VITORIA KEDY CORNETTA

COMPARAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

**Tese apresentada ao Departamento
de Prática de Saúde Pública da Fa-
culdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de DOUTOR EM
SAÚDE PÚBLICA.**

Orientadora: Profa. Dra. LOURDES DE FREITAS CARVALHO

SÃO PAULO

1991

Ao Rosario pelo amor, afeto e apoio.

AGRADECIMENTOS:

À Professora Dra. Lourdes de Freitas Carvalho pelo privilégio de sua orientação sempre presente e, pelo muito que tem contribuído para minha formação acadêmica e profissional.

À Professora Dra. Evelin Naked de Castro Sá pela valiosa colaboração no levantamento de dados.

Ao Professor Dr. Jair Lício Ferreira Santos pelo apoio na elaboração da amostra.

Aos Secretários de Saúde dos Municípios pesquisados pelo apoio ao trabalho.

À FAPESP pela bolsa concedida para viabilização do trabalho.

Ao Sr. Fernão Dias de Lima pelo auxílio e computação de dados.

À Sra. Regina Mazzi dos Santos pelo cuidado na execução do trabalho.

À Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública na pessoa da Sra. Angela Maria Belloni Cuenca.

Ao Sr. Cícero Souza de Oliveira pela inovação na arte gráfica.

RESUMO

A autora estuda a comparação da força de trabalho em serviços de saúde, visando o grau de satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde, em dois municípios semi-rurais, sendo um de médio porte e outro de pequeno porte, um localizado na Grande São Paulo e outro no Estado de São Paulo. Participaram do estudo, integrantes de seis categorias funcionais: médicos, enfermeiras, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, atendentes e serventes, que realizam suas atividades nas Unidades Básicas de Saúde, nos respectivos municípios. No estudo foi desenvolvido um histórico das principais políticas de saúde e de recursos humanos, no período de 1960 a 1990, apresentando as principais características da época, sua evolução no Brasil e no Estado de São Paulo. A seguir foram descritos os perfis dos municípios estudados e suas principais características. Foi abordada a metodologia utilizada na pesquisa bem como a análise, discussão e resultados obtidos através dos dados coletados junto aos profissionais de saúde. Dos resultados do estudo, as informações fornecidas permitiram verificar que os profissionais pesquisados salientaram vários fatores que podem contribuir e podem influenciar diretamente na obtenção da satisfação e insatisfação no trabalho. Pela frequência com que se manifestaram, observa-se a ordem de importância dada a esses fatores, que podem direcionar a uma política de

recursos humanos satisfatória para melhoria do desempenho humano e da eficácia organizacional.

SUMMARY

With the purpose to get to know the level of health professionals satisfaction and non-satisfaction, the Author carries out a study comparing the health services task-force of two medium- and small-sized semi-rural municipalities - one, located at the Great São Paulo; the other, at the State of São Paulo, Brazil. Six working categories took part in the study: physicians, nurses, social workers, auxiliary nurses, attendants and housekeepers who develop their activities along the mentioned municipalities. A historical development of the main health policies and human resources was undertaken within the study, covering the period from 1960 to 1990, presenting the main characteristics of the time, their evolution in Brazil, in general, and in the State of São Paulo, in particular. Following, the profiles of the municipalities under study, were described along with their main characteristics. The research methodology and the analysis, discussion and results, obtained through data collected along with the health professionals, were approached to. From the data of the study, one can observe the various factors emphasized by the professionals searched out, which might contribute to and directly influence upon their level of satisfaction and non-satisfaction concerning their work. Through the frequency with which they manifested themselves, one can see the rank

of importance attributed by them to these factors, which might direct one towards a satisfactory human resources policy aiming the improvement of human behaviour and the efficiency of the organization.

INDICE

	Página
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Análise das principais políticas de saúde no Brasil e no Estado de São Paulo 1960 - 1990 ..	9
1.2. Análise das principais políticas de recursos humanos na área de saúde - no Brasil e no Estado de São Paulo - 1960-1990	19
1.3. Algumas considerações sobre o grau de satisfação no trabalho	32
1.4. Níveis de Assistência	50
2. PERFIL DOS MUNICÍPIOS EM ESTUDO	56
2.1. Município A	56
2.1.1. Área	57
2.1.2. População	57
2.1.3. Densidade Demográfica	58
2.1.4. Benefícios da região	58
2.1.5. Serviços de Saúde	59
2.2. Município B	62
2.2.1. Área	63
2.2.2. População	63
2.2.3. Densidade Demográfica	65
2.2.4. Benefícios da região	65
2.2.5. Serviços de Saúde	67
3. OBJETIVOS	69
Objetivo Geral	69
Objetivos Específicos	69
4. MATERIAL E MÉTODOS	71
4.1. População de Estudo	71
4.2. Tamanho da Amostra	72
4.3. Variáveis de Estudo	74
4.4. Pré-teste e instrumento	75
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
6. CONCLUSÕES	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	I

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

As relações do trabalho constituem a particular forma de relacionamento que se verifica entre os agentes sociais que ocupam papéis opostos e complementares dos processos de produção econômica: os trabalhadores, que detêm a força de trabalho capaz de transformar matérias-primas em objetos socialmente úteis adicionando-lhes valor de uso; e os empregadores, que detêm os meios para realizar esse processo²². Esta definição deixa de ser tão simples quando se verificam empiricamente e através do desenvolvimento histórico das relações de produção na sociedade capitalista, as inúmeras e diversas possibilidades de concretização que assumem as categorias sociais ocupadas por ambos os agentes. Ela se presta, entretanto, para ressaltar que, independentemente da complexidade de aspectos assumidos em cada situação peculiar, as relações de trabalho são determinadas pelas características das relações sociais, econômicas e políticas da sociedade abrangente.

As relações do trabalho são uma das formas de relacionamento social e, por isso expressam características da sociedade mais ampla.

O mundo do trabalho é marcado por um estado de constante tensão. Muitas vezes essa tensão permanece de forma latente sem que chegue a ser verbalizada ou transformada em ação efetiva⁶³. Outras vezes ela emerge de forma manifesta e se materializa em conflitos abertos tais como discussões, disputas, reclamações, embates coletivos, greves, etc.

Os conflitos do mundo do trabalho tem origem as mais diversas. Alguns decorrem da própria divergência de interesses entre o capital que procura o máximo lucro com o mínimo de dispêndio - e o trabalho - que busca, com o mínimo de esforço alcançar o máximo de bem-estar. Outros decorrem da própria interação entre os protagonistas - trabalhadores e empresários - que se desentendem no estabelecimento ou cumprimento das regras que governam suas relações. Tais conflitos assumem, ora caráter individual, ora coletivo, ora se concentram em torno de divergências de interesses econômico-sociais, ora em torno de disputas a respeito de acordos ou leis estabelecidas.

Enfim, o conflito é inerente à própria relação entre capital e trabalho. Em vista disso, as sociedades modernas desenvolvem procedimentos específicos para

administrá-lo, com vistas a limitar sua erupção e reduzir ao mínimo suas consequências⁷.

Todo sistema de relações do trabalho administra o conflito através de um conjunto de procedimentos. Na definição e organização de tais procedimentos, as sociedades tendem a se colocar entre dois tipos ideais básicos. De um lado, há aqueles que preferem definir as regras no corpo da lei - são os sistemas estatutários. De outro, há os que preferem estabelecer as regras através de contratos resultantes da negociação direta entre as partes - são os sistemas negociais³⁸.

Para se entender porque uma sociedade opta por enfatizar um dos dois sistemas, é preciso voltar à época em que ela inicia seu processo de industrialização. As condições históricas, sociais e econômicas sobre as quais ocorre a industrialização são os determinantes principais na modelagem do sistema de relações de trabalho.

Na Europa Ocidental, as primeiras manifestações trabalhistas surgiram basicamente como um movimento social, cujo objetivo era promover reformas políticas de grande amplitude⁷³. Neste sentido, elas exprimiam a consciência da classe e o descontentamento dos trabalhadores em relação à ordem capitalista e às grandes desigualdades que ainda persistiam.

Em consequência, os movimentos trabalhistas passaram a patrocinar grandes causas sociais em contestação às desigualdades geradas pelo capitalismo, propondo e buscando com isso, um tipo de sociedade inteiramente nova³¹.

Nos Estados Unidos, o movimento trabalhista seguiu uma trajetória distinta. Em nenhum momento o sindicalismo se preocupou em reformar a sociedade capitalista e, tão pouco em conquistar direitos políticos básicos para os trabalhadores. Na verdade, o capitalismo nos Estados Unidos já estava relativamente avançado e menos marcado por desigualdade e paternalismo entre classes. Os direitos básicos, inclusive o voto universal, já haviam sido estabelecidos desde a época da Guerra Civil.

A análise comparativa dos vários sistemas de relações do trabalho dos países industrializados tem permitido aos especialistas alcançarem as seguintes conclusões:

- as características básicas dos sistemas de relações de trabalho, uma vez estabelecidas, tendem a persistir por muito tempo;

- as mudanças que ocorrem são grandes e raramente assumem caráter revolucionário de inversão de suas características fundamentais;

- os mecanismos centralizados de resolução de conflitos e, principalmente, a lei e a negociação setorial a nível nacional caracterizaram nitidamente os sistemas europeus, enquanto que os Estados Unidos, desde sua origem, persistem utilizando os mecanismos ao nível local e de empresas⁵³.

Apesar dos dois tipos de sistemas desenvolverem ajustes e adaptações, eles mantêm um traço comum: os dois caminham para permitir às partes resolverem por si mesmas a maioria dos seus conflitos.

Os dois são, hoje em dia, sistemas de resolução de conflitos com alto nível de participação das partes.

O sistema brasileiro permaneceu corporativista e assistencial por várias décadas e, em muitos casos, assim continuou até hoje. Associados de sindicatos indicam que a expectativa de realização predominantemente para o seu sindicato é basicamente em torno de obras sociais, ambulatoriais e assistência jurídica.

A mentalidade corporativista penetrou profundamente em várias áreas da cultura brasileira e determinou, em grande parte, a tendência generalizada de se esperar que todas as soluções emergjam do Estado. O Estado,

continua visto como responsável em parte pela resolução de todos os conflitos.

A tradição da literatura sociológica sobre o trabalho no Brasil preocupou-se basicamente com:

- Os condicionantes histórico-estruturais da formação da classe trabalhadora, indicadores de suas potencialidades e fragilidades.

- A preponderância do papel do Estado na mediação dos conflitos sociais, garantindo a manutenção dos sistemas de dominação da massa trabalhadora.

- As características corporativistas da organização sindical, determinadas pela estrutura política do país.

Com a sociedade tornando-se cada vez mais complexa, ela tem proporcionado muita modificação e um grande empenho para que haja maior capacidade de resolução dos problemas pelas próprias partes.

