

ARTIGOS

Submetido 21.07.2015. Aprovado 30.11.2015

Avaliado pelo processo de *double blind review*. Editor Científico: Alexandre de Pádua Carrieri

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020160206>

OS SENTIDOS DO TRABALHO PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO MULTIMÉTODOS

The meanings of work to nursing professionals: A multi-method study

Los sentidos del trabajo para profesionales de enfermería: Un estudio multimétodos

RESUMO

O propósito original deste estudo foi realizar uma análise exploratória do sentido do trabalho para profissionais de enfermagem comparando-os por nível hierárquico (níveis técnico e superior) e por características do ambiente de trabalho. Aplicou-se um questionário estruturado contendo escalas para sentido do trabalho, comprometimento afetivo e estresse no trabalho. Os resultados foram tratados com estatística descritiva, análise fatorial exploratória, análise de correlações e comparação de médias, e confirmaram que o nível hierárquico e o ambiente definem diferenças na percepção do sentido do trabalho e de construtos relacionados a ele. Como o trabalho de campo demandou longas horas de permanência nos hospitais, o estudo foi enriquecido por observações e conversas durante o acompanhamento do serviço. A junção de métodos permitiu ampliar o conhecimento sobre fatores que suscitam a experiência de sentido do trabalho em enfermagem. Ele pode emergir de fatores como aumento de empregabilidade, distinção social, conciliação trabalho-família e natureza da relação com gestores e líderes. A perda do sentido, além da queda da produtividade, pode estar associada a comportamentos de resistência ou mesmo de retaliação na forma de absenteísmo e troca de emprego.

PALAVRAS-CHAVE | Sentidos do trabalho, enfermagem, comprometimento afetivo, estresse no trabalho, atenção primária.

ABSTRACT

The original purpose of this study was to conduct an exploratory analysis of the meaning of work to nursing professionals, comparing meanings by hierarchical level (non-degree and college-degreed levels) and by characteristics of the work environment. We applied a structured questionnaire containing scales for the meaning of work, affective commitment, and work stress. Results were treated with descriptive statistics, exploratory factor analysis, correlation analysis, and mean comparison, and confirmed that hierarchical level and work environment define differences in the perception of work meaning and related constructs. Since our field work demanded long hours of permanence in hospitals, the study was enriched with observations and conversations. This combination of methods allowed expanding the knowledge about the factors that elicit experiencing the meaning of work in nursing. Meaning can emerge from factors such as increase in employability, social distinction, work-family harmonization, and the nature of the relationship with managers and leaders. Loss of meaning can cause a drop in productivity and be associated with resistance behaviors or even retaliatory behaviors in the form of absenteeism and changing jobs.

KEYWORDS | Meanings of work, nursing, affective commitment, work stress, primary attention.

RESUMEN

El propósito original de este estudio fue realizar un análisis exploratorio del sentido del trabajo para profesionales de enfermería comparándolos por nivel jerárquico (niveles técnico y superior) y por características del ambiente de trabajo. Se utilizó un cuestionario estructurado conteniendo escalas para sentido del trabajo, compromiso afectivo y estrés en el trabajo. Los resultados fueron tratados con estadística descriptiva, análisis factorial exploratorio, análisis de correlaciones y comparación de promedios, y confirmaron que el nivel jerárquico y el ambiente definen diferencias en la percepción del sentido del trabajo y de construtos relacionados a él. Como el trabajo de campo demandó largas horas de permanencia en los hospitales, el estudio fue enriquecido por observaciones y conversaciones durante el acompañamiento del servicio. La conjunción de métodos permitió ampliar el conocimiento sobre factores que suscitam la experiencia de sentido del trabajo en enfermería. Él puede emerger de factores como aumento de empleo, distinción social, conciliación trabajo/familia y naturaleza de la relación con gestores y líderes. La pérdida del sentido, además de la caída de la productividad, puede estar asociada a comportamientos de resistencia o incluso represalias en la forma de ausentismo y cambio de empleo.

PALABRAS CLAVE | Sentidos del trabajo, enfermería, compromiso afectivo, estrés en el trabajo, atención primaria.

ANDREA LEITE RODRIGUES

andrealeiterodrigues@usp.br

Professora da Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades – São Paulo – SP, Brasil

ALCIDES BARRICHELLO

alcidesbarrichel@uol.com.br

Doutorando do Centro Universitário da Fundação Educacional Inaciana Padre Saboia de Medeiros – São Paulo – SP, Brasil

ESTELLE M. MORIN

estelle.morin@hec.ca

Professora da École des Hautes Études Commerciales – Montreal – Quebec, Canadá

INTRODUÇÃO

Ainda que “sentido do trabalho” seja algo que se possa definir com auxílio de intuição e senso comum, não se pode negar que seja difícil de explicar. O que é ou não um trabalho que tem sentido passa sempre por subjetividade e interpretação, sem esquecer os fatores sociais e culturais que certamente revestem a questão.

Quando investigado pela lente do método científico, o termo também não é de simples definição. Não admira, portanto, que estudos cuja finalidade seja organizar definições e abordagens teóricas englobem trabalhos dispostos em larga gama de áreas do conhecimento (Rosso, Dekas, & Wrzesniewski, 2010). Além disso, o termo aparece frequentemente associado a conceitos como motivação, comprometimento e satisfação no trabalho, entre outros.

O propósito original da pesquisa que deu origem a este artigo foi realizar uma análise exploratória do sentido do trabalho e construtos a ele relacionados para profissionais de enfermagem comparando-os por nível hierárquico ou titulação (níveis técnico e superior), e por características do ambiente de trabalho, tomando separadamente profissionais que atendem pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS) *versus* os que trabalham em hospital privado que atende pacientes de classes socioeconômicas mais elevadas do que a atendida pelo SUS.

Essas variáveis de comparação foram escolhidas por dois motivos:

- i) Geovanini (2005) e Melo (1986) nos permitiram aprender sobre aspectos sócio-históricos e econômicos que definem o acesso à profissão de enfermagem e que condicionam o direcionamento das pessoas para instrução de nível técnico ou universitário. A distinção entre profissionais técnicos e de nível superior traduz-se em organização do trabalho, hierarquia que está, historicamente, associada a valores como obediência e disciplina, dentro de uma separação socioeconômica de classes. Recentemente, novos mecanismos de acesso ao ensino superior e mudanças no ambiente hospitalar desorganizaram essa lógica e fizeram emergir dilemas, impasses e conflitos entre os diversos sujeitos que trabalham no hospital;
- ii) Pratt e Ashforth (2003) ensinam que o sentido do trabalho não é apenas uma experiência íntima e subjetiva, mas também fruto do ambiente no qual o sujeito está inserido.

Dessa forma, pareceu-nos plausível investigar se os sentidos são diferentes para aqueles que trabalham na rede pública de hospitais comparativamente aos que atendem em hospital privado, afinal há nítida diferença em relação aos recursos disponíveis (principalmente o ambiente físico ou instalações) e ao perfil socioeconômico da população atendida.

O questionário foi desenvolvido contendo a escala de avaliação do sentido do trabalho de Morin (2003), a de comprometimento afetivo de Meyer e Allen (1991) e a de Parker e DeCotiis (1983), para medidas do estresse por ansiedade e estresse por tempo.

No período de realização da pesquisa de campo, revelou-se, durante as horas de permanência nos hospitais, uma série de características tanto da vida cotidiana dos profissionais de enfermagem quanto do ambiente hospitalar, que, aliás, vem atravessando mudanças drásticas desde o final do século passado (Vencina & Malik, 2007); durante a observação e acompanhamento do serviço, desvelou-se para os pesquisadores conteúdo de natureza qualitativa, com nítidas contribuições para o avanço na compreensão do sentido do trabalho para os sujeitos de pesquisa em questão. Não se poderia desconsiderar o aprendizado oriundo desses longos contatos informais.

A aplicação dos questionários foi feita pela distribuição dos formulários impressos, aguardando-se sua devolução após estarem completamente preenchidos. Por consequência, foi necessário permanecer várias horas nos hospitais, uma vez que os profissionais não poderiam se disponibilizar todos ao mesmo tempo. Além disso, havia necessidade de esperar a troca de turnos, além de considerar escalas, folgas, demissões e movimentação de pessoal. Consequentemente, por meio das longas e repetidas estadias, os pesquisadores tiveram a oportunidade de acompanhar a rotina de atendimentos, conversas, pausas e toda sorte de interações interpessoais. Impossível ignorar tamanha riqueza, ainda que não fosse o propósito inicial, tendo em conta que o desenho original foi desenvolvido para uso de questionário estruturado.

Dessa forma, o projeto inicial cresceu em escopo ao agregar o objetivo de revelar a interpretação que os sujeitos de enfermagem fazem dos sentidos de suas trajetórias profissionais. Por que trabalham nisso? Como se veem? O que é importante, valioso ou prioritário no exercício da profissão? Quem são esses sujeitos e qual o sentido de seu trabalho para eles mesmos?

Ao estudo quantitativo, com aplicação de questionário estruturado, juntou-se a interpretação de observações colhidas durante o acompanhamento do serviço, ainda que não fossem fruto de entrevistas estruturadas, porém ricas de informações e

que não deveriam ser desprezadas pela falta de um procedimento metodológico preestabelecido.

