
23	Nessa instituição de saúde as relações de trabalho entre chefias e funcionários são de confiança e reciprocidade	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
24	Sinto que o sucesso no trabalho é reconhecido pelo grupo de trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
25	Nessa instituição, as minhas experiências pessoais são valorizadas	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
26	Sinto que meu crescimento e desenvolvimento pessoal são reconhecidos nas relações de trabalho dessa instituição de saúde	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
27	As relações de trabalho que existem nessa instituição preservam minha saúde	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
28	O aspecto afetivo é valorizado nas relações de trabalho dessa instituição de saúde	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
29	Essa instituição procura valorizar a minha criatividade e meu esforço no trabalho, ajudando a melhorar minhas relações no trabalho	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente
30	Essa instituição está preocupada em fazer com que meu trabalho e minhas relações com colegas sejam os mais interessantes possíveis	(1) Discordo totalmente	(2)	(3)	(4)	(5) Concordo totalmente