Apesar da emergência de novas aspirações de participação, trabalhadores e empregadores valorizam de modo extraordinário o papel das leis e do governo no equacionamento de seus problemas nas áreas trabalhistas, tais como a determinação do salário, a regulação da oferta de emprego, da dispensa, da jornada de trabalho etc.²⁵ entre outros.

↘ A outra instância de análise dos padrões de relações do trabalho observados é a que identifica as características e diretrizes da ação das políticas de recursos humanos empregados pelas organizações. Frequentemente, as pesquisas que abordam o relacionamento entre o capital e o trabalho em determinada situação ou segmento organizacional tendem a menosprezar este aspecto do problema. Em alguns casos, não há nenhuma referência à política de Recursos Humanos, em outros são apenas pinçados alguns dos caracteres dos sistemas administrativos para reforçar, com dados empíricos, determinadas concepções gerais sobre as formas do controle capitalista da produção.

Como qualquer produto da ação humana, as políticas de Recursos Humanos não emergem exclusivamente da vontade e da capacidade de escolha dos homens que as formulam explicitamente ou que, mesmo sem formalizá-las, colocam-nas concretamente em prática⁷⁴. Há um conjunto de fatores históricos, estruturais e conjunturais que orientam não apenas a percepção desses homens enquanto indivíduos como também o comportamento manifesto deles e dos demais agentes sociais envolvidos na relação. Isto é, a elaboração das políticas de uma organização não é fruto exclusivo da decisão de dirigentes e profissionais, porque mesmo esta é uma das condições e características de evolução sócio-cultural, econômica e política da sociedade como um todo. E, para que sejam exercitadas na prática, precisam corresponder às

necessidades e percepções que os indivíduos comunicam, de alguma forma, sobre as situações para as quais elas fornecem as diretrizes.

↘ Os recursos humanos constituem hoje uma das condições essenciais para o progresso econômico e social, tornando-se um tema de permanente estudo quase em um mesmo nível, em todo o mundo⁶².

↘ Vivemos em uma época de mudanças rápidas, e novos conhecimentos técnicos e científicos estão sendo constantemente acrescentados aos já existentes. No campo da saúde, o médico, a enfermeira, o odontólogo, enfim qualquer profissional ou auxiliar, do primeiro ao último dia do desempenho da sua profissão tem necessidade de mais e mais conhecimentos, maior compreensão e de novas e aperfeiçoadas experiências para que possam aplicá-las⁵.

Sonis⁸⁰ afirma que "em um sentido muito amplo, os recursos humanos incluem outras pessoas além do pessoal especializado, isto é, incluem todas aquelas pessoas que podem influenciar a qualidade dos serviços oferecidos pela Instituição".

Todos estes fatos aumentam a responsabilidade das instituições de saúde, que se tornam profundamente interessadas com o desenvolvimento dos recursos humanos necessários para a execução de suas atividades¹⁸.

A maioria dos países do mundo, países em desenvolvimento e países desenvolvidos, está vivamente interessada em: aumentar a cobertura dos seus serviços de saúde de modo a atingir todos os segmentos da sociedade até o ano 2.000, melhorar a qualidade dos serviços prestados; conter o aumento galopante dos custos da assistência e manter nível elevado da assistência prestada perante as comunidades a que servem⁸¹.

Analisando o problema sob todos os seus ângulos, conclui-se que o alcance dos objetivos em vista depende fundamentalmente dos recursos humanos de que dispõem os países, já tendo mesmo sido afirmado que o desenvolvimento de uma nação é essencialmente o desenvolvimento de seus seres humanos.

1.1. Análise das principais políticas de saúde no Brasil e Estado de São Paulo 1960-1990

A década de 60 marcou o início das preocupações oficiais com a questão dos recursos humanos em saúde no Brasil⁴⁹. Tais preocupações vieram inseridas no quadro das novas respostas ao Estado à pressão da demanda pela assistência médica, notadamente a partir da unificação dos diversos Institutos de Pensões e Aposentadorias no

Instituto Nacional de Previdência-INPS em 1966. A criação de uma Secretaria de Recursos Humanos no Ministério da Saúde em 1969, assim como a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde em 1967, tendo como tema Recursos Humanos em Saúde, foram indicadoras dessas preocupações¹³.

A atuação do Estado no período autoritário²⁴, que se estende de 1964 a 1984, apesar de inalterada em suas linhas básicas, é marcada por diferenças de traços, decorrentes de conjunturas sociais específicas, que implicaram em propostas diferenciadas para o setor saúde, as quais tão pouco alteraram o modelo assistencial estabelecido a partir de 1966.

Nesse período, a política de saúde, na prática, privilegiou a expansão da assistência médica, garantida pela compra desses serviços de produtos privados pelo INPS, mediante contratos e convênios, em detrimento das ações médico-sanitárias, a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais e locais de saúde⁹.

Em 1984, a Portaria Interministerial MS/MPAS/MEC de 07 de julho, entre outras, ratificava a estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS, com ênfase nas diretrizes de integração interinstitucional, participação e controle social, descentralização e universalização do atendimento. Reiterava o entendimento de que as AIS dizem respeito a todas as ações de saúde exercidas a nível de cada

unidade federada, incluídas as do setor público, as do setor privado contratado, conveniado e/ou credenciado, além de reafirmar o papel dos vários níveis de gestão das Ações Integradas de Saúde - AIS - como estratégia para a constituição progressiva, de "baixo" para "cima", através do fortalecimento das estruturas municipais e estaduais, como se pretendia como Sistema Unificado de Saúde no país.

Os limites desta proposta sob a hegemonia da Previdência Social⁶⁵ se evidenciam quando se analisam os projetos alternativos, de extensão de cobertura, surgidos nos diferentes níveis institucionais de prestação de serviços públicos em saúde.

Tais projetos passaram a ganhar expressão política em âmbito nacional com o aprofundamento da crise de assistência médica previdenciária.

Em 1976, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - abrangendo a área da SUDENE, que se constituiu na primeira experiência no País de extensão de cobertura a baixo custo, antecipando com isto a tendência à racionalização do sistema de saúde que se acentuaria desde então.

No período 1975/1984 o número de unidades ambulatoriais públicas passou de 1.122 para 13.739, num

crescimento de 1.225%⁴⁴, sendo o PIASS responsável por essa expansão.

No início de 1980, convocou-se a 7ª Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi a implantação de uma rede básica de serviços de saúde.

Com base técnica no PIASS⁴⁶ e respaldo político na 7ª Conferência surgiu, em agosto de 1980, a primeira versão do ambicioso projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE⁴⁸ -, patrocinado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e aquelas do setor privado que atendessem a determinados critérios.

O que havia de novo no Prev-Saúde é exatamente, que ele deixaria o espaço restrito do complexo da saúde pública, para se transformar numa proposta de coordenação interinstitucional entre diversos ministérios e as secretarias estaduais e municipais de saúde o que, timidamente, já se esboçara no PIASS.

Apesar das sucessivas revisões introduzidas no texto original pelo Grupo Técnico Interministerial, o

projeto, por força das reações que surgiram na burocracia estatal, especialmente em nível da Previdência do INAMPS, e no setor privado organizado, foi analisado pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN, e encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara, de onde não mais sairia.

As resistências dos diversos setores da iniciativa privada fizeram com que o projeto, que se caracterizou pela excelente qualidade de sua versão preliminar - apesar da restrita participação da sociedade em sua formulação ficasse irreconhecível, tantas foram as emendas e alterações impostas pelos diferentes grupos de interesse da medicina privada, empenhados em limitar ao máximo a parcela destinada ao setor público no "bolo previdenciário"⁶⁶.

Contudo, a despeito destas fortes resistências, o aprofundamento da crise acabou impondo à Previdência Social a necessidade da redefinição de sua política de compras ao setor privado, resultando no Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP - criado pelo Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981²³. Tem "por finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra

natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção primária".

O CONASP⁴⁷ passou, então, a tomar medidas de curto prazo e de caráter emergencial, visando reduzir os gastos com assistência médica e, especialmente, com assistência hospitalar.

O que singulariza esse plano é que o lugar da normatização da assistência médica deixou, definitivamente, o Ministério da Saúde, para se localizar no Ministério da Previdência Social que, de fato tem condições de implementar políticas, dado o volume de recursos financeiros que o INAMPS manipula⁴⁰.

Cabe ressaltar uma distinção fundamental entre PREV-SAÚDE e CONASP. Enquanto a primeira traçava os rumos de uma política nacional de saúde, o Plano do CONASP se limitou a retraduzir esta contribuição segundo as necessidades da Previdência Social em sua política racionalizadora, subordinando as demais instituições de saúde a este processo de rebaixamento de custos do sistema.

A baixa capacidade resolutiva dos serviços estaduais e municipais de saúde e os problemas relacionados às dificuldades de integração das instituições públicas a nível local, agravados pelas pressões dos interesses privados e ausência de canais efetivos de participação da população na

gestão do sistema, criaram obstáculos concretos para a própria viabilidade das Ações Integradas de Saúde - AIS como estratégia de transição.

O CONASP teve como objetivo final as Ações Integradas de Saúde, que se constituíram, a partir da integração interinstitucional dos serviços de saúde a nível local, através da regionalização e hierarquização do sistema, o que seria viabilizado mediante a criação de Comissões Interinstitucionais: a Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação - CIPLAN; as Comissões Interinstitucionais de Saúde - CIS; as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde - CRIS; as Comissões Interinstitucionais de Saúde - CLIS; e, Comissões Municipais Interinstitucionais de Saúde - CIMS. As AIS foram um passo importante para que fosse debatido e aprovado durante a Constituição o Sistema Unico de Saúde em âmbito nacional.

Estado de São Paulo

Alguns autores, como Sauveur e Kugelmas⁷¹⁻³³, destacaram que no período de 1967/1970, no Estado de São Paulo, apesar das medidas centralizadoras e racionalizadoras que se aplicaram a todas as unidades federais em todos os setores, o conteúdo das orientações da Secretaria de Estado da Saúde - SES, foi marcadamente preventivo, propondo a

ampliação da rede dos centros de saúde ao lado do reconhecimento e valorização da área de recursos humanos, enquanto componente fundamental para operar essa rede. Data desse período a criação da carreira de médico sanitaria(1969).

A reforma administrativa elaborada em 1969, reafirmando a importância da área de recursos humanos teve sua implantação parcial realizada, devido em parte à falta de recursos financeiros.

Conforme concluíram Sauveur e Silva⁵⁻⁷⁸, apesar do movimento inovador no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SES - com ênfase na articulação almejada entre uma reforma administrativa que servisse de respaldo à implementação de uma política de saúde pública, a SES não conseguiu expandir seus programas de atendimento em ritmo equivalente ao da evolução dos programas de assistência médico-hospitalar, a cargo, direta ou indiretamente, da assistência médico-assistencial previdenciária.