Apresenta-se aqui uma pesquisa com abordagem quantitativa, mas que engloba contribuições de natureza qualitativa, com observações e conversas rápidas realizadas durante o acompanhamento do trabalho dos profissionais nos hospitais visitados. Coletaram-se dados de 162 profissionais que trabalham em 10 hospitais que atendem ao SUS na Grande São Paulo, e de 301 outros profissionais em um hospital privado em Belo Horizonte. Os resultados são uma contribuição para os estudos sobre sentido no trabalho.

Os hospitais da rede pública que participaram desta pesquisa são qualificados como organizações sociais. Assim, estão a serviço do Estado, porém o regime trabalhista que rege os funcionários é assalariado conforme a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esse fato é relevante, uma vez que, ao comparar profissionais de organizações sociais com profissionais de hospitais privados, não corremos o risco de estar comparando regimes distintos; isso é importante na medida em que se considera que o sentido do trabalho possa ser alterado pelo fato de funcionários públicos estatutários não correrem riscos grandes de perda de emprego. Em outras palavras, o risco de perda de emprego está igualmente presente em ambas as amostras, pois a possibilidade de perda do emprego ou insegurança na continuidade do vínculo não é fator moderador da relação do indivíduo com a organização. Podemos afirmar, portanto, que a diferença entre as amostras está no tipo de população atendida, nas condições de trabalho em termos de instalações, mas não quanto à relação que os indivíduos têm com seus empregadores em termos de risco.

Utilizaremos os termos hospital parapúblico, hospital que atende ao SUS ou que está no SUS para nos referirmos aos 10 hospitais na Grande São Paulo, administrados por uma organização social da saúde.

Este artigo está organizado da seguinte forma: na seção seguinte, apresentamos o quadro teórico para o conceito de sentido do trabalho, bem como definições dos conceitos de comprometimento afetivo e estresse no trabalho, esses últimos usados no presente trabalho como indicadores da experiência de sentido. Depois, histórico sucinto da trajetória do profissional de enfermagem. Na sequência, os métodos empregados para construção, aplicação e análise dos questionários estruturados, seguidos da apresentação das vivências do trabalho de campo que nos proporcionaram conversas e observações durante o acompanhamento do serviço. A conclusão traz as reflexões sobre a substantivação do conceito com uso dos diferentes métodos, bem como sugestões para futuros estudos.

SENTIDO DO TRABALHO

A produção intelectual sobre o conceito de sentido do trabalho engloba larga gama de opções teóricas e metodológicas. O trabalho de [Rosso et al. \(2010\)](#) nos permite afirmar isso com facilidade, pois apresenta variedade de abordagens nos estudos que se dedicaram ao conceito. Após a revisão bibliográfica, identificaram quatro grupos distintos para caracterizar o uso do termo sentido do trabalho: o eu (valores, motivações e crenças pessoais), o outro (lideranças, trabalho em equipe ou família), o contexto (a missão da organização, a natureza das tarefas e a cultura organizacional no ambiente de trabalho) e a vida espiritual (encarar o trabalho como um caminho para uma vida espiritual elevada e plena).

Pode-se, também, reconhecer que a produção intelectual sobre o conceito de sentido do trabalho contém estudos identificados com distintas opções paradigmáticas, considerando-se a classificação de [Burrell e Morgan \(1979\)](#). Há desde trabalhos de perfil funcionalista (de cunho marcadamente gerencialista) até aqueles que tratam de emancipação e desconstrução do conceito, aproximando-se de uma abordagem com teoria crítica ([Rohn & Lopes, 2015](#)).

O trabalho de [Antunes \(1999\)](#) destaca-se dentro da abordagem crítica e notabiliza-se pela elucidação das formas como se deu a nova organização do trabalho após a crise do fordismo. A flexibilização, seguida da terceirização, veio acompanhada de um discurso sobre empregabilidade e gestão da própria carreira. De acordo com [Rohn e Lopes \(2015\)](#), no modelo de trabalho flexível, há uma inevitável contradição, uma vez que o novo perfil profissional exigido – subordinável, ágil e adaptável – demanda profissionais que não possuam um alto grau de envolvimento afetivo na sua relação com o trabalho. Por outro lado, para que os trabalhadores internalizem os objetivos organizacionais, é necessário que se dediquem intensamente e despendam uma forte carga emocional nele. As novas formas de regulação do trabalho, mediante contratos temporários, horário flexível, trabalho *part-time*, redução de jornada e teletrabalho, são práticas que visam agregar valor somente à empresa; o trabalhador fica à deriva na medida em que perde a capacidade de mobilização coletiva, tornando-se solitário. A empregabilidade é algo que o indivíduo imputa a si como sua maior responsabilidade. A díade emprego-desemprego depende dele, de ser ou não competente o suficiente para manter-se no mercado, para manter-se competitivo. Por consequência, o sentido do trabalho reside em manter-se no jogo, conseguindo sustentar o comprometimento com a organização, mesmo que o vínculo não se mantenha no tempo. Só uma gestão mais humana pode resgatar o sentido do trabalho como criatividade e

emancipação. A ausência de sentido no trabalho leva à alienação e morte (Aktouf, 1992).

Em uma abordagem funcionalista, o sentido do trabalho tem sido reconhecido nas teorias em gestão como uma condição psicológica relevante por pesquisadores há muito tempo. Vide o trabalho de Hackman e Oldham (1975), que já afirmava quão importante a experiência do sentido é, não apenas para a definição de cada ofício (*design job*), mas para conseguir aumentar a produtividade, objetivo último da *Job Design Theory* (Hackman & Oldham 1975; Sims, Szilagyi, & Keller, 1976).

Trata-se de um conceito central em teorias emergentes como a psicologia positiva (Pratt & Ashforth, 2003; Wrzesniewski, Dutton, & Debebe, 2003), carreiras como vocação (Steger, Pickering, Shin, & Dik, 2010) e ética em negócios (Michaelson, Pratt, Grant, & Dunn, 2014). Gagné et al. (2010) afirmaram que o sentido é a base da chamada regulação identificada, conceito que se refere ao estado em que o indivíduo realiza uma tarefa porque se identifica com ela e consegue infundi-la em valor para si mesmo. Pessoas com identificação com o próprio trabalho engajam-se e comprometem-se porque o percebem como alinhado a seus valores ou objetivos. Como colocado por May, Gilson, e Harter (2004, p. 13): “the restoration of meaning in work is seen as a method to foster an employee’s motivation and attachment to work”.

Uma vez importante para a gestão, o sentido do trabalho merece estudos que contenham desenvolvimento e validação de escalas, como os trabalhos de Morin e Cherré (1999), Morin (2003, 2008), Gagné et al. (2010) e Lips-Wiersma e Wright (2012), para citar apenas alguns, com destaque para o trabalho do grupo *Meaning of Work International Research Team* (1987). A gestão do sentido demanda ferramentas para avaliá-lo e compará-lo a outros construtos (Lips-Wiersma & Morris, 2009). Na presente pesquisa, adotou-se se a escala proposta por Morin (2008) e as relações de sentido do trabalho com os construtos comprometimento afetivo (Meyer & Allen, 1991) e estresse no trabalho (Parker & DeCotiis, 1983), tal qual apresentado em trabalho anterior por Morin (2008). Em tal escala, há seis variáveis que antecedem o sentido, quais sejam: autonomia, aprendizagem, propósito social do trabalho, retidão moral, cooperação entre pares, reconhecimento. Essa definição dos seis construtos está próxima do que Ciulla (2000) explicou ao afirmar que um trabalho que tem sentido contém uma dimensão objetiva (condições de trabalho) e uma dimensão subjetiva (percepções dos trabalhadores), ideia corroborada por Michaelson et al. (2014), que adicionam a importância de considerar que as duas dimensões influenciam uma à outra. Faz-se necessário salientar que os construtos utilizados e suas respectivas escalas não visam testar o modelo proposto por Morin (2008) em diferentes hospitais, com profissionais de enfermagem,

e sim dar base teórica para as comparações que se deseja fazer entre as instituições e os profissionais objetos do presente estudo. Entendeu-se que, dessa forma, construtos relacionados estariam sendo usados no estudo, e não fatores escolhidos aleatoriamente, sem qualquer relação com sentidos do trabalho.

Morin (2008) afirma que a importância da identificação dos antecedentes do sentido do trabalho reside no fato de ser um forte indicador de qualidade de vida psíquica em um determinado ambiente profissional, ideia originalmente colocada por Frankl (1963, como citado em Morin, 2008). Por isso, pode-se assumir que há relação positiva com outras variáveis como comprometimento afetivo e negativa com estresse no trabalho. A autora canadense estabeleceu essas relações em outros trabalhos, valendo-se do conceito de comprometimento organizacional tal qual proposto por Meyer e Allen (1991) e de estresse no trabalho, conforme Parker e DeCotiis (1983). Optamos por replicar as mesmas escalas dos estudos feitos, com os devidos procedimentos para versão em português, tais como tradução reversa e submissão a especialistas.