Em 1982 a Grande São Paulo foi cenário da primeira experiência financiada pelo Banco Mundial para a reorganização dos serviços de saúde em áreas urbanas, consubstanciada no denominado Programa Metropolitano de Saúde - PMS, cuja coordenação coube a uma comissão especial constituída por representantes do INAMPS, da SES e da Secretaria de Higiêne e Saúde do Município de São Paulo.

Segundo Silva⁷⁸ o Programa Metropolitano de Saúde teve como proposta básica a reorganização de todos os serviços de saúde da Grande São Paulo, tendo em vista a oferta de cuidados integrados à saúde através da implementação de módulos de saúde, unidade geográfica mais descentralizada do planejamento, composto de Unidades Básicas de Saúde - UBS, hospitais gerais de referência, laboratórios e especialidades, formando uma rede funcionalmente hierarquizada e regionalizada na Grande São Paulo. Estruturado enquanto uma unidade de despesa, o módulo assegurara uma certa autonomia de decisão. Esse Programa foi incorporado à SES em 1987, como será descrito mais adiante.

Como pode ser constatado, o sistema de saúde tem passado por um profundo processo de mudanças através dos tempos.

Mais recentemente o Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987 cria os Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, nos Estados¹⁰.

O SUDS tem como objetivo contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde-AIS.

A descentralização dos serviços de saúde, através de sua municipalização ou estadualização é uma das estratégias centrais no sentido da extensão da cobertura, da ampliação do controle social sobre a qualidade do atendimento

e da própria possibilidade de alterações institucionais e estruturais.

Segundo Pinotti⁶⁴, com o início da municipalização da saúde no Estado de São Paulo, tem-se caminhado mais na racionalização e unificação do sistema de saúde do que nos vinte anos anteriores, afirmando que em 1991, toda a estrutura de saúde que atende o âmbito do município estará praticamente, sob a gerência das prefeituras.

A municipalização pretende trazer consigo a unificação dos recursos humanos dos poderes federal, estadual e municipal, bem como a descentralização traz consigo acessibilidade, maior grau de resolubilidade e responsabilidade devidamente efetivadas e controladas.

A própria Constituição Federal⁸ relata em seu escopo que conceber saúde enquanto um direito de todos, a ser oferecido de forma equânime e integral através do Estado, significa repensar a relação dos profissionais de saúde entre si, com as instituições e com a comunidade. Tais relações no entender de Medici⁴² "nos últimos vinte anos, viveram um processo de excessiva mercantilização, onde questões como a especialização e o rebaixamento salarial, a bipolarização do emprego entre médicos e atendentes e o desprezo pelos profissionais de nível médio qualificados foram apenas algumas faces".

1.2. Análise das principais políticas de recursos humanos na área de saúde - no Brasil e no Estado de São Paulo - 1960-1990.

O planejamento e desenvolvimento de recursos humanos, é um processo contínuo que não tem limite no tempo, proporcionando aproximações sucessivas de modo a garantir os ajustes necessários em cada período histórico de saúde pública que evolui constantemente³⁹.

Os anos 60 são considerados um marco importante na questão dos recursos humanos em saúde. Nessa década, incentivados pelas agências internacionais, entre elas a Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, foram criados órgãos de recursos humanos das estruturas nacionais de saúde, entre eles a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde⁵⁰. Foi nessa década, também, que se impôs o uso corriqueiro do conceito de recursos humanos, compreendendo as funções de planejamento, treinamento e administração.

Do ponto de vista da formação e capacitação de recursos humanos, a tendência mais marcante nos anos 60 foi o esforço de dimensionamento da força de trabalho necessária

para a área, especialmente no que diz respeito aos profissionais de nível superior e, mais especificamente aos médicos⁵⁵.

Havia todo um clima favorável à expansão do ensino médico e de outros profissionais de saúde⁷².

A unificação dos institutos em 1967 e a consequente extensão da assistência médica a novos segmentos da população teve, como efeito colateral, o aumento da demanda dos profissionais de saúde. Outros determinantes, tais como a evolução do parque industrial e ampliação do mercado interno de bens e serviços, o debate generalizado sobre a modernização da universidade e o aumento da demanda pelo ensino superior, por parte das camadas médias da sociedade que vislumbraram o diploma universitário como meio de ascensão social, contribuíram também para a expansão dos estabelecimentos escolares⁶⁷.

Entretanto, dados do censo⁴³, indicam que essa expansão ocorreu acima das metas previstas, devido às pressões sociais por mais vagas universitárias e às facilidades oferecidas na criação de novas escolas médicas.

A partir da década dos 70, como aponta Nogueira⁵⁶⁻⁵⁸, "há uma diminuição da capacidade de absorção pelo mercado de trabalho, ocasionando relativo superávit na oferta de trabalhadores de saúde, emprego e desemprego,

devido à fase de desaceleração e crise de produção iniciada em 1973".

Compatível com uma lógica de recessão e consequente diminuição da oferta de emprego, a atenção do setor voltou-se à melhor utilização dos recursos já existentes e, portanto, aos programas de capacitação e reciclagem.

Do ponto de vista das políticas de saúde, a década dos 70 marcou a transição do discurso previdenciário assistencialista - com suas tendências urbanas, privatizantes e de sofisticada tecnologia - para uma preocupação com as ações básicas de saúde. A atenção, na área de formação de profissional de nível superior, voltou-se à inadequação dos conteúdos do currículo universitário para implantar um sistema de saúde que enfatizasse a atuação na rede de serviços de saúde. O pessoal de nível auxiliar, em função de sua maior autonomia na prestação de serviços básicos, passou também a entrar no rol de preocupações dos formuladores de políticas.

Em junho de 1974, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho interministerial, com participação da Organização Panamericana de Saúde, de modo a realizar um diagnóstico do problema de recursos humanos para a saúde e propor orientações ao Governo. No relatório divulgado em novembro de 1974, propõe-se o apoio de um programa nacional

na preparação e a distribuição estratégica de pessoal de saúde. Esse programa compreendia tanto a formação de profissionais de nível superior - por meio da Integração Docente-Assistencial - IDA, a ser implantada inicialmente em 12 Estados quanto à preparação de pessoal estratégico - por meio de Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS - implantado em 1976⁵¹. Este Programa pretendeu e não conseguiu formar recursos humanos para a saúde, em consequência de fatores políticos e distorções existentes na formação e utilização dos mesmos.

Os primeiros anos da década dos 80 foram marcados, na área da saúde, pelos projetos de reorientação dos serviços de assistência à saúde.

O PREV-SAÚDE introduziu as principais coordenadas para a área de formação, sintetizando as propostas mais importantes como uma nova composição funcional e profissional, destacando o uso mais amplo possível do pessoal auxiliar na resolução de problemas que não exigem a participação direta de profissionais de nível superior.

A formação de pessoal de nível elementar dar-se-ia mediante a integração ensino/serviço, sendo complementada através de educação continuada. A formação de nível médio dar-se-ia por duas vias: pela habilitação regular do ensino de segundo grau e pela preparação no próprio serviço, legitimada por mecanismos de suplência

profissionalizante. A formação de profissionais de nível superior exigiria, a longo prazo, uma revisão de currículos, privilegiando:

- a articulação precoce com os serviços de saúde através de regime de integração docente-assistencial;
- a formação de médicos generalistas através de internato rotativo, nas quatro áreas básicas, parte do qual seria desenvolvido em pequenas localidades (internato rural).

O CONASP e as AIS, reiterando a necessidade da formação, situam-se no contexto mais amplo das oportunidades de progressão funcional e melhoria das condições de trabalho por meio da formulação de planos de cargos e salários.

Na XVIII Reunião do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde - CONASS¹⁴, em Belo Horizonte - 1984, e no III Encontro de Secretarias Municipais de Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 1985, são reiteradas as tendências:

- profissionalização de pessoal auxiliar e de nível médio;
- a reestruturação dos cursos de nível superior para atender aos novos perfis profissionais;

- a definição de uma política de recursos humanos que contemple o mérito como forma de seleção;
- uma política salarial homogênea;
- a criação de carreira e um processo de educação continuada.

Entre as propostas específicas à área de formação e capacitação decorrentes dessas novas diretrizes, destaca-se o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços Básicos de Saúde, resultante de um acordo entre os Ministérios da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Organização Panamericana de Saúde. A proposta do Larga Escala é uma continuação de três elementos: o ensino supletivo dirigido a indivíduos que já optaram pela área da saúde, treinamento em serviço e o caráter de habilitação oficialmente reconhecida, de modo a possibilitar a progressão funcional. Decorre daí a exigência de padrões mínimos e, conseqüentemente, a proposta de criação de centros formadores, instituições de ensino reconhecidas pelo sistema educacional e ligadas ao setor público, que cumpram as funções pedagógicas e administrativas necessárias à operacionalização do Programa.

É preciso não esquecer que as atividades desenvolvidas na área de saúde, pelos órgãos prestadores de

serviços de saúde resultam não apenas das diretrizes oficiais emanadas dos órgãos competentes, como também e sobretudo, pelas necessidades operacionais do serviço.

Estado de São Paulo

Na década dos 60/70 a evolução da formação de recursos humanos seguiu as mesmas regras do Governo Federal, com medidas centralizadoras.

Considerando a formação de recursos humanos para a saúde, constatou-se na década de 70 a existência de uma variedade de atividades. Para o pessoal de nível médio, foram desenvolvidos alguns cursos estruturados. As Coordenadorias de Assistência Hospitalar e Saúde Mental, da Secretaria da Saúde, por exemplo, operaram escolas para auxiliares de enfermagem. Nas escolas subordinadas à Coordenadoria de Assistência Hospitalar pensava-se na regionalização do treinamento da auxiliar de enfermagem e na sua formação específica para o centro de saúde, aspecto novo, voltado à integração dos serviços, lado a lado com a formação mais tradicional para a área hospitalar⁷¹.

Foram inúmeros os estágios curriculares desenvolvidos de 1975 a 1982 nas Secretarias Estadual e Municipal e no INAMPS e inúmeras também as oportunidades de aperfeiçoamento para profissionais já formados, destacando-se os programas de aprimoramento para profissionais não médicos e a residência médica. A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo muito colaborou na parte de recursos humanos na formação de médicos sanitaristas de nível local, através de cursos concentrados.

As instituições prestadoras de serviços, por sua vez, assumem a incumbência de dar treinamento básico para o pessoal auxiliar de nível elementar, devido a poucos cursos formais. Esse treinamento inicial varia quanto ao conteúdo, tempo de duração, e local em que é desenvolvido. Esse é um dos problemas básicos sobre recursos humanos, origem da proposta do Larga Escala, atualmente incorporada à filosofia de treinamento dos órgãos de prestação de serviços de saúde.

Paralelamente ao Larga Escala surgiu no primeiro semestre de 1984 o Programa Metropolitano de Saúde que em sua fase inicial abrangia cinco áreas: Cotia, Mauá, Caieiras (Município da Grande São Paulo), Freguesia do Ó e Itaquera/Guaianazes (bairros da periferia paulistana)⁷⁶.

A proposta do Programa ensejava uma ação conjunta da grande maioria no desenvolvimento de recursos humanos¹⁶, visando a integração dos serviços de saúde.

A nível intrainstitucional, pretendeu-se elaborar inicialmente um plano global para formação e aperfeiçoamento de recursos humanos, mas os esforços para compatibilizar as propostas gerais das políticas incidentes sobre os trabalhadores de saúde, não tiveram a devida correspondência em ganhos reais. Diversos fatores contribuíram para isso, entre eles, os movimentos grevistas os diferentes interesses em jogo, a centralização, a inexperiência do trabalho conjunto e as pressões populares¹⁵.

Uma das principais iniciativas do PMS foi o estímulo à expansão de programas de residência médica. Esta iniciativa que já tinha um precedente bem sucedido em Cotia, deveria gerar uma massa crítica, incorporando novas práticas e atitudes frente ao serviço público. Esse programa de residência médica não foi colocado em execução em outra localidade pelo PMS, em consequência da crescente tendência à especialização. O PMS foi em 1987 incorporado à Secretaria da Saúde pelo novo governo que assumiu. A grande falha desse Programa foi ter sido realizado na última fase do governo Montoro, não havendo, portanto, tempo hábil para sua implantação.

Em 1988 a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo deu início a um Programa de Educação Continuada -

SUDS/SP, através de centros formadores e das classes descentralizadas.

Na proposta do Ministério da Saúde para a reformulação do Sistema de Saúde⁷⁵, foi inserida uma política de recursos humanos que visava a capacitação profissional e o compromisso dos servidores para com os usuários deste sistema. Desta forma a SES, através do programa de educação continuada, vem trabalhando na formação do profissional da saúde, de nível médio, através das alternativas seguintes:

- a experiência pedagógica do Projeto Larga Escala, que conta com metodologia e cronograma próprios;
- a instalação de classes descentralizadas em locais de trabalho, vinculadas aos Centros Formadores, autorizada pelo Parecer CEE427/89, de 11/05/1989: O estudo desta alternativa teve início em maio de 1988;
- a continuidade dos cursos formais para auxiliares de enfermagem já existentes.

Tal iniciativa se faz necessária ainda, para dar cumprimento ao que dispõe a Lei Federal 7498/86, segundo a qual somente poderão exercer a profissão no território nacional, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem. Além deste imperativo legal, que estipula o prazo de 10 anos para que seja regularizada a situação dos profissionais que

não possuem a formação exigida, outros aspectos foram levados em consideração:

- necessidade de formação, em especial do auxiliar de enfermagem, pois a carência desse pessoal é bastante significativa em termos de Brasil, e, particularmente de São Paulo;
- a formação desses profissionais ser realizada sem o afastamento do servidor de seu local de trabalho;
- instalação de classes para formação de pessoal em local de trabalho;
- a formação dada por profissionais habilitados no serviço, no caso, os enfermeiros, associada às experiências dos alunos como atendentes de enfermagem.

As classes descentralizadas tem como responsável um coordenador, que é o ponto de referência entre a classe e o centro formador, cabendo-lhe a coordenação pedagógica do curso.

Administrativa e funcionalmente os Centros Formadores e suas classes descentralizadas estão subordinadas aos respectivos SUDS, cabendo à SES, através do Programa de Educação continuada, fornecer as orientações técnicas e

pedagógicas que se fizerem necessárias conforme estipulado na Resolução CIS/SP 40/89.

Até dezembro de 1990 já haviam se formado 1.149 auxiliares de enfermagem pelo sistema de classes descentralizadas, (informação obtida da Secretaria de Saúde de São Paulo), e possuidores de certificados do Conselho Estadual de Educação. Este programa está sendo desenvolvido somente no Estado de São Paulo, com 9 cursos na capital instalados e funcionando no SUDS: 2 - Hospital Emílio Ribas, 3 - Vila Prudente, 4 - Penha, 5 - Itaquera, 6 - Mandaqui, 10 - Mauá, 13 - Ferraz de Vasconcelos, 13 - Mogi das Cruzes e 23 cursos espalhados pelo interior de São Paulo.

Infelizmente poucos trabalhos existem sobre formação de recursos humanos, principalmente numa área tão importante como a da saúde; Kroeger³² autor de alguns deles, inclusive na América Latina, salienta que em países menos desenvolvidos, pouco tem sido realizado na área de pesquisa nesse setor.

Atualmente a área de recursos humanos vem se destacando como atividade-meio da administração, despontando como função gerencial, reconhecida pelo seu impacto sobre o desempenho global da organização²⁶.

Recursos humanos não é apenas uma divisão de atividades dos homens que trabalham⁴¹, é sobretudo o

direcionamento das relações entre esses homens, enquanto trabalham. Isto significa reconhecer que o aprimoramento do desempenho do indivíduo em sua função, não pode ser encarado como um fim em si mesmo, mas como um fator a ser considerado no desenvolvimento das relações de trabalho entre empregados e entre grupos.

A propósito do entendimento da questão dos recursos humanos adotado neste trabalho, seria interessante ressaltar inicialmente a distinção feita por Nogueira⁵⁷ entre recursos humanos e força de trabalho. Segundo ele a força de trabalho em saúde, pode ser definida como a parcela da população que, tendo alguma formação, preparo, ou um conjunto de determinadas destrezas nas profissões da saúde, encontra-se ocupada ou à procura de ocupação em atividades no setor.

Ainda segundo Nogueira⁵⁴, esses estudos sobre força de trabalho, apesar de seus diferentes objetivos, não se opõem. Efetivamente, os estudos mais abrangentes sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, por categorias profissionais - remuneração, vínculo de trabalho, localização geográfica, idade, sexo, etc., podem constituir-se em subsídios valiosos a intervenções imediatas e específicas na área de recursos humanos.

Outro aspecto abordado e desenvolvido nesta pesquisa é o grau de satisfação no trabalho, porque durante a aplicação do pré-teste, sentiu-se a extrema importância dada

pelos profissionais de saúde, pesquisados no Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, sobre o motivo que leva a satisfação no trabalho, razão pela qual ele foi bastante desenvolvido durante o trabalho.

1.3. Algumas considerações sobre a satisfação no trabalho

Locke³⁶⁻³⁷ após uma análise detalhada da evolução do conceito de satisfação no trabalho e que considera as próprias raízes epistemológicas do termo, propõe a seguinte definição para este conceito: "satisfação no trabalho é um estado de prazer emocional resultante da avaliação que um profissional faz sobre até que ponto seu trabalho apresenta a capacidade de facilitar ou permitir o atendimento de seus objetivos e valores".

A satisfação no trabalho é então um conceito que envolve aspectos emocionais, caracterizando um sentimento e não um determinado padrão de comportamento ou atividade⁵⁹.

Durante a década de 50, o interesse voltou-se para o exame dos efeitos das características do próprio trabalho sobre as atitudes dos empregados, sendo que atualmente, a preocupação dos pesquisadores acha-se dirigida para a identificação de atributos do trabalho que permitam

reduzir a monotonia e aumentar o envolvimento daqueles que o realizam¹².

A análise das causas da satisfação no trabalho e das teorias de suporte apresentadas a seguir, acham-se baseadas no trabalho elaborado por Weismann⁸⁴ e que representa um resumo dos principais resultados até hoje obtidos.

1.3.1. Modelos de Análise da Satisfação no Trabalho

De um modo geral, são as seguintes as características que podem afetar o grau de satisfação no trabalho manifestado por um indivíduo:

- a) características do próprio trabalho;
- b) características do próprio indivíduo;
- c) características do ambiente de trabalho;
- d) características do ambiente social.

a) Características do próprio trabalho

- Características das tarefas

As características do próprio trabalho, conflitos, ambiguidade e participação na tomada de decisões são importantes determinantes do nível de satisfação no trabalho.

Os trabalhos desenvolvidos por Herzberg e outros²⁹ indicam que a natureza do trabalho e as oportunidades oferecidas para realização, responsabilidade e reconhecimento são fatores que frequentemente demonstram ser determinantes do grau de satisfação no trabalho. Para Turner e Lawrence⁸² são as seguintes as características das tarefas essenciais à satisfação no trabalho:

- autonomia: grau de liberdade, independência e discernimento dado ao empregado;
- identidade da tarefa: grau em que as tarefas envolvem o término de uma fase completa e identificável do trabalho;
- variedade de conhecimentos e/ou habilidades: número de diferentes habilidades

de conhecimentos exigidos pelo cargo;

- retorno - quantidade de informação oferecida ao empregado sobre a eficácia de seu desempenho;

b) Características do próprio indivíduo e Satisfação no Trabalho

As características pessoais influenciam tanto a percepção do que deveria ser recebido como aquilo que é efetivamente recebido. Os principais fatores considerados são idade e sexo, valores e necessidades pessoais, personalidade e estilo de vida, representando a categoria "diferenças individuais".

. Idade e Sexo

Os dados de pesquisa indicam haver uma correlação positiva entre satisfação no trabalho e idade. As explicações fornecidas para tal fato estão associadas ao assunto de segurança obtido via antiguidade, aumentos de

salário e status e expectativas mais realísticas, que passam a se verificar com o aumento da idade influenciando, assim no grau de satisfação⁸⁵.

Quanto ao sexo, os resultados revelam um relacionamento indireto com a satisfação no trabalho, através da influência sobre a percepção das expectativas e das recompensas disponíveis. Dessa forma, várias pesquisas mostram conclusões caracterizando mulheres e negros como mais satisfeitos que homens brancos⁷⁷.

- Valores e Necessidades Pessoais

Valores e necessidades pessoais contribuem para a percepção de expectativas e recompensas atuais. Assim sendo, alguém com uma forte necessidade de realização ou afiliação irá esperar de seu trabalho maiores oportunidades¹⁷. Neste caso, a compatibilidade entre a necessidade e a percepção do indivíduo sobre a capacidade da organização onde atua de satisfazer a necessidade em questão, constitui-se no aspecto mais importante a ser considerado, muito mais do que a própria força (intensidade), da necessidade²⁰.

- Personalidade e Estilo de Vida

Características de personalidade e dimensões do estilo de vida devem também são compatíveis com a natureza do trabalho desenvolvido pelo indivíduo, uma vez que também influenciam no grau de satisfação com o trabalho¹⁷. Como exemplos, podem ser citadas as pesquisas que indicam um maior grau de satisfação no trabalho para indivíduos com estilo de vida orientado para a autoridade e que atuam com organizações tipicamente burocráticas, assim como um maior grau de satisfação para indivíduos auto-diretivos e que atuam em organizações que favorecem a coordenação voluntária de esforços⁸².

c) Características do Ambiente de Trabalho e satisfação no trabalho

Condições de Trabalho

As condições de trabalho incluem as características do ambiente físico onde o mesmo é realizado e aspectos extrínsecos, ou seja, indiretamente relacionadas ao trabalho. A questão aqui diz respeito ao fato de que, por exemplo, um ambiente bem iluminado, ventilado, confortável,

calmo, limpo e bem equipado pode influenciar no grau de satisfação no trabalho².