O comprometimento organizacional é uma variável que trata da força e da natureza dos vínculos que as pessoas estabelecem com as organizações. De acordo com o modelo de Meyer e Allen (1991), caracteriza-se por um estado psicológico (*mindset*) que pode estar associado a afeto, dever ou consciência dos custos de transação para a mudança. Nesta pesquisa, por questões metodológicas, concentramos a análise no comprometimento afetivo (CA), que reflete um vínculo emocional e desejo de permanecer na organização, o que nos pareceu mais relevante em uma profissão dominada pela ideia de vocação, como é a enfermagem.

O estresse é um conceito muito estudado em psicologia, particularmente no que tange à vida do homem no trabalho. Essa variável não poderia faltar em um estudo comparativo sobre sentido do trabalho da enfermagem, uma vez que a literatura na área traz farta indicação de sofrimento psíquico em função de carga de trabalho elevada e ofício de natureza afilativa. Parker e DeCotiis (1983) realizaram um esforço de avanço no trabalho de conceituação, tendo como premissa que o estresse no trabalho é uma forma particular de sentimento de desajuste ou não adaptação, do qual o indivíduo é consciente, sendo resultado de condições percebidas ou acontecimentos no ambiente de trabalho. Nas escalas, há dois tipos de estresse: o estresse por tempo, oriundo da percepção de mau uso ou desperdício do tempo, e estresse por angústia, da percepção de que o trabalho a ser realizado é superior a suas competências, seus recursos, suas possibilidades em realizá-lo.

Tem-se, portanto, que, ao considerar o sentido do trabalho e seus seis antecedentes, o comprometimento afetivo e o estresse

por tempo e por ansiedade, construímos um questionário com 39 itens aplicado nas amostras definidas nos dois tipos hospitalares. As Tabelas 2 e 3 contêm as frases que compuseram a escala relativa a cada construto. Com isso, foi possível estabelecer comparações e discutir sobre a experiência dos profissionais de enfermagem em cada um dos ambientes.

O trabalho da enfermagem: Mudanças na prática laboral e no sentido

Foge aos objetivos deste trabalho uma apresentação detalhada sobre a evolução histórica da enfermagem como ofício. Mas foi necessário resgatar alguns fatos para entender características que ainda hoje condicionam o exercício da profissão e que revelaram ser importantes para a compreensão do sentido do trabalho.

Geovanini (2005) explica que a enfermagem moderna surgiu com Florence Nightingale, dama da sociedade inglesa que serviu na Guerra da Crimeia (1854-1856) juntamente com 38 voluntárias. Miss Nightingale fazia parte de uma elite econômica e possuía conhecimentos de enfermagem adquiridos com religiosas alemãs. As voluntárias eram selecionadas segundo seu espírito de sacrifício, sua dignidade, disciplina e altruísmo. Após a guerra, Florence fundou a Escola de Enfermagem Saint Thomas, em 1860, cujo método de ensino estava baseado na disciplina militar; a seleção das candidatas era feita de acordo com o que se avaliava como suas qualidades morais, só se aceitando mulheres, solteiras e brancas. Outra característica introduzida por Nightingale foi a divisão social da enfermagem que persiste até os dias atuais. A Escola Nightingaleana formava, segundo Geovanini (2005), duas categorias distintas de enfermeiras: as *ladies*, oriundas de classe social mais elevada, a quem cumpria o desempenho de tarefas intelectuais, tais como administração, supervisão, direção e controle dos serviços de enfermagem; e as *nurses*, que pertenciam a níveis sociais mais baixos e que, sob a supervisão das *ladies*, realizavam o trabalho manual da enfermagem. Abnegação, sofrimento e obediência eram os valores que tornavam a vocação algo essencial para a escolha da profissão. A enfermeira profissional veio para assistir e obedecer, dentro de uma organização hierárquica na qual sua autonomia e vontade são quase inexistentes. Ainda que trabalhe com e para população em estado de penúria e risco social, não se espera dela qualquer crítica social.

Vocação é o tipo de orientação profissional que, segundo Wrzesniewski, McCauley, Rozin, e Schwartz (1997), encontra-se em pessoas que consideram seu trabalho sua maior fonte de alegria, realização e propósito na vida, conceito que vem da ideia de servir a Deus, Seu chamado, Suas disposições. Bendassolli (2009) vale-se de Max Weber para explicar que o conceito de

vocação vem para o mundo do trabalho pelas mãos da ética protestante, que converte a noção de vocação em profissão, coerente com as exigências do novo tipo de regime de produção necessária ao capitalismo. Essa relação com o trabalho é a mais próxima do conceito de motivação intrínseca, ou seja, o sentido emerge de dimensões íntimas que se realizam com o trabalho. A experiência profissional transcende a própria existência.

Peduzzi e Anselmi (2002) explicam que, no Brasil, a divisão interna à enfermagem deu origem às várias modalidades de trabalho auxiliar (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem), ficando para o enfermeiro as atividades de ensino, supervisão e administração e, para o pessoal auxiliar, a maioria das atividades de assistência. Pode-se concluir que a composição da força de trabalho foi, historicamente, estabelecida de maneira que só reforça uma divisão social do trabalho, traduzida em um modelo de organização hierárquico, no qual a dicotomia entre fazer e pensar produz diferentes *status*/reconhecimento, cabendo ao técnico ou auxiliar o cumprimento de tarefas repetitivas, enquanto planejamento e gestão ficam para o profissional de nível superior (Pereira, Fortuna, Mishima, Almeida, & Matumoto, 2009). Os limites das atividades dos profissionais de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) estão definidos no Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. As funções são divididas por níveis de complexidade e cumulativas, ou seja, ao técnico, competem as suas funções específicas e as dos auxiliares, enquanto o enfermeiro é responsável pelas suas atividades privativas, outras mais complexas, e ainda pode desempenhar as tarefas das outras categorias (COFEN, 2015).

Outro ponto importante a salientar são as mudanças no ambiente que envolve o profissional de enfermagem, fora e dentro do hospital. Considerando o exercício do trabalho, houve, nas últimas décadas, um aumento da oferta de cursos, tanto de nível técnico quanto superior. Isso foi necessário, uma vez que o número de postos de trabalho para profissionais de enfermagem aumentou com a implantação dos Programas de Saúde da Família, o que, conseqüentemente, redimensionou o número de vagas tanto nas escolas profissionalizantes quanto nas universidades. Surgiram outros espaços de atuação, como os serviços de urgência médica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as unidades básicas de saúde, o atendimento ambulatorial, os hospitais-dia, os atendimentos domiciliares (*home cares*), a docência; finalmente, os diversos tipos de atendimento hospitalar ampliaram o escopo de atuação (Costa, Borges, & Barros, 2015). A expansão da oferta e os programas de inclusão no ensino superior trouxeram possibilidades para deslocamento ascendente de carreira, permitindo que profissionais de nível técnico tivessem acesso ao superior, o

que provoca, no ambiente hospitalar, maior complexidade nas relações sociais, perturbando uma lógica que associava nível hierárquico com origem socioeconômica.

Quanto aos hospitais, cabe remarcar que são organizações intensivas em conhecimento que vêm passando por profundas transformações nas últimas décadas, em função da adoção de métodos de gestão mundialmente legitimados, associados a qualidade total (TQM) (Vencina & Malik, 2007; Vignochi, Gonçalo, & Lezana, 2014). Esse fato mudou muito as rotinas de trabalho, pois trouxe a cultura do protocolo, do procedimento padrão que deve ser controlado por estrito acompanhamento de indicador de desempenho, da aquisição de competências (Paiva & Santos, 2012). As consequências nos processos de trabalho são imediatas e trouxeram para o enfermeiro mais responsabilidades em gestão, além de distanciamento do cuidado; para o técnico, as mudanças trouxeram a necessidade de ater-se a procedimentos repetitivos, nos quais pouco opina ou se envolve.

Por outro lado, havendo mais acesso ao conhecimento, na escola ou no hospital, formal ou informalmente, estabeleceu-se uma nova dinâmica nos relacionamentos nos ambientes de trabalho hospitalar que acarreta impactos à organização hierárquica do trabalho entre médicos, enfermeiros e técnicos. Isso fica ainda mais complicado com o advento das equipes multidisciplinares na saúde, tão enaltecidas no discurso, mas tão difíceis de concretizar na prática. Tais mudanças no ambiente de trabalho e no perfil dos profissionais remetem-nos ao trabalho de Pratt e Ashforth (2003), que consideram que o sentido do trabalho sofre mudanças juntamente com o ambiente, não sendo apenas fruto da experiência isolada e íntima do indivíduo.

Passaremos à apresentação do estudo completo. Começamos pela apresentação da parte com uso de métodos quantitativos. Adiante, uma discussão será feita com os resultados oriundos da análise estatística juntamente com as vivências e observações durante o trabalho de campo.

METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada com o corpo de enfermagem de cada hospital, por meio de questionário impresso em papel e aplicado em dois momentos com um intervalo de 15 dias entre cada aplicação, para evitar multicolinearidade. O instrumento foi desenvolvido com base nos trabalhos de Meyer e Allen (1991), para a medida do Comprometimento Afetivo; Parker e DeCotiis (1983), para medidas de Estresse por Ansiedade e Estresse por Tempo; Morin (2003, 2008) e Morin e Cherré (1999) para os seis construtos que determinam Sentido do Trabalho: Utilidade Social, Oportunidades de Aprendizagem e Desenvolvimento, Autonomia,

Cooperação e Relacionamento com Colegas, Reconhecimento e Retidão Moral; e a contribuição de May et al. (2004) para o construto Sentido do Trabalho ou *Meaningfulness Work*. Adicionalmente às escalas utilizadas, foram inseridas questões para qualificação do perfil dos profissionais que participaram da pesquisa. Os perfis das amostras estão na Tabela 1.