Salário

As evidências de pesquisa parecem indicar que quanto mais elevado for o salário que um indivíduo recebe, maior será sua satisfação no trabalho³⁵. Entretanto, este conceito não deve ser assim tão simplificaradamente colocado. Sem dúvida alguma, o salário permite atender a muitas necessidades diferentes, representando um meio para a satisfação das mesmas, tais como: alimentação, segurança, reconhecimento, status social, possibilitando também a obtenção de vários itens de valor como: lazer, recreação, transporte, etc.

Por outro lado, não se deve deixar de considerar que a satisfação no trabalho, baseada na satisfação com o salário, verifica-se na medida em que o próprio salário é pago como uma recompensa para elevados níveis de desempenho e não como resultado da antiguidade na organização⁸⁶. Complementarmente, indivíduos cujos níveis de educação, perícia, antiguidade, idade, experiência e desempenho contribuem para a formação de uma expectativa de ganhos monetários elevados, somente ficarão satisfeitos caso

realmente consigam salários também elevados. Indivíduos que possuem em seus cargos, elevados graus de responsabilidade e desafio, bem como aqueles que ocupam posições elevadas na hierarquia organizacional, deveriam receber salários elevados para se sentirem satisfeitos no trabalho⁷⁹.

d) Características do Ambiente Social e Satisfação no Trabalho

As pessoas que se acham em torno do indivíduo no trabalho - colegas, chefes e subordinados -, formam o ambiente social do trabalho ou a cultura organizacional. Assim sendo, o estilo de liderança das chefias e o grau de compatibilidade entre colegas de trabalho, afetam também o grau de satisfação dos indivíduos no trabalho. Como exemplo, podem ser citados os resultados de pesquisa que indicam estarem satisfeitos no trabalho, aqueles indivíduos que possuem chefes mais centrados no relacionamento interpessoal do que os indivíduos com chefes mais preocupados com as tarefas e níveis de produção¹⁹.

Em termos de abordagem teórica para o estudo de satisfação no trabalho; existem, segundo a classificação de Wofford, três modelos básicos para explicação do grau de

satisfação que um indivíduo experimenta em seu trabalho. Cada um desses modelos será identificado e analisado a seguir:

1.3.1.1. Teoria das Necessidades

Os pesquisadores mais representativos desta corrente são Maslow e Herzberg²⁹ e dentro desta concepção, a satisfação no trabalho existe quando há também satisfação das necessidades pessoais de quem o executa (como por exemplo, as necessidades básicas, de segurança, participação, auto-realização, etc.). Segundo esta abordagem, a diferença entre o que uma pessoa necessita e o que ela efetivamente obtém como resultante de seu trabalho é o fator determinante de sua satisfação no trabalho.

1.3.1.2. Teoria da Discrepância

Os pesquisadores adeptos desta concepção são Lawler e Porter³⁴ e segundo ela a satisfação no trabalho vai depender da discrepância entre aquilo que é recebido e aquilo que deveria ser recebido pelo trabalho. A medida de satisfação é dada então pelo quanto o indivíduo acha que

deveria estar recebendo da organização em troca daquilo que realiza como trabalho.

Esses autores defendem a hipótese de que aquilo que uma pessoa necessita ou deseja, é tão importante na determinação do grau de satisfação no trabalho como o é o ganho efetivamente percebido como resultante da realização do mesmo.

1.3.1.3. Teoria da Equidade

O principal teórico neste assunto é J.Stacy Adams¹. Segundo esta concepção, a satisfação no trabalho irá depender do equilíbrio entre o que o indivíduo recebe como resultado do mesmo e aquilo que ele traz como esforço, habilidades, experiências, etc.

A percepção do equilíbrio entre aquilo que outros funcionários tomados como referência trazem e recebem do trabalho é também considerada crítica dentro desta abordagem.

1.3.2. Classificação dos Fatores de Satisfação no Trabalho

Wallace e Szilagyi⁸³ apresentam e analisam um modelo que pretende exercer o papel de guia para compreensão das interações entre recompensas, comportamento e desempenho em organizações. A inclusão deste modelo justifica-se pelo fato de que o mesmo contribui para entendimento da dinâmica da satisfação no trabalho e também pela classificação elaborada das recompensas (fatores de satisfação) e seu papel dentro das organizações.

A contribuição de Wallace e Szilagyi reside no fato de reconhecerem o caráter dinâmico do processo de satisfação. "O empregado está constantemente respondendo a vários níveis de satisfação através da procura e tomada de decisões que aumentam sua satisfação esperada". Afirmam também que a influência das recompensas no comportamento e desempenho, é igualmente dinâmica. Destacam ainda, a importância para os administradores de tentarem promover ou garantir o balanceamento entre as políticas e práticas de recompensa da organização e as necessidades dos indivíduos que nela atuam. Neste esforço, estes autores consideram relevante a realização de uma tentativa de classificação dos diferentes tipos de recompensa (fatores de satisfação), como forma de facilitar a própria adequação das políticas às reais necessidades dos empregados.

Os fatores de satisfação são Intrínsecos e Extrínsecos.

a) Fatores Intrínsecos

São aqueles que na percepção do indivíduo fazem parte do próprio cargo. Originam-se da natureza do trabalho desenvolvido pelo ocupante do cargo e incluem:

- autonomia - ser pessoalmente responsável por uma parcela significativa do trabalho desenvolvido na organização;
- variedade - realização de tarefas interessantes e diferentes do cargo;
- significância - percepção de que o resultado do trabalho contribui ou acha-se relacionado aos objetivos mais globais da organização;
- retorno - informação sobre a efetiva qualidade no desempenho das tarefas, valor para organização e o que deve fazer para melhorar e se desenvolver;
- identidade - percepção da posição ocupada dentro da organização e seu relacionamento com as demais.

b) Fatores Extrínsecos

São aqueles que ocorrem fora do próprio cargo. Originam-se de fontes internas da organização, tais como políticas e práticas de administração, colegas, grupos informais, etc. e também, de fontes externas, relativas ao ambiente da organização.

Os fatores extrínsecos incluem:

- recompensas financeiras - salários (remuneração direta) pagos aos empregados;
- benefícios - remuneração indireta, em caráter complementar aos salários;
- participação nos lucros e incentivos;
- reconhecimento profissional;
- promoções - realização de uma carreira dentro da organização;
- supervisão - estilo da chefia;
- apoio social;
- compensação antecipada - planos de aposentadoria e opções por ações da companhia.

1.3.3. Efeitos e consequências da satisfação no Trabalho

Quando os empregados julgam que um determinado aspecto do trabalho, ou alguns aspectos, não estão adequados, podem ter diferentes reações frente à situação de trabalho. Podem procurar outros empregos, fazendo com que seja necessário repor esta mão-de-obra, trazendo custos adicionais de procura, seleção e treinamento. Podem começar a chegar frequentemente atrasados ou apresentarem baixo envolvimento, realizando somente o necessário e com pouco interesse ou iniciativa. Isto vem caracterizá-los como funcionários insatisfeitos no trabalho, insatisfação esta que apresenta não somente custos financeiros, mas também representa um desperdício dos recursos humanos da organização.

Estas colocações de Beaty e Schneir⁶ revelam a importância global de procurar-se garantir níveis de satisfação para o quadro funcional de organizações. Além desses aspectos mais amplos, o estudo, avaliação e medidas corretivas no sentido de se obter condições favoráveis para que se verifique a satisfação no trabalho, justificam-se igualmente com base nos seguintes itens:

- saúde física e longevidade - uma insatisfação intensa pode levar ao aumento do stress, que poderá traduzir-se

em diferentes distúrbios psicossomáticos tais como doenças cardíacas, úlceras e dermatites, com evidentes danos para a saúde do indivíduo.

- saúde mental - caso o indivíduo experimente alta satisfação no trabalho, poderá haver inclusive uma extensão desse efeito em sua vida particular. Caso haja insatisfação no trabalho, seguindo o mesmo raciocínio, haverá também um grau de descontentamento que permeará a vida particular do indivíduo, afetando seu comportamento fora do trabalho²¹.

- absenteísmo e rotatividade - as pessoas que não gostam de seu trabalho tendem a faltar e a se demitirem.

- críticas à organização - um dos efeitos que pode ser verificado em casos de

insatisfação, diz respeito ao fato de que os empregados extrapolam a insatisfação no trabalho para uma insatisfação com a empresa como um todo, gerando severas críticas que podem vir a comprometer a imagem da organização no mercado de trabalho ou na comunidade onde atua.

- produtividade/desempenho - em relação a estes itens, duas teorias ilustram a complexidade e controvérsia do tema. Segundo Greene²⁷, a primeira delas postula que a "satisfação causa a produtividade/desempenho", caracterizando a posição de que o grau de satisfação no trabalho sentido por um empregado determina seu desempenho. A segunda corrente, originada a partir dos trabalhos de Lawler e Porter³⁴, considera a satisfação não como causa, mas

sim efeito do nível de desempenho do empregado. Dessa forma, as recompensas recebidas pelo melhor desempenho é que são responsáveis pelo aumento do nível de satisfação no trabalho do empregado.

Em função das consequências desses aspectos e pela própria natureza dos mesmos, deve ser preocupação dos administradores, em geral e, em particular dos responsáveis pelos recursos humanos, a identificação das causas de insatisfação, através da avaliação adequada dos níveis de satisfação no trabalho, bem como a proposição de medidas que visem contornar, minimizar, ou até mesmo eliminar as eventuais disfunções detectadas.

A importância do estudo de satisfação no trabalho e de suas causas, justifica-se pelas ligações que podem ser estabelecidas entre a satisfação e absenteísmo, rotação de pessoal, desempenho e, conseqüentemente, a própria eficácia organizacional²⁸.

A revisão bibliográfica permite concluir que o conceito de satisfação no trabalho depende basicamente de características individuais do empregado, de características

do próprio trabalho, das atividades realizadas e do contexto no ambiente onde o trabalho é ou deve ser desenvolvido.

O interesse no desenvolvimento deste trabalho foi despertado a partir de 1985, quando a autora começou a ministrar aulas sobre recursos humanos na Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo.

E, recentemente, com o processo de municipalização dos serviços de saúde, a autora buscou estudar detalhadamente a realidade do trabalho desempenhado nas unidades prestadoras de serviços e a atuação dos profissionais neles envolvidos.

A área de estudo foi constituída pelos profissionais de saúde de dois municípios, um no interior do Estado de São Paulo e outro na Grande São Paulo, que a partir deste momento serão representados pelas letras A e B respectivamente. O primeiro é um município de pequeno porte e o segundo de médio porte.