A tradução das afirmações da língua inglesa para a portuguesa, feita por tradução reversa, foi submetida a dois especialistas, doutores em comportamento organizacional e construção de escalas em ciências sociais. A versão final em português do questionário foi enviada aos respondentes após a conciliação das avaliações e sugestões de alteração dos especialistas. As dimensões foram medidas por meio da escala tipo Likert, variando de 1 a 6, na qual o respondente preencheu seu grau de concordância ou discordância com a afirmação (variando de discordo completamente ao concordo completamente), tendo sido utilizadas questões de controle para evitar o risco de respostas automáticas nos extremos ou no centro da escala.

O convite para participação foi encaminhado à direção de cada hospital para procedimentos de concordância com as condições de realização da pesquisa, quais sejam: confidencialidade dos respondentes, caráter voluntário da participação de todos, não divulgação de dados no nível individual e não doação do banco de dados com as respostas para quaisquer representantes dos hospitais, permanecendo em poder dos pesquisadores. Como resultado, os hospitais receberiam um relatório contendo as análises, bem como uma apresentação completa para dirigentes e gestores. Os hospitais assinaram documentos de compromisso com todas essas cláusulas.

Em cada visita, a primeira autora apresentava a pesquisa, explicando à equipe de enfermagem os objetivos e as condições de aplicação. Ênfase sempre foi dada à questão da confidencialidade e voluntariedade na participação. De modo geral, não ocorreram recusas, o clima sempre foi de interesse e acolhimento. Após apresentação à equipe, cada pessoa que se dispunha a participar recebia uma cópia do questionário e duas folhas contendo cópias idênticas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; após assinar as duas, uma deveria ser devolvida à pesquisadora, e a outra, guardada consigo.

Os profissionais não poderiam desvincular-se de seus afazeres todos ao mesmo tempo, tendo de fazê-lo em grupos. A chegada ao hospital acontecia por volta das 15 horas, sendo que às 19 ocorria a mudança do turno, o que demandava aguardar que a nova equipe assumisse o plantão para, na sequência, repetir a apresentação e o convite para participação na pesquisa. Em cada visita, a pesquisadora permanecia de 5 a 7 horas no hospital, saindo sempre após as 21 horas. Considerando que o questionário foi dividido em dois para coibir multicolinearidade, cada hospital

deveria ser visitado ao menos duas vezes, com espaço de 15 dias entre cada aplicação. Porém, há, na enfermagem, o chamado regime 12 x 36, ou seja, o profissional trabalha 12 horas e folga 36. Na prática, trabalha-se dia sim, dia não. Por isso, para atingir todo o contingente da enfermagem, cada hospital deveria ser visitado em dois dias seguidos. Após 15 dias, mais dois dias de visita. Considerando que 10 hospitais públicos participaram da pesquisa, mais um hospital privado, seriam necessárias 44 visitas ao todo. Na verdade, devido a faltas, mudanças, demissões, férias e outras movimentações de pessoal que ocorreram ao longo da pesquisa, 52 visitas foram realizadas pela primeira autora. No total, houve aproximadamente 312 (6 x 52) horas de permanência em hospitais, acompanhando o trabalho de profissionais de enfermagem, tanto de nível técnico quanto superior.

O método quantitativo adotado envolveu análise estatística descritiva, análise fatorial exploratória, análise de correlação de Pearson e comparação de médias pelo teste *t* de Student, sendo todos os cálculos realizados por meio do *software* IBM SPSS Statistics® 20.0.

ANÁLISES DE RESULTADOS

Foram recebidas 357 respostas do hospital privado de Belo Horizonte e 177 dos hospitais que atendem ao SUS, das quais foram aproveitadas respectivamente 301 e 162, por conterem informações completas relativas aos parâmetros base de comparação entre as instituições em estudo. Na Tabela 1, tem-se o perfil dos 463 participantes.

Tabela 1. Perfil dos participantes

Sexo	Hospital privado		Hospital parapúblico	
	Frequência	%	Frequência	%
Masculino	64	21,3	49	30,2
Feminino	237	78,7	113	69,8
Idade	Frequência	%	Frequência	%
até 25 anos	39	13,1	19	11,6
De 26 a 35 anos	187	62,0	79	48,8
De 36 a 45 anos	58	19,3	46	28,5
De 46 a 55 anos	16	5,3	14	8,7
Mais de 55 anos	1	0,3	4	2,3
Cargo	Frequência	%	Frequência	%
Nível técnico	273	90,7	139	85,8
Nível universitário	28	9,3	23	14,2

Observando-se os dados da Tabela 1, é possível verificar a existência de grande concentração de profissionais do sexo feminino, tanto no hospital privado como nos do SUS, e relativa concentração na faixa etária de 26 a 35 anos, o que é condizente com o tipo de atividade desenvolvida pelos profissionais de uma unidade hospitalar.

Quanto ao cargo ocupado pelos profissionais, aqui também se nota uma alta concentração no nível técnico, uma vez que as atividades das organizações hospitalares requerem um grande número de ações desenvolvidas por pessoas de áreas operacionais, nos laboratórios de análises clínicas, áreas administrativas e atenção básica aos pacientes.

Tabela 2. Análise fatorial exploratória – hospital privado

Constructo	Item	Carga fatorial	Alfa de cronbach
Comprometimento afetivo	Eu serei muito feliz se passar o resto da minha vida profissional trabalhando nesta organização	0,547	0,655
	Eu não me sinto emocionalmente ligado a esta organização (R)	0,875	
	Eu não sinto que realmente pertenço a esta organização (R)	0,880	
Estresse por ansiedade	Meu trabalho me deixa angustiado e nervoso	0,805	0,691
	Meu trabalho exige de mim mais do que deveria	0,743	
	Às vezes, quando eu penso no meu trabalho, sinto um aperto no peito	0,809	
Estresse por tempo	Trabalhar aqui faz com que seja difícil dedicar tempo para minha família	0,796	0,737
	Trabalhar aqui faz com que sobre pouco tempo para outras coisas	0,850	
	Eu tenho muito trabalho a fazer e muito pouco tempo para fazê-lo	0,645	
	Eu sinto como se eu nunca tivesse tido um só dia de folga	0,699	
<i>Meaningfulness</i>	O trabalho que faço é muito importante para mim	0,442	0,811
	O trabalho que faço aqui tem valor	0,790	
	Eu sinto que o trabalho que faço nesta organização tem significado	0,750	
	O trabalho que faço nesta organização é muito importante para mim	0,749	
	O trabalho que faço nesta organização tem valor	0,829	
	Eu sinto que o trabalho que faço nesta organização é valioso	0,706	
Utilidade social	Meu trabalho é útil para a sociedade	0,856	0,710
	Meu trabalho dá uma contribuição à sociedade	0,786	
	Meu trabalho é útil para outras pessoas	0,762	
Autonomia	O trabalho que eu faço corresponde às minhas competências	0,468	0,742
	Meu trabalho esta alinhado com meus interesses	0,675	
	Eu tenho autonomia em meu trabalho	0,786	
	Eu posso tomar decisões no meu trabalho para ser mais eficaz	0,791	
	Eu tenho liberdade para realizar meu trabalho	0,759	
Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento	Meu trabalho me permite atingir meu potencial	0,767	0,714
	Meu trabalho me permite desenvolver minhas habilidades	0,844	
	Meu trabalho me dá oportunidade de aprender	0,798	
Cooperação e relacionamento com colegas	Eu tenho uma boa relação com meus colegas de trabalho	0,695	0,751
	Eu trabalho em colaboração com meus colegas para atingir objetivos	0,698	
	Eu posso contar com apoio de meus colegas	0,800	
	Meus colegas e eu trabalhamos juntos, em equipe	0,834	
Reconhecimento	Eu me sinto reconhecido(a) por meus superiores	0,838	0,756
	Eu me sinto reconhecido(a) por meus colegas de trabalho	0,588	
	Eu tenho o reconhecimento que mereço, considerando meus esforços no trabalho	0,880	
	O salário que recebo é justo, considerando meus esforços	0,717	
Retidão moral	Eu trabalho em um ambiente que presta atenção à dignidade humana	0,724	0,845
	Eu trabalho em um ambiente que respeita os direitos humanos	0,905	
	Eu trabalho em um ambiente que valoriza a igualdade de tratamento entre as pessoas	0,833	
	Eu trabalho em um ambiente que respeita as pessoas	0,844	

(R)Itens invertidos durante as análises

Tabela 3. **Análise fatorial exploratória – hospitais que atendem ao SUS**

Constructo	Item	Carga fatorial	Alfa de cronbach
Comprometimento Afetivo	Eu serei muito feliz se passar o resto da minha vida profissional trabalhando nesta organização	0,712	0,684
	Eu sinto profundamente que os problemas desta organização também são meus problemas	0,700	
	Eu não me sinto emocionalmente ligado a esta organização(R)	0,769	
	Eu não sinto que realmente pertenço a esta organização(R)	0,686	
Estresse por ansiedade	Meu trabalho me deixa angustiado e nervoso	0,878	0,714
	Meu trabalho exige de mim mais do que deveria	0,723	
	Às vezes, quando eu penso no meu trabalho, sinto um aperto no peito	0,789	
Estresse por tempo	Trabalhar aqui faz com que seja difícil dedicar tempo para minha família	0,847	0,613
	Trabalhar aqui faz com que sobre pouco tempo para outras coisas	0,753	
	Muita gente do mesmo nível que eu tem ficado doente por causa do trabalho	0,651	
<i>Meaningfulness</i>	O trabalho que faço nesta organização é muito importante para mim	0,679	0,828
	O trabalho que faço nesta organização tem valor	0,685	
	O trabalho que faço nesta organização tem sentido para mim	0,821	
	Eu sinto que o trabalho que faço nesta organização é valoroso	0,852	
	Meu trabalho é importante para esta organização	0,832	
Utilidade social	Meu trabalho é útil para a sociedade	0,754	0,727
	Meu trabalho dá uma contribuição à sociedade	0,886	
	Meu trabalho é útil para outras pessoas	0,770	
Autonomia	O trabalho que eu faço corresponde às minhas competências	0,528	0,780
	Meu trabalho esta alinhado com meus interesses	0,714	
	Eu tenho autonomia em meu trabalho	0,715	
	Eu posso tomar decisões no meu trabalho para ser mais eficaz	0,802	
	Eu tenho liberdade para realizar meu trabalho	0,859	
Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento	Meu trabalho me permite atingir meu potencial	0,810	0,768
	Meu trabalho me permite desenvolver minhas habilidades	0,880	
	Meu trabalho me dá oportunidade de aprender	0,798	
Cooperação e relacionamento com colegas	Eu tenho uma boa relação com meus colegas de trabalho	0,734	0,765
	Eu trabalho em colaboração com meus colegas para atingir objetivos	0,724	
	Eu posso contar com apoio de meus colegas	0,814	
	Meus colegas e eu trabalhamos juntos, em equipe	0,802	
Reconhecimento	Eu me sinto reconhecido(a) por meus superiores	0,890	0,830
	Eu me sinto reconhecido(a) por meus colegas de trabalho	0,584	
	Eu tenho o reconhecimento que mereço, considerando meus esforços no trabalho	0,901	
	O salário que recebo é justo, considerando meus esforços	0,737	
	Minhas perspectivas de carreira são justas, considerando meus esforços	0,728	
Retidão moral	Eu trabalho em um ambiente que presta atenção à dignidade humana	0,631	0,798
	Eu trabalho em um ambiente que respeita os direitos humanos	0,853	
	Eu trabalho em um ambiente que valoriza a igualdade de tratamento entre as pessoas	0,832	
	Eu trabalho em um ambiente que respeita as pessoas	0,840	

(R)Itens invertidos durante as análises

As escalas utilizadas nos questionários foram submetidas à análise fatorial exploratória para avaliar a relação entre os indicadores e cada construto que compõe este estudo. Foram analisadas as cargas fatoriais de cada uma das afirmações propostas para verificação de suas significâncias e da representatividade da amostra utilizada. De acordo com Hair, Anderson, Tatham, e Black (2009, p. 120), cargas fatoriais maiores que 0,50 garantem significância de amostras superiores a 120 registros, podendo cargas fatoriais na faixa de $\pm 0,30$ a $\pm 0,40$ ser consideradas como atendendo o nível mínimo para interpretação de estrutura. Conforme apresentam as Tabelas 2 (hospital privado) e 3 (hospitais que atendem ao SUS), todas as cargas encontradas para as respostas foram superiores a esses valores mínimos, o que corrobora o tamanho das amostras de 301 e 162 respondentes. Em função do objetivo do trabalho, a análise fatorial foi feita separadamente para posterior comparação entre as duas organizações pesquisadas.

Devido à baixa comunalidade ou baixa carga fatorial, algumas afirmações do questionário inicial foram desconsideradas quando do cálculo da média dos indicadores reflexivos para

geração dos valores referentes a cada um dos construtos usados nas análises posteriores, ficando apenas as que atendiam as recomendações da literatura (Hair et al., 2009).

Quanto às medidas de adequação da análise fatorial, o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) resultou em um valor de 0,885 para os dados do hospital privado e 0,805 dos hospitais que atendem ao SUS, considerados adequados. O teste Bartlett de esfericidade mostrou-se significativo (Chi-quadrado = 8726,065; $df = 1596$; $p < 0,001$ para o hospital privado e Chi-quadrado = 4844,289; $df = 1653$; $p < 0,001$ para os hospitais que atendem ao SUS), indicando que a análise fatorial é adequada (Hair et al., 2009, p. 110).

As Tabelas 2 e 3 mostram também que as variáveis resultantes da análise fatorial apresentam níveis adequados de confiabilidade, com alfas de Cronbach superiores a 0,60 (Hair et al., 2009, p. 126). Adicionalmente, foram encontradas correlações de Pearson significantes ($p < 0,05$ e $p < 0,01$) entre as variáveis estudadas, com algumas poucas exceções, conquanto a intensidade da relação não seja a mesma a depender do tipo de hospital (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4. Correlação de Pearson entre as variáveis estudadas – hospital privado

	1.CA	2.EA	3.ET	4.M	5.US	6.A	7.OAD	8.CRC	9.R	10.RM
1. Comprometimento afetivo	1									
2. Estresse por ansiedade	-0,357**	1								
3. Estresse por tempo	-0,271**	0,634**	1							
4. <i>Meaningfulness</i>	0,455**	-0,443**	-0,329**	1						
5. Utilidade social	0,076	-0,097	-0,010	0,438**	1					
6. Autonomia	0,433**	-0,409**	-0,315**	0,591**	0,332**	1				
7. Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento	0,343**	-0,287**	-0,182**	0,561**	0,469**	0,682**	1			
8. Cooperação e relacionamento com colegas	0,186**	-0,237**	-0,171**	0,350**	0,414**	0,479**	0,454**	1		
9. Reconhecimento	0,442**	-0,466**	-0,413**	0,550**	0,183**	0,721**	0,489**	0,411**	1	
10. Retidão moral	0,427**	-0,425**	-0,329**	0,626**	0,268**	0,613**	0,558**	0,416**	0,675**	1

** $p < 0,01$

Tabela 5. Correlação de Pearson entre as variáveis estudadas – hospitais que atendem ao SUS

	1.CA	2.EA	3.ET	4.M	5.US	6.A	7.OAD	8.CRC	9.R	10.RM
1. Comprometimento afetivo	1									
2. Estresse por ansiedade	-0,275**	1								
3. Estresse por tempo	-0,343**	0,642**	1							
4. <i>Meaningfulness</i>	0,372**	-0,281**	-0,123	1						
5. Utilidade social	0,227**	0,052	0,121	0,578**	1					
6. Autonomia	0,323**	-0,251**	-0,160*	0,737**	0,407**	1				
7. Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento	0,242**	-0,233**	-0,120	0,729**	0,484**	0,614**	1			
8. Cooperação e relacionamento com colegas	0,252**	-0,243**	-0,273**	0,461**	0,341**	0,470**	0,398**	1		
9. Reconhecimento	0,279**	-0,284**	-0,151*	0,649**	0,256**	0,690**	0,620**	0,389**	1	
10. Retidão moral	0,208**	-0,259**	-0,167*	0,619**	0,364**	0,588**	0,610**	0,403**	0,698**	1

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Analisando os resultados dos hospitais que atendem ao SUS, chama a atenção a quantidade de valores acima de 0,60, enquanto no hospital privado apenas um fator aparece com esse valor. Destaca-se que a variável *Meaningfulness Work* (4) mostrou alta correlação com Autonomia (6), Oportunidade de Aprendizagem e Desenvolvimento (7), Reconhecimento (9) e Retidão Moral (10), tal qual salientado nas tabelas, o que pode ser um indicativo de que tais variáveis são mais importantes para a compreensão do significado do trabalho nos hospitais que atendem ao SUS do que no hospital privado. Há, contudo, que se ter cuidado com tal afirmação, posto que correlação não é medida suficiente para tal conclusão. Ademais, o trabalho no campo mostrou-nos que o perfil socioeconômico dos profissionais em ambos os ambientes guarda muita similaridade. Portanto, há que se considerar com cautela os resultados da correlação.

Passemos, então, à comparação entre hospitais, uma vez terminada a análise da estatística descritiva e de correlações. Para isso, usou-se um teste *t* de Student para comparação entre as médias dos indicadores reflexivos (frases dos questionários) usadas para geração dos valores referentes a cada um dos construtos utilizados no estudo. Em função da diferença do número de respondentes classificados como tendo cargo de

nível técnico e cargo de nível universitário, a comparação das duas instituições deu-se de duas formas: i) considerando o total de respondentes sem distinção por cargo e ii) com separação por cargos.