A escolha dos profissionais de saúde dessas duas prefeituras se deve ao fato de se poder comparar os serviços prestados pelos mesmos em um município industrializado com aquele de características semi- rurais, onde a municipalização da saúde está implantada.

O universo objeto da pesquisa foram os profissionais que desempenham suas atividades nas unidades básicas de saúde, onde são desenvolvidas as ações de saúde no primeiro nível de assistência primária, onde se concentra um grande número de profissionais de saúde e onde poucos trabalhos sobre recursos humanos foram até agora realizados. Os cuidados primários são parte integrante do sistema de saúde no país (Lei Orgânica da Saúde).

Quando se fala em níveis de assistência médica, não fica muito clara a classificação de tais níveis e, para melhor elucidação desses conceitos serão feitas algumas considerações a esse respeito:

1.4. Níveis de Assistência

Carvalho¹¹ diz que "para situar estes níveis, costuma-se afirmar que em um mês, de cada mil pessoas, de 600 a 700 apresentam pequenas alterações de saúde, que são resolvidas sem precisar receber assistência profissional de saúde, cerca de 250 são acometidas de problemas que requerem assistência médica ambulatorial e aproximadamente dez se internam em um hospital geral ou em uma instituição especializada, para solucionar seu problema de saúde"

Um dos objetivos fundamentais dos sistemas de saúde é oferecer a todos os membros da comunidade, acesso fácil e suficiente aos serviços de saúde.

Se tentarmos hierarquizar os níveis de assistência à saúde, diríamos que no primeiro estariam as necessidades e os problemas de saúde mais frequentes, no segundo os de caráter intermitente e no terceiro e quarto os menos frequentes.

Entretanto, enorme confusão há sobre o significado destes níveis, representando diferentes concepções para povos diferentes em países diferentes e até mesmo num único país.

Para a Organização Mundial de Saúde "assistência primária de saúde consiste em prestar serviços simples e eficazes obtidos facilmente pelos pacientes e que contribuem para melhorar as condições de vida dos indivíduos e das coletividades".

No Brasil, assistência primária significa cuidados primordiais, primeiros, não simplesmente elementares.

Segundo Carvalho¹¹ "esses cuidados compreenderão toda a gama de assistência a cargo da Unidade de Saúde de primeira linha ou de nível primário - à disposição de parcelas relativamente pequenas da população de

que devem se ocupar, em caráter contínuo, das condições mórbidas mais comuns, tanto de pessoas quanto da comunidade, de acordo com conceitos apresentados pela Organização Mundial de Saúde durante a realização da VII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, 1980 e que são semelhantes ao de Alma-Ata".

Na Conferência de Alma-Ata definiu-se esta expressão como "cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e família da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter".

Assistência de nível primário, significa na América Latina, que ela se responsabiliza pelo controle da população sadia, da proteção e promoção da saúde, da prevenção de doenças, de fornecer os primeiros cuidados e atender a problemas comuns e inespecíficos de saúde, o tratamento de certas doenças crônicas, bem como alguns problemas simples de emergência.

Suas funções estão orientadas para a promoção e proteção da saúde e ao diagnóstico e tratamento de doenças, o que significa o controle da gravidez, antes e após o parto, o controle da criança sadia, a realização de imunizações, o

tratamento de pequenas urgências, a saúde da criança e do adulto e a vigilância epidemiológica.

O primeiro nível de assistência deve representar a porta de entrada do sistema, que teoricamente, deve ser o encaminhamento de pacientes para os níveis de maior complexidade.

A assistência médica de nível secundário é entendida como aquela realizada em instituição possuindo os recursos dos serviços de laboratório, radiologia, eletrocardiografia e possuindo leitos que propiciem hospitalização nas chamadas áreas básicas da medicina - clínica médica geral, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria.

O terceiro nível de assistência é caracterizado por problemas de saúde mais complexos e que exigem equipamentos especiais, além de recursos humanos preparados para prestar assistência que exija alta tecnologia.

O atendimento de nível quaternário se caracteriza pela existência de hospitais altamente especializados, como por exemplo, um hospital de cirurgia cardiovascular ou de neurologia.

Finalmente, não se poderia deixar de lembrar do documento publicado pela Organização Panamericana de

Saúde-OPAS⁶⁰ sobre Sistemas Locais de Saúde - SILOS, publicado em 1988, que é uma proposta metodológica para dinamizar a estratégia da assistência primária no marco da meta de saúde para todos no ano 2.000, tornando desta forma a assistência acessível a toda a população.

O conceito do SILOS é expresso pela OPS "como uma parte integrante do setor saúde que deve contemplar a estrutura política administrativa de um país, definindo-se em um espaço populacional determinado, tendo em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes no mesmo, respondendo aos processos de descentralização do Estado e do Setor Saúde, as necessidades da população e a estrutura da rede de serviços, se organizando para facilitar a condução integral das ações"⁴⁵.

Segundo Ibañez³⁰ o papel do SILOS "representa o ponto onde se estabelece a ligação direta da população/serviço de saúde".

Durante uma parte deste capítulo buscou-se destacar as principais políticas de saúde e de recursos humanos, fazendo-se um histórico de 1960-1990, caracterizando as principais etapas atingidas no Brasil e em São Paulo.

Outro aspecto abordado foram os pressupostos teóricos disponíveis e que permitem compreender as razões

pelas quais a pessoa que trabalha apresenta baixo ou elevado grau de satisfação no trabalho.

Finalmente, foi feita a descrição sobre os níveis de assistência médica para melhor compreensão desses conceitos.

CAPÍTULO 2

PERFIL DOS MUNICÍPIOS "A" E "B"

2.1. Município A

Antigas histórias contadas de pai para filho, afirmam que D. Pedro I tinha o hábito de caçar nas matas de Ribeirão de Vargem Grande, quando então descansava no antigo casarão, de estilo colonial, que existia na estrada da lagôa.

Por volta de 1893, as terras que hoje compreendem o centro do Município, pertenciam ao Senhor Francisco Vieira, hoje fazendo parte da Cooperativa Agrícola de Cotia, fundada em 1927, com sede no Município de Cotia, por 83 imigrantes japoneses⁶¹.

Em 1914, com a desapropriação das terras do Bairro da Graça, hoje Morro Grande, para a construção de uma represa que abastecia a Capital de São Paulo, foram iniciadas as primeiras colonizações na região.

A tenacidade do imigrante japonês teve importância fundamental no desenvolvimento das técnicas agrícolas no Município A há 50 anos, sempre dedicadas à cultura de hortifrutigranjeiros.

O Município passou à condição de emancipado pela Lei 3.198 de 23 de dezembro de 1981, quando até então era sub-distrito do Município de Cotia.

2.1.1. Área

O Município está localizado na região oeste da Grande São Paulo, entrecortado pelas Rodovias Raposo Tavares e Bandeirantes, principais vias de acesso da região. Abrangendo uma extensão de 29 km², possui uma altitude de 930 metros⁶⁹.

2.1.2. População

A população estimada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, para 1989, foi de 13.338 habitantes e pela Prefeitura Municipal local em 25.000 habitantes aproximadamente.

2.1.3. Densidade Demográfica

A densidade demográfica é de 806 hab./km², apresentando amplas áreas livres com pequenos conglomerados urbanizados, ocorrendo principalmente às margens das rodovias que cortam o município.

Pela proximidade com o capital de São Paulo, com apenas 45 km de distância, propícia o aumento do número de chácaras de campo para lazer, nos finais de semana.

O município, de característica semi-rural, apresenta participação significativa nas atividades de floricultura, horticultura, fruticultura e granjas, divididas em pequenas propriedades.

A primeira indústria a se instalar na região foi a Textil J. Serrano em 1956, atualmente contando com 59 indústrias e 187 casas comerciais, 8 escolas estaduais de 1º grau, uma de 2º grau e 4 pré-escolas. Igrejas e templos são em número de 7 (3 católicas).

2.1.4. Benefícios da região

A cobertura da rede elétrica da região abrange 90% do município, a água somente 15% e esgoto 12% da população.

A destinação do lixo é o aterro sanitário na zona central, e nos demais bairros é lançado a céu aberto.

2.1.5. Serviços de Saúde

Antes da emancipação, o Município, possuía dois postos de atendimento médico para toda a população, que funcionavam de maneira bastante irregular e precária. A população local carente de atendimento médico eficiente, recorria ao Hospital - Centro de Saúde Escola da Associação Hospital de Cotia, no Município de Cotia. Diante dessa situação, as lideranças comunitárias do Município, em sua grande maioria constituídas por mulheres do bairro³, conseguiram mobilizar os recursos locais e a cessão de um pequeno terreno para a construção de um posto de saúde, que foi construído através de um trabalho de mutirão pelos próprios moradores.

Durante o período em que se realizava a construção do posto, foram feitos vários contactos das lideranças locais com a diretoria do Hospital localizado em Cotia, para que os médicos assumissem o atendimento médico do posto de saúde do Município. Após várias reuniões foi acertado o convênio entre a prefeitura local com a Associação Hospital de Cotia, em julho de 1980, fazendo parte dos chamados postos periféricos tendo como atividade a consulta

médica geral, pré-natal, acompanhamento de menor de um ano, imunização, notificação epidemiológica e encaminhamento de pacientes para a Unidade Central⁴.

Em 1981 o posto de Tijuco Preto então pertencente ao Município de Cotia, também passou a ter atendimento médico dos profissionais da Associação Hospital de Cotia. Vale ressaltar que este posto, construído pela própria população, sofreu impulso extraordinário graças à participação da equipe de saúde de Cotia.

Após a emancipação, o Município, em 1981, fez com que a partir da instalação da nova Prefeitura fosse firmado um convênio entre essa e a Associação Hospital de Cotia, mantendo proposta do sistema local, mas, ampliando a sua cobertura. Esse último convênio coloca a Associação como participante do Conselho Diretor existente no Município A. Nesse momento, a gerência dos serviços passa a ser executada de maneira mais intensa e autônoma pela Prefeitura local, através do Departamento de Saúde, mais articulada ainda à Associação Hospital de Cotia.

Depois, gradativamente o Município passou a assumir sozinho a assistência médica da população, somente a nível ambulatorial e de pronto atendimento. Os serviços hospitalares, laboratoriais e radiológicos ainda encontram-se vinculados à Cotia, servindo-se a população quase que

exclusivamente do Hospital Doutor Odair Pedroso, da Associação Hospital de Cotia, para internação.

O município conta atualmente com três Unidades Básicas de Saúde: Central, Tijuco Preto e São Lucas.

Na Unidade Básica de Saúde Central, além do atendimento ambulatorial, funciona também o serviço de urgência 24 horas. Nas duas outras unidades, o horário de funcionamento é das 08:00 às 17:00 horas, de segundas às sextas feiras.