A Tabela 6 apresenta a comparação de resultado geral, sem levar em consideração a distinção por cargo, para os diversos construtos em análise. Pode-se verificar que apenas Cooperação e Relacionamento com Colegas não apresentou diferença significativa entre os hospitais ($p < 0,05$), ficando todos os demais construtos significativamente diferentes ($p < 0,01$) entre os funcionários das duas organizações. A análise dos demais construtos mostra que os funcionários do hospital privado apresentam maiores valores de Comprometimento Afetivo, Estresse por Ansiedade e Estresse por Tempo. Ainda sobre o hospital privado, seus funcionários apresentam menor valor para *Meaningfulness Work*, menor Utilidade Social, menor Autonomia, entendem que existem menos Oportunidades de Aprendizagem e Desenvolvimento, recebem menor Reconhecimento pelo seu trabalho e enxergam menor Retidão Moral em seu ambiente de trabalho quando comparados com seus colegas dos hospitais que atendem ao SUS, o que pode ser evidenciado pelo valor $p < 0,01$.

Tabela 6. Hospital privado vs. hospitais que atendem ao SUS – total de respondentes

Constructo	Hospital privado		Hospital parapúblico		Diferença	t	p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão			
Comprometimento afetivo	4,348	1,125	3,920	1,014	0,428	4,242	< 0,001
Estresse por ansiedade	3,140	1,293	2,796	1,125	0,344	3,158	0,002
Estresse por tempo	3,252	1,218	2,969	1,079	0,283	2,617	0,009
<i>Meaningfulness</i>	4,325	1,054	4,939	0,715	-0,615	-7,922	< 0,001
Utilidade social	5,123	0,715	5,349	0,606	-0,226	-3,601	< 0,001
Autonomia	3,764	0,965	4,480	0,756	-0,716	-9,357	< 0,001
Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento	4,405	1,093	4,713	0,835	-0,308	-3,598	< 0,001
Cooperação e relacionamento com colegas	4,741	0,821	4,857	0,684	-0,116	-1,725	0,085
Reconhecimento	3,384	1,090	4,127	0,991	-0,743	-7,607	< 0,001
Retidão moral	4,016	1,207	4,554	0,870	-0,539	-5,878	< 0,001

Quando o grupo de funcionários foi dividido nos dois tipos de cargos considerados (cargo de nível técnico e cargo de nível universitário), os resultados encontrados foram diferentes, conforme mostram as Tabelas 7 e 8.

Para o cargo de nível técnico, o resultado foi exatamente o mesmo daquele obtido quando ambas as organizações foram analisadas sem distinção de cargo, como se pode ver na Tabela 7, o que pode ser explicado pelo fato de os técnicos representarem 90,7% dos respondentes do hospital privado e 85,8% dos hospitais que atendem ao SUS, tendo suas respostas considerável influência sobre o perfil total de cada amostra.

Tabela 7. Hospital privado vs. hospitais que atendem ao SUS – cargos de nível técnico

Constructo	Hospital privado		Hospital parapúblico		Diferença	t	p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão			
Comprometimento afetivo	4,216	1,158	3,846	0,994	0,370	3,200	0,001
Estresse por ansiedade	3,162	1,268	2,771	1,148	0,391	3,052	0,002
Estresse por tempo	3,234	1,158	2,974	1,102	0,261	2,194	0,029
<i>Meaningfulness</i>	4,247	1,057	4,957	0,703	-0,710	-8,124	< 0,001
Utilidade social	5,100	0,720	5,365	0,594	-0,265	-3,741	< 0,001
Autonomia	3,696	0,956	4,473	0,759	-0,777	-8,977	< 0,001
Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento	4,306	1,095	4,728	0,852	-0,422	-4,309	< 0,001
Cooperação e relacionamento com colegas	4,738	0,832	4,869	0,687	-0,130	-1,692	0,092
Reconhecimento	3,302	1,076	4,120	0,995	-0,818	-7,458	< 0,001
Retidão moral	3,921	1,229	4,567	0,865	-0,646	-6,184	< 0,001

Quando o cargo de nível universitário foi analisado isoladamente (Tabela 8), o resultado apontou diferenças significantes ($p < 0,05$) em Comprometimento Afetivo, Estresse por Tempo e Oportunidades de Aprendizagem e Desenvolvimento, todos com médias maiores no hospital privado. Tem-se, portanto, que a experiência de ligação afetiva com a organização é, de fato, superior no hospital privado, em ambos os níveis hierárquicos, assim como o estresse por tempo. Já os outros construtos requerem que seja levado em conta o nível hierárquico para avaliação. A questão da posição hierárquica é, portanto, bastante relevante em qualquer estudo sobre qualidade de vida psíquica no trabalho de profissionais de enfermagem.

Tabela 8. Hospital privado vs. hospitais que atendem ao SUS – cargos de nível universitário

Construto	Hospital privado		Hospital parapúblico		Diferença	t	p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão			
Comprometimento afetivo	4,988	0,749	4,457	0,990	0,532	2,158	0,036
Estresse por ansiedade	3,445	1,448	3,102	1,127	0,343	0,924	0,360
Estresse por tempo	3,824	1,522	2,986	1,196	0,838	2,138	0,038
<i>Meaningfulness</i>	4,760	0,971	4,783	0,848	-0,023	-0,087	0,931
Utilidade social	5,469	0,517	5,349	0,721	0,121	0,687	0,496
Autonomia	4,289	0,915	4,580	0,802	-0,292	-1,188	0,241
Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento	5,321	0,771	4,623	0,884	0,698	2,983	0,004
Cooperação e relacionamento com colegas	5,000	0,690	4,761	0,763	0,239	1,163	0,250
Reconhecimento	3,806	1,235	4,230	1,028	-0,425	-1,308	0,197
Retidão moral	4,676	0,990	4,543	0,985	0,132	0,473	0,639

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA COM QUESTIONÁRIO

Este estudo foi organizado a partir de um conjunto de seis construtos antecedentes do sentido do trabalho conforme detalhadamente exposto em Morin (2008) e das relações de sentido do trabalho com comprometimento afetivo (Meyer & Allen, 1991) e estresse no trabalho (Parker & DeCotiis, 1983), tal qual apresentado em trabalho anterior por Morin (2003). A escala de 39 itens explora o nível de importância que os sujeitos de pesquisa dão às variáveis consideradas (utilidade social, autonomia, oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, cooperação entre colegas, retidão moral e reconhecimento), que são antecedentes da variável *Meaningfulness Work*, e a seus consequentes Comprometimento Afetivo e Estresse por Tempo e Estresse por Ansiedade, comparando-se os escores médios obtidos nos hospitais parapúblicos e no hospital privado,

assim como entre os profissionais de enfermagem de nível técnico e de nível universitário. Os resultados indicam que o nível hierárquico e o ambiente de trabalho influenciam tanto a experiência do Sentido do Trabalho quanto Comprometimento Afetivo, que pode ser tomado como um indicador da presença de sentido. O Estresse por Tempo e por Ansiedade podem ser considerados indicadores inversos à presença do Sentido do Trabalho e, igualmente, apresentaram resultados distintos por nível hierárquico e por tipo de ambiente de trabalho.

O uso do método quantitativo trouxe como principal contribuição desafiar o senso comum sobre condições de trabalho no SUS em comparação com hospitais privados. Tomados em conjunto, profissionais técnicos e de nível superior apresentam diferenças significativas na comparação entre os dois tipos de hospitais, nos construtos Comprometimento Afetivo, Estresse por Ansiedade e Oportunidades de Aprendizagem e Desenvolvimento, que são maiores no hospital privado. *Meaningfulness Work*, Utilidade Social, Autonomia, Reconhecimento e Retidão Moral

são maiores nos hospitais que atendem ao SUS. Esse resultado é curioso, uma vez que indica que quem atende população carente vê mais sentido em seu trabalho, mesmo não apresentando o maior nível de vínculo afetivo com a organização. O sentido pode estar atrelado ao propósito social, mas não necessariamente a uma ligação emocional. Intrigante, também, concluir que profissionais que trabalham com o SUS tenham experiência de menor Estresse – tanto por ansiedade como por tempo – e maior Reconhecimento e Retidão Moral do que seus colegas que trabalham na iniciativa privada. O construto Cooperação e Relacionamento com colegas foi o único que não apresentou diferença significativa nem entre organizações, nem entre cargos. Em pesquisa com executivos, Morin (2001) obteve depoimentos que afirmavam que quanto mais o clima entre colegas fosse de colaboração, com estabelecimento de boas relações, maior o sentido do trabalho. Nossos resultados revelaram que, na organização na qual houve maior valor no indicador de Sentido do Trabalho, não houve maior indicador de colaboração. Além disso, as Tabelas 4 e 5 indicam baixa correlação entre esse construto e *Meaningfulness Work*. Fica, portanto, a necessidade de mais investigação sobre a relação entre os construtos e as possibilidades de usar Cooperação e Colaboração como indicadores de sentido no trabalho. Ou, então, pode haver um equívoco ao se considerar que os ambientes são de fato diferentes porque atendem populações de extratos socioeconômicos distintos. Ainda que isso proceda, guardam semelhanças na organização do trabalho e no perfil das mudanças organizacionais que estão ocorrendo em todos os hospitais, sejam públicos, privados, parapúblicos ou qualquer outra configuração. Cabem mais investigações para caracterizar o ambiente do ponto de vista das relações entre pares.

A vivência nos hospitais: Observações não estruturadas durante as visitas

Como já exposto, durante o período de aplicação dos questionários e coleta de dados, a primeira autora permaneceu muitas horas em campo, sendo inevitável observar a ação dos sujeitos de pesquisa durante o serviço, bem como interagir em conversas que emergiram naturalmente do contato espontâneo. Consequentemente, pôde entabular conversações rápidas, sem roteiro ou estrutura predefinida, tratando de temas emergentes ou respondendo a perguntas sobre a pesquisa, mas em linguagem coloquial, com interação amigável e informal. Adicionalmente, pôde participar de momentos da vida cotidiana nesses ambientes de trabalho, como a pausa para o café na copa, a conversa no balcão central do andar ou o contato rápido com familiares de pacientes. Tais momentos foram importantes para fazer com

que os respondentes fossem mais cooperativos no momento de responder aos questionários, sendo válidos pelo fato de criar boa vontade para a parte quantitativa da pesquisa. A percepção da pesquisadora foi de que esse tempo de acompanhamento do serviço cotidiano favoreceu a aproximação.

A pesquisadora não demorou a perceber que essas horas eram preciosas para angariar conteúdo qualitativo para a pesquisa. Nos contatos durante as visitas, as pessoas, principalmente mulheres, podiam expressar seus sentimentos, tanto em relação ao ambiente de trabalho quanto à profissão. Completou-se, então, o estudo sobre sentidos do trabalho com o acompanhamento das práticas cotidianas (Sandberg & Dall'alba, 2009). Ocorreu algo semelhante ao que Patton (2002) chama de *informal conversational interview*, um tipo de entrevista aberta, sem objetivo predefinido, não estruturada, que oferece o máximo de flexibilidade para angariar informações durante as interações com os sujeitos de pesquisa. Em suas palavras, com tradução nossa:

Este tipo de abordagem serve particularmente bem quando o pesquisador pode permanecer no local um período suficiente para não depender de apenas uma única oportunidade de entrevista. As perguntas podem mudar durante o tempo e cada entrevista pode ser construída a partir das anteriores, expandindo a informação que foi angariada anteriormente, movimentando-se em novas direções e buscando elucidações e elaborações de diferentes participantes. (Patton, 2002, p. 342)

Durante as conversas, a pesquisadora buscou conhecer mais sobre a relação de cada indivíduo com seu trabalho na enfermagem: Por que escolheu tal profissão? O que é ser enfermeiro (a) ou técnico (b) para você? O mesmo acontecia durante as observações, momentos em que a pesquisadora permanecia calada acompanhando a entrega do serviço, as interações com pacientes, familiares e superiores no hospital. Os resultados dessa parte qualitativa, mesmo que emergente e pouco estruturada, trouxeram contribuições interessantes para apontar antecedentes do sentido do trabalho. Tanto os depoimentos quanto as observações de campo convidam a considerar o sentido como interpretação, como forma de o sujeito priorizar ações e agir motivadamente.

Os encontros e acompanhamento do serviço, principalmente com o nível técnico, mostraram que a escolha por essa profissão está fortemente associada à busca por melhorar a condição socioeconômica de origem desses profissionais. Nos hospitais visitados, a maioria era mulheres no nível técnico,

afrodescendentes, mães solteiras, com dois empregos, muitas cursando nível superior no período noturno, após longas jornadas de trabalho. Sua principal motivação era retirar seus filhos dos bairros pobres de origem, colocá-los para estudar na melhor escola privada que seus salários permitissem, “com perua na porta, viu!”, segundo uma das entrevistadas. Não se ouviram relatos que pudessem associar o exercício da profissão com a noção de vocação no sentido de abnegação e obediência. Ao contrário, nas conversas, as profissionais manifestavam estar em busca de empoderamento e superação de pobreza por meio de mais acesso a bens e serviços para si e para seus familiares.

Sobressaiu a necessidade de encontrar um curso “que desse emprego”, dentro de um espectro restrito de possibilidades para pessoas de baixa renda. Assim, o curso de técnico de enfermagem aparece como um acesso a um universo de certa forma nobre, e que “dá futuro”. O sentido em ser enfermeira é seguir um dos poucos caminhos para avançar socioeconomicamente. Cabe observar que, nos seis construtos que se relacionam ao sentido do trabalho como antecedentes (Morin, 2008) definidos no questionário estruturado, nenhum se refere à empregabilidade, ponto relevante para esse conjunto de profissionais cuja história de vida inclui escolher a profissão entre poucas opções e que possibilite acesso ao mercado de trabalho rápido. Daí a escolha pelo curso técnico de enfermagem.

As conversas também revelaram que a escolha por um trabalho na área da saúde vem acompanhada da possibilidade de pertencimento a grupos sociais respeitáveis ou desejáveis. Curiosamente, os relatos deram conta de que as distinções hierárquicas que acontecem no hospital podem ocorrer de maneira inversa no bairro ou comunidade onde moram as profissionais. Sair de casa vestida de branco de manhã significa ser reconhecida, cumprimentada e destacada na multidão. “Eu sou a enfermeira lá da minha comunidade. Tudo que tem, todo mundo corre pra mim”, disse uma entrevistada. Tem-se que o sentido emerge de reconhecimento não apenas organizacional, mas também social. A trabalhadora da saúde alcança distinção e respeitabilidade.

Entretanto, no hospital, as relações são pautadas pela estrutura hierárquica na qual prevalece a obediência aos superiores (Carvalho, Peduzzi, & Ayres, 2014). Esta é uma das principais causas de estresse e fonte de conflitos. Merecem atenção relatos que dão conta de que as relações com superiores são o motivo principal para absenteísmo e troca de emprego, sendo esses grandes problemas para empregadores em geral.

A relação com superiores também aparece nos relatos sobre dificuldades em conciliar vida familiar (em geral, mãe solteira ou arrimo de família) com profissional. Supervisoras sensíveis aos problemas, que facilitam questões como atrasos e faltas, são muito bem vistas e fortalecem o vínculo

com a organização, ou seja, aumentam o comprometimento. A pesquisadora teve oportunidade de presenciar práticas de retaliação e resistência, como colocar o próprio nome na escala de um feriado e faltar propositadamente como forma de revanche a algum desgaste na relação com supervisores. Próximos estudos devem explorar o absenteísmo como uma reação a problemas com supervisão, conflitos com a hierarquia e perda de comprometimento. A experiência no campo indicou que ocorrem retaliações a superiores “legitimadas” por um documento do tipo atestado médico ou coisa que o valha. A ligação da técnica de enfermagem com o hospital pode estar condicionada a fatores instrumentais como salário, tolerância a faltas e atrasos, além de facilidade de transporte. As bases para o comprometimento organizacional parecem estar construídas em cima de questões concretas da gestão dos múltiplos papéis que a mulher exerce na família.

A oportunidade de acompanhar o trabalho gerou, como principal contribuição, reconhecer que o sentido do trabalho para os profissionais de enfermagem, sobretudo técnicos, tanto dos hospitais que atendem ao SUS quanto do hospital privado, passa por aumentar empregabilidade, pertencer a grupo social reconhecido e admirado com distinção, resolver as dificuldades em conciliar trabalho e família e, finalmente, viver em ambientes profissionais nos quais a relação com superiores seja amigável e, sobretudo, tolerante e condescendente. Nenhum desses fatores estava presente na escala aplicada, o que sugere que há espaço para mais investigações. Gestores hospitalares podem estar atentos a esses pontos quando tratarem de gestão de pessoas em enfermagem.

CONCLUSÃO

O propósito deste trabalho foi avaliar e comparar construtos relacionados a sentidos do trabalho em profissionais de enfermagem que atuam em hospitais parapúblicos e hospital privado. Foi utilizada uma escala originalmente proposta por Morin e Cherré (1999) e validada por Morin (2003, 2008). Os construtos Comprometimento Afetivo (Meyer & Allen, 1991) e Estresse no Trabalho (Parker & DeCotiis, 1983) também foram avaliados e comparados. A comparação deu-se pelo tipo de hospital – parapúblico x privado – e pelo nível hierárquico, técnico e superior.

O sentido do trabalho é um conceito multifacetado, de difícil apreensão pelo uso de apenas um método e que demanda outros construtos que podem servir como indicadores de sua presença. Por isso, trabalhamos também com comprometimento e estresse. As escalas utilizadas no questionário configuram

uma ferramenta para avaliação do Sentido do Trabalho, pois permitiram avaliação e relação com outras variáveis, quais sejam Comprometimento Afetivo e Estresse por Ansiedade e por Tempo. A aplicação da ferramenta nos permitiu concluir que o nível hierárquico (técnico de enfermagem e enfermeira) influencia a experiência do sujeito e construção do sentido, bem como o ambiente organizacional hospitalar, que diferenciamos pelo perfil de população atendida (SUS *versus* privado).

Os resultados obtidos com uso de análise fatorial exploratória, coeficiente de correlação de Pearson e comparação de médias pelo teste *t* de *Student* mostraram-nos a necessidade de investigar mais as relações entre sentido do trabalho e ambiente profissional, bem como entre sentido e comprometimento e sentido e estresse. Nas amostras pesquisadas, profissionais que trabalham no SUS, independentemente de sua categorização hierárquica, apresentaram maior nível de Sentido no Trabalho (*Meaningfulness Work*, Utilidade Social, Autonomia, Oportunidades de Aprendizagem e Desenvolvimento, Reconhecimento e Retidão Moral).