Segundo informações da Unidade Central, o total de atendimentos na área de saúde em 1989 foi de:

- Consultas de ambulatório e pronto atendimento 101.700
- Vacinas 6.259

Os pacientes atendidos são do Município em sua grande maioria, e em número menor são procedentes de Itapevi, São Roque, Ibiuna e Aguassai.

O processo de municipalização na área de saúde, no Município não tem sido realizado satisfatoriamente, pois em 1990 o Prefeito Municipal foi afastado do cargo por processo de corrupção e, quando do seu retorno ao cargo, demitiu o Diretor do Departamento de Saúde, o qual, por solicitação da comunidade local retornou às suas atividades.

Na época em que foi realizada a pesquisa, em 1990, o Vice-Prefeito assumiu as atividades da Prefeitura temporariamente, até solução do processo imputado ao prefeito.

Esses problemas políticos tem refletido negativamente junto aos servidores dos serviços de saúde, passando os mesmos por momentos difíceis de indecisão na política interna, não tendo apoio para implantação de novos programas, e somente se limitando à rotina diária do serviço, dificultando; dessa forma, a implantação da municipalização da saúde.

2.2. Município B

Teve início na segunda metade do século XVI. Teria sido fundado pelo Padre José de Anchieta que para lá levou de Piratininga, parte da tribo dos índios Guaianázes. O início do Município ter-se-ia dado então entre 1575 e 1578. O aldeamento passou a povoado em 1643 já localizado onde hoje é o centro da cidade. A transformação do aldeamento em vila foi em 1767 com a denominação de Vila São José do Parayba. A cidade foi crescendo paulatinamente para, na década de 60, começar um desenvolvimento vertiginoso, com a instalação do parque industrial.

2.2.1. Área

O Município está localizado no interior do Estado de São Paulo, próximo ao sul do Estado de Minas Gerais, entrecortado pela Rodovia Presidente Dutra, principal via de acesso da região. Abrange uma extensão de 1.118 km².

2.2.2. População

A população é de 451.351 habitantes, de acordo com estimativa feita pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) em 1989.

O Município, segundo dados da Secretaria da Saúde⁶⁸, possui fluxo migratório constante, e por melhor que sejam as estimativas, correm risco de estarem defasadas, podendo a população estar subestimada, principalmente na faixa etária correspondente à população economicamente ativa.

Com o aumento na década de 80, do número de indústrias na região, a população foi estimada em 55.971 habitantes, levando-se em conta a distribuição numérica por

habitantes, levando-se em conta a distribuição numérica por faixa etária nas décadas 70 e 80⁶⁸.

0-14 anos -	40,79% (70)	-	35,94% (80)
15-64 anos -	56,24% (70)	-	61,42% (80)
65 e mais -	2,97% (70)	-	2,64% (80)

A predominância de população jovem classifica o Município entre as populações progressivas, pois na década de 80 o crescimento na faixa etária entre 20 e 29 anos provavelmente se deu graças à migração de mão-de-obra para o parque industrial.

Analisando dados de pesquisa realizada pelo Município em população acima de 11 anos foi observado:

- Famílias com rendimento até 2 salários mínimos 16,21%
- Famílias com rendimento de 2 a 5 salários mínimos 37,78%
- Famílias com rendimento acima de 5 salários mínimos 46,02%

Em relação aos dados do Brasil como um todo e do Estado de São Paulo, este nível de renda tem parâmetros ligeiramente altos.

2.2.3. Densidade Demográfica

A densidade demográfica é de 1.257,17 hab/km² distando 90km da Capital de São Paulo.

Inicialmente o Município caracterizou-se por sobreviver da produção do setor primário, o agro pastoril. Ainda hoje a economia tem expressão nessa área, com grandes produtores de arroz e criadores de animais com representativa produção leiteira.

Atualmente, a característica principal do Município é ser um polo industrial de importância no Estado e no Brasil, possuindo 500 indústrias ocupando por volta de 100 mil pessoas. É o maior centro de indústria bélica do Brasil. Além da indústria, os setores comercial e bancário são fortes, em decorrência do próprio parque industrial e do meio milhão de pessoas que ali residem.

2.2.4. Benefícios da Região

- Saneamento Básico

Inexistência quase absoluta de rede de esgoto, depositado "in natura" nos córregos e no Rio Parayba.

Precariedade na coleta de lixo que não atinge todos os núcleos habitacionais e não recolhe com a frequência devida. A usina de lixo encontra-se desativada e atualmente o mesmo é depositado no aterro sanitário. Falta de plano de macrodrenagem resultando em postos de enchentes cíclicas. Este quadro mudou com a coleta de lixo hospitalar e incinerador para lixo hospitalar.

O abastecimento de água atinge a 90% da população.

O crescimento acelerado da cidade teve como consequência um desordenamento crescente, levando à instalação de vários loteamentos clandestinos por falta de uma legislação adequada de uso e ocupação do solo, e, por se burlar a lei existente.

Não existe nenhuma proteção ao meio ambiente: a poluição do Rio Parayba o torna incompatível com a vida, o ar ressent-se da poluição das indústrias, que não apresentam, em sua maioria, nenhum sistema de filtragem ou tratamento do esgoto industrial.

2.2.5. Serviços de Saúde

A Secretaria de Saúde do Município possui 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas por todo o Município.

Possui cinco Unidades Especializadas assim distribuídas:

- Unidade Básica de Exames Complementares
- Unidade de Atendimento ao Adolescente
- Unidade de Atendimento ao Drogado
- Unidade de Atendimento Oftalmológico
- Unidade de Saúde Mental.

O número de atendimentos em saúde no ano de 1989 foi:

- Emergências	197.209
- Vacinas	108.140
- Atendimentos Básicos	1.152.607
- Internações	4.723

A Secretaria da Saúde do Município está em fase de consolidação da municipalização da saúde.

Foi elaborado em 1989 o Plano Diretor de Saúde cuja proposta geral "é que o Município deve assumir seu papel

junto aos poderes públicos federal e estadual, com as instituições filantrópicas, com os serviços de saúde privados e com toda a população, para se garantir a todos, independentemente de qualquer discriminação sócio-política-econômica-cultural, o direito à saúde quantitativo, representado pelo acesso igual e qualitativo, e pela resolubilidade dos serviços oferecidos".

A Secretaria da Saúde do Município tem envidado todos os esforços para que os serviços de saúde possam assumir sua função primordial capazes de modificar a qualidade de vida das pessoas.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Comparar a força de trabalho dos profissionais de saúde em dois municípios semi-rurais, visando o estudo do grau de satisfação e insatisfação no trabalho.

Objetivos Específicos

1. Conhecer o perfil e modalidade funcional de cada profissional de saúde.
2. Identificar as políticas de recursos humanos nos serviços de saúde.
3. Conhecer o salário dos profissionais de saúde.

4. Identificar o grau de satisfação e insatisfação dos profissionais de acordo com as funções.
5. Identificar os fatores extrínsecos responsáveis pela satisfação e insatisfação no trabalho.

CAPÍTULO 4

MATERIAL E MÉTODOS

4.1. População de Estudo

O estudo apresenta um caráter exploratório. Realizado dentro de uma área onde é reduzido o número de pesquisas elaboradas, foi planejado de modo a permitir um tratamento que evidencie o relacionamento entre as variáveis nele incluídas.

Foram escolhidos servidores do Município A e B, que prestam serviços nas Unidades Básicas de Saúde.

As profissões selecionadas foram: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, atendentes e serventes, por estarem mais envolvidos diretamente com a assistência ao paciente.

4.2. Tamanho da Amostra

Para levantamento de dados junto aos servidores, obteve-se a listagem nominal, do local de trabalho e profissão. Isto permitiu melhor identificação dos mesmos.

O levantamento foi efetuado em setembro de 1990.

Verificou-se haver no Município A 72 servidores das categorias selecionadas, distribuídos nas 3 unidades básicas de saúde, como segue:

- 30 médicos
- 6 enfermeiros
- 2 assistentes sociais
- 3 auxiliares de enfermagem
- 19 atendentes
- 12 serventes

O Município B possuía 402 servidores distribuídos nas 28 unidades básicas de saúde, unidade de pediatria e unidade de especializações, como segue:

- 156 médicos
- 18 enfermeiros
- 13 assistentes sociais

28 auxiliares de enfermagem
152 atendentes
29 serventes

As atendentes no Município B recebem o nome de agentes de saúde, porém, quando foram verificadas as atividades que desempenhavam, constatou-se serem idênticas às desenvolvidas pelas atendentes e, visando facilitar a compreensão para melhor comparar, foi adotada a mesma terminologia para ambas prefeituras.

No Município A, optou-se por realizar a pesquisa com todos os 72 servidores, por serem em menor número, comparados à outra Prefeitura.

No Município B, através das relações nominais fornecidas pela Secretaria da Saúde, foram todos os servidores numerados por categoria profissional e feito o sorteio, sendo a fração amostral de 20%. Este número foi considerado suficiente para poder comparar com os servidores do Município A.

4.3. Variáveis de Estudo

As variáveis de estudo foram:

- cargo ou função
- idade
- sexo
- instrução
- ocupação anterior
- ocupação do pai
- ocupação da mãe
- forma de provimento
- jornada de trabalho
- forma de admissão
- tempo de serviço
- salário
- horário de trabalho
- número de subordinados
- grau de satisfação e insatisfação na realização do trabalho
- melhoria das condições de trabalho

4.4. Pré-teste e instrumento

No mês de agosto de 1990 foi realizado um pré-teste com a aplicação de um questionário em 24 servidores, das mesmas categorias profissionais selecionadas para o estudo, no Centro de Saúde "Geraldo de Paula Souza", da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, recaindo 4 questionários para cada categoria profissional selecionada, num total de 6 profissões distintas.

Do resultado do pré-teste, foi o questionário aperfeiçoado pelas críticas e comentários formulados pelos servidores.

As modificações e adaptações feitas se relacionavam à estrutura do instrumento, à correção de linguagem e clareza de algumas frases que davam origem a dupla interpretação, bem como a parte referente à satisfação no trabalho, que teve que ser ampliada. O instrumento de pesquisa foi posteriormente submetido à apreciação de especialistas na área pertinente.

A versão final do instrumento de pesquisa acha-se no Anexo I. Este instrumento é composto por uma carta explicativa aos servidores objeto do estudo, sobre a natureza e caráter da pesquisa, bem como sobre os objetivos da mesma.

A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 1990. O total de servidores objeto do estudo foi em número de 119, sendo 47 do Município A e 72 do Município B.

Os números iniciais tanto do Município A como do B, sofreram alterações em decorrência de servidores em férias, afastados e demitidos, na época de sua realização, ficando no final assim distribuídos:

Município A:

16 médicos
6 enfermeiros
1 assistente social
6 auxiliares de enfermagem
9 atendentes
9 serventes
47 TOTAL

Município B

31 médicos
3 enfermeiros
2 assistentes sociais
4 auxiliares de enfermagem
28 atendentes
4 serventes
72 TOTAL

Nas tabelas de números 1 a 7, todos os profissionais responderam a todas as perguntas, porém, da tabela nº8 em diante observa-se que elas foram elaboradas de acordo com o número de respostas de cada profissional, isto é, alguns não responderam a nenhuma das variáveis sobre a satisfação e insatisfação no trabalho, outros deram até três respostas em cada pergunta e, por esta razão, não coincide com o número de 119 questionários.