Por sua vez, profissionais do hospital privado apresentaram maior Comprometimento Afetivo, Estresse por Ansiedade e Estresse por Tempo. Esses resultados convidam-nos a mais reflexão sobre a relação entre os construtos. Ao contrário do que está em Morin (2008), maior Comprometimento Afetivo não está associado a maior Sentido do Trabalho, ainda que haja correlação positiva entre os construtos. Analogamente, o Estresse pode estar presente mesmo com alto Comprometimento Afetivo, uma vez que a correlação entre eles é negativa, porém pequena. Amostras maiores nos podem fornecer mais conteúdo para estabelecer relações mais maduras entre os conceitos.

As observações e a presença em campo permitiram-nos entender o modo como os sujeitos de pesquisa escolheram seus ofícios e o que esperam dele, podendo tal escolha não ter nascido da vocação para servir enfermos e desvalidos, como se colocava no início da enfermagem profissional. Na medida em que a opção por ser técnica de enfermagem é uma saída para ascensão socioeconômica ou caminho para empoderamento social, tem-se que relacionamento com superiores e obtenção de distinção social (não apenas organizacional) passam a ser fatores relevantes que afetam comprometimento organizacional e nível de estresse. O sentido pode estar associado aos fatores sócio-históricos que levam pessoas a escolher a enfermagem como profissão para superar a pobreza e a invisibilidade social.

Por fim, esta pesquisa nos leva à ideia de que os estudos sobre os sentidos talvez devam mesmo andar emparelhados com estudos sobre o conceito de motivação, sem medo de desvelar as motivações mais abjetas. Afinal, o mundo do trabalho também é feito de práticas maliciosas, como faltas

“justificadas”, que os fatores (des)motivadores podem ajudar a identificar. Fica a sugestão de futuros estudos relacionando sentido, motivação, comprometimento e absenteísmo nos profissionais de enfermagem, com uso de multimétodos, mas dentro de uma perspectiva que permita encarar o absenteísmo como resistência. Seria um erro continuar a relacionar o sentido com abnegação e sacrifício, uma vez que nem o sujeito, nem o hospital são mais os mesmos que aqueles que deram origem à enfermagem profissional no século XIX. Cabe um olhar que considere outros conceitos, além dos que estão presentes na escala que foi utilizada. Sentido do trabalho para profissionais de enfermagem inclui empoderamento e ascensão socioeconômica. Adicionalmente, houve indicação de que o sentido do trabalho na enfermagem tem relação com a questão de gênero, pois as mudanças na profissão passam pelas práticas de afirmação da mulher no ambiente de trabalho, uma vez que conciliar trabalho e família surgiu como fator importante para a construção do sentido e continuidade do vínculo organizacional. O absenteísmo pode estar associado à perda de sentido ou a práticas retaliatórias na relação com superiores no ambiente hospitalar.

NOTA DE AGRADECIMENTO

A autora Andrea Leite Rodrigues agradece à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) os auxílios recebidos para realização do trabalho de pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Aktouf, O. (1992). Management and theories of organizations in the 1990s: Toward a critical radical humanism? *Academy of Management Review*, 17(3), 407-431.
- Antunes, R. (1999). *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho* (3ª ed., Coleção Mundo do Trabalho). São Paulo, SP: Boitempo.
- Bendassolli, P. F. (2009). *Psicologia e trabalho: Apropriações e significados*. São Paulo, SP: Cengage Learning.
- Burrell, G., & Morgan, G. (1979). *Sociological paradigms and organizational analysis*. London: Heinemann.
- Carvalho, B. G., Peduzzi, M., & Ayres, J. R. de C. M. (2014). Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1453-1462. doi:10.1590/0102-311X00134613
- Ciulla, J. (2000). *The working life: The promise and betrayal of modern work*. New York, EUA: Three Rivers Press.

- Conselho Federal de Enfermagem (2015). Decreto n. 94.406/87. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br>
- Conselho Federal de Enfermagem (2015). Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br>
- Costa, M. T. P., Borges, L. de O., & Barros, S. C. (2015). Condições de trabalho e saúde psíquica: Um estudo em dois hospitais universitários. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, 15(1), 43-58. doi:10.17652/rpot/2015.1.490
- Goovanini, T. (2005). *História da enfermagem: Versões e interpretações* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-170. doi:10.1037/h0076546
- Hair, J. F., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2009). *Análise multivariada de dados* (6ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Gagné, M., Forest, J., Gilbert, M., Aubé, C., Morin, E., & Malorni, A. (2010). The motivation at work scale: Validation evidence in two languages. *Educational and Psychological Measurement*, 70(4), 628-646. doi:10.1177/0013164409355698
- Lips-Wiersma, M., & Morris, L. (2009). Discriminating between 'meaningful work' and the 'management of meaning'. *Journal of Business Ethics*, 88(3), 491-511. Doi:10.1007/s10551-009-0118-9
- Lips-Wiersma, M. & Wright, S. (2012) Measuring the meaning of meaningful work: Development and validation of the comprehensive meaningful work scale (CMWS). *Group & Organization Management*, 37(5), 655-685. doi:10.1177/1059601112461578
- May, D. R., Gilson, R. L., & Harter, L. M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 11-37. doi: 10.1348/096317904322915892
- Meaning of Work International Research Team. (1987). *The meaning of work*. London, UK: Academic Press.
- Melo, C. M. M. de. (1986). *Divisão do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. doi:10.1016/1053-4822(91)90011-Z
- Michaelson, C., Pratt, M. G., Grant, A. M., & Dunn, C. P. (2014). Meaningful work: Connecting business ethics and organization studies. *Journal of Business Ethics*, 121(1), 77-90. doi:10.1007/s10551-013-1675-5
- Morin, E. (2001). Os sentidos do trabalho. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 41(3), 8-19.
- Morin, E. M. (2003). Sens du travail: Définition, mesure et validation. In C. Vandenberghe, N. Delobbe, & G. Karnas (Eds.). *Dimensions individuelles et sociales de l'investissement professionnel* (Vol. 2, pp. 11-20). Louvain la Neuve: UCL.
- Morin, E. M. (2008). Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel. *Cahier de recherche n. 099-193*. Montréal, Canadá: École des Hautes Études Commerciales.
- Morin, E. M., & Cherré, B. (1999). Les cadres face au sens du travail. *Revue Française de Gestion*, (126), 83-93.
- Paiva, K. C. M., & Santos, W. J., Jr. (2012). Competências profissionais de enfermeiros e sua gestão em um hospital particular. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(6), 899-908. doi:10.1590/s0034-71672012000600003
- Parker, D. F., & DeCotiis, T. A. (1983). Organizational determinants of job stress. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32(2), 160-177. doi:10.1016/0030-5073(83)90145-9
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, EUA: Sage Publications.
- Pratt, M. G., & Ashforth, B. E. (2003). Fostering meaningfulness in working and at work. In K. S. Cameron, J. E. Dutton, & R. E. Quinn (Eds.). *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 309-327). San Francisco, EUA: Berrett-Koehler.
- Peduzzi M., & Anselmi M. L. (2002). O processo de trabalho de enfermagem: A cisão entre o planejamento e execução do cuidado. *REBEN-Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(4), 392-398. doi:10.5935/0034-7167.20020086
- Pereira, M. J. B., Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Almeida, M. C. P. de, & Matumoto, S. (2009). A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: Perfil e legislação. *REBEN-Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 771-777. doi:10.1590/s0034-71672009000500022
- Rohm, R. H. D., & Lopes, N. F. (2015). O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: Uma abordagem crítica. *Cadernos EBAPE.BR*, 13(2), 332-345. doi:10.1590/1679-395117179
- Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, 30, 91-127. doi:10.1016/j.riob.2010.09.001
- Sandberg, J., & Dall'alba, G. (2009). Returning to practice anew: A life-world perspective. *Organization Studies*, 30(12), 1349-1368. doi:10.1177/0170840609349872
- Sims, H., Szilagyi, A., & Keller (1976) The measurement of job characteristics. *Academy of Management Journal*, 19(2), 195-212. doi:10.2307/255772
- Steger, M. F., Pickering, N. K., Shin, J. Y., & Dik, B. J. (2010). Calling in work: Secular or sacred? *Journal of Career Assessment*, 18(1), 82-96. doi:10.1177/1069072709350905
- Vecina, G., Neto, & Malik, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 825-839. doi:10.1590/s1413-81232007000400002
- Vignochi, L., Gonçalo, C. R., & Lezana, Á. G. R. (2014). Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 54(5), 496-509. doi:10.1590/S0034-759020140504
- Wrzesniewski, A., Dutton, J. E., & Debebe, G. (2003). Interpersonal sensemaking and the meaning of work. *Research in Organizational Behavior*, 25, 93-135. doi:10.1016/S0191-3085(03)25003-6
- Wrzesniewski, A., McCauley, C. R., Rozin, P., & Schwartz, B. (1997). Jobs, careers, and callings: People's relations to their work. *Journal of Research in Personality*, 31(1), 21-33. doi:10.1006/jrpe.1997.2162