As informações obtidas através do instrumento de pesquisa foram codificadas, para que a tabulação fosse feita através de computador.

A seguir, estruturaram-se as tabelas de modo a permitir uma análise descritiva e analítica das informações obtidas.

CAPÍTULO 5

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

TABELA 1 - Distribuição dos profissionais pesquisados nos dois municípios segundo cargo e função.

Município	A		B		TOTAL	
Cargo ou Função	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	16	34,0	31	43,0	47	39,5
Enfermeiro	6	12,8	3	4,2	9	7,6
Assist. Social	1	2,1	2	2,8	3	2,5
Aux. Enfermagem	6	12,8	4	5,6	10	8,4
Atendente	9	19,1	28	38,9	37	31,1
Servente	9	19,1	4	5,6	13	10,9
TOTAL	47	100,0	72	100,0	119	100,0

Os resultados indicam que existe maior número de médicos no Município A em relação ao Município B.

No Município A os médicos fazem os seguintes jornadas de trabalho: 20 horas semanais (43,7%), 30 horas

semanais (18,7%) e 40 horas semanais (37,6%). Os demais profissionais fazem 40 horas semanais.

No município B, os **médicos** fazem as seguintes jornadas de trabalho: 20 horas semanais (58%), 30 horas semanais (13%) e 40 horas semanais (29%). Os demais profissionais fazem 40 horas semanais.

Com relação às **assistentes sociais**, os números nas duas prefeituras são semelhantes.

Com relação às **auxiliares de enfermagem**, existe pouca variação do número nas duas prefeituras. Já para as **atendentes**, é bem menor o número desses profissionais no Município B comparado ao Município A.

A maior concentração de **serventes** encontra-se no Município A. No Município B os servidores são contratados por serviços de terceiros. Existindo pequeno número de servidores dessa categoria, o serviço muitas vezes, é executado pelas **atendentes**.

Em relação ao número de consultas realizadas constatou-se que no Município B, os médicos atenderam um total de 1.152.607 consultas. Levando-se em conta que em cada hora, deverão ser atendidos 4 pacientes, e pelos cálculos feitos deveriam realizar 720.480 consultas, houve, portanto, uma diferença 430.127 consultas (37,3%) a mais. O mesmo ocorreu em menor proporção no Município A, onde foram efetuadas 101.700 consultas. Levando-se em conta o cálculo

anterior, deveriam ser realizadas apenas 80.080, havendo um superavit de 21.620 consultas (21%).

A análise da Tabela 1 demonstra ainda uma enorme deficiência numérica na área de enfermagem nos dois municípios.

Na pesquisa realizada, os médicos sentem que a qualidade dos serviços do profissional de enfermagem não é suficientemente adequada para satisfazer as necessidades de um melhor atendimento, sobrecarregando-os de tarefas que deveriam ser executadas por aqueles profissionais.

TABELA 2 - Distribuição de profissionais pesquisados nos dois municípios segundo idade.

Município	A		B		TOTAL	
Idade (anos)	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 a 24	6	12,8	8	11,1	14	11,8
25 a 34	24	51,1	17	23,6	41	34,5
35 a 45	13	27,7	36	50,0	49	41,2
46 a 59	4	8,5	10	13,9	14	11,8
60 a 65	0	0,0	1	1,4	1	0,8
TOTAL	47	100,0	72	100,0	119	100,0

Os dados da Tabela 2 indicam que os servidores são relativamente jovens nos dois municípios. A classe modal de maior concentração está na faixa etária de 35 a 45 anos, segundo-se a de 25 a 34 anos. Este resultado era esperado, porque o serviço da saúde do Município A foi instalado recentemente e o do B é mais antigo.

O número é pequeno na classe de idade de 46 a 59 anos, sendo igual o valor nos dois municípios. Maior de 60 anos inexistente no Município A e apresentou apenas um caso no Município B.

TABELA 3 - Distribuição dos profissionais pesquisados segundo o sexo.

Município	A		B		TOTAL	
Sexo	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	16	34,0	30	41,7	46	38,7
Feminino	31	66,0	42	58,3	73	61,3
TOTAL	47	100,0	72	100,0	119	100,0

A participação da mulher revela-se mais significativa nos serviços de saúde dos dois municípios, representando 61,3% do contingente de servidores em atuação na área de saúde. Essa porcentagem era esperada porque no serviço de enfermagem, o maior contingente é do sexo feminino.

TABELA 4 - Distribuição dos profissionais pesquisados segundo grau de instrução.

Município	A		B		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prim. Incompleto	1	2,1	3	4,2	4	3,4
Prim. Completo	4	8,5	4	5,6	8	6,7
1º Grau Incompl.	8	17,0	10	13,9	18	15,1
1º Grau Completo	7	14,9	3	4,2	10	8,4
2º Grau Incompl.	1	2,1	9	12,5	10	8,4
2º Grau Completo	1	2,1	5	6,9	6	5,0
Superior Incompl.	2	4,3	2	2,8	4	3,4
Superior Completo	23	48,9	36	50,0	59	49,6
TOTAL	47	100,0	72	100,0	119	100,0

Praticamente, a metade dos entrevistados possui formação universitária nos dois municípios (49,6%). Este parâmetro indica também, que o número maior de profissional que trabalha nas UBS está entre os médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

É baixa a frequência de profissionais que possuem primário incompleto (3,4%) e superior incompleto (3,4%) sendo os valores bastante semelhantes nos dois municípios.

Nos demais níveis de instrução, os percentuais pouco diferem na tabela apresentada.

TABELA 5 - Distribuição dos profissionais pesquisados que se encontram trabalhando no mesmo lugar nos dois municípios.

Município	A		B		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Encontra-se no mesmo lugar						
Sim	41	87,2	68	94,4	109	91,6
Não	6	12,8	4	5,6	10	8,4
TOTAL	47	100,0	72	100,0	119	100,0

Os resultados apresentados nesta tabela são semelhantes nos dois municípios. A maioria dos servidores pesquisados (91,6%), encontra-se no mesmo lugar de trabalho, desde que foram admitidos, mesmo após a municipalização dos serviços de saúde.

TABELA 6 - Distribuição dos profissionais pesquisados nos dois municípios segundo adequação de horário de trabalho.

Município	A		B		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adequado	38	80,9	50	69,4	88	73,9
± adequado	6	12,8	17	23,6	23	19,3
Inadequado	3	6,4	5	6,9	8	6,7
TOTAL	47	100,0	72	100,0	119	100,0

O resultado dos dados obtidos junto às duas prefeituras indica maior frequência dos profissionais de saúde que acham o horário de trabalho **adequado**, principalmente no Município A (80,9%), sendo que no Município B o número também é elevado (69,4%). Um pequeno número de profissionais acha seu horário **inadequado**, sendo os valores praticamente semelhantes nos dois municípios (6,7%). Os profissionais que julgaram o horário **inadequado** estão entre as categorias profissionais de médicos e atendentes, que gostariam de iniciar o trabalho mais cedo.

TABELA 7 - Distribuição dos profissionais de saúde pesquisados dos dois municípios, segundo desejo ou não de trabalhar em outro local.

Município	A		B		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gostaria de trabalhar em outro local						
Detestaria	30	63,8	47	65,3	77	64,7
Não gostaria	6	12,8	10	13,9	16	13,4
Gostaria	9	19,1	9	12,5	18	15,1
Indiferente	2	4,3	6	8,3	8	6,7
TOTAL	47	100,0	72	100,0	119	100,0

Nesta tabela observa-se que a maioria dos profissionais de saúde nos dois municípios **detestaria** trabalhar em outro local (64,7%), e 13,4% **não gostaria**, sendo baixa a frequência dos profissionais que **gostariam** de trabalhar em outro local, apresentando no Município A valor um pouco maior (19,1%) em relação ao Município B (12,5%). Os que responderam que **gostariam** de mudar de local de trabalho, foi em consequência da distância da residência.

TABELA 8 - Distribuição dos profissionais nos dois municípios segundo cursos patrocinados e satisfação no trabalho.

Município	A		B		TOTAL	
	Cursos		Cursos		Cursos	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
. Executa o trabalho que gosta	12	11	23	25	35	36
. Bom relacionamento no ambiente de trabalho	10	16	36	36	46	52
TOTAL	23	27	59	61	81	88

Através dos dados da Tabela 8, verifica-se que a **satisfação no trabalho está ligada ao trabalho que gostam de executar e ao bom relacionamento no ambiente de trabalho**, independentemente dos municípios terem ou não patrocinados cursos aos seus profissionais.

TABELA 9 - Distribuição dos profissionais do Município A segundo rendimento salarial e satisfação no trabalho.

Rendimento(em sa- lários mínimos)	- 3,5	3,5 --- 5,5	5,5 --- 14	>14	TOTAL
satisfação					
. Executa o trabalho que gosta	9	3	5	6	23
. Bom relacio- namento no ambiente de trabalho	6	2	8	10	26
TOTAL	15	5	13	15	49

Na tabela 9 observa-se que dos profissionais que gostam do que fazem, como **satisfação** no trabalho, a maioria está concentrada em quem recebe até 5,5 salários mínimos (52%). O fator **bom relacionamento no ambiente de trabalho** concentra-se em maior número entre os que recebem de 5,5 a 14 salários mínimos (69%), demonstrando que os de menor renda não se preocupam muito com esse fator para **satisfação** no trabalho.

TABELA 10 - Distribuição dos profissionais no Município B segundo o rendimento salarial e satisfação no trabalho.

Rendimento(em sa- lários mínimos)	-- 3,5	3,5 --- 5,5	5,5 --- 14	>14	TOTAL
satisfação					
. executa o trabalho que gosta	18	8	8	14	48
. Bom relacio- namento no ambiente de trabalho	22	9	22	19	7
TOTAL	40	17	30	33	120

Do resultado apresentado na tabela 10 verifica-se semelhança com o que ocorre com os profissionais do Município A. Aqui também, a maioria dos profissionais que recebe até 5,5 salários mínimos (54%) **executa o trabalho que gosta, com satisfação**. Em contrapartida neste município existe grande número de profissionais na faixa de até 3,5 salários mínimos (30%) que encontram como **satisfação** o fator **bom relacionamento no ambiente de trabalho**.

TABELA 11 - Distribuição dos profissionais nos dois municípios segundo grau de instrução e satisfação no trabalho.

	A		B		TOTAL	
	Instrução N Sup. Sup.		Instrução N Sup. Sup.		Instrução N Sup. Sup.	
Satisfação						
. Executa o trabalho que gosta	12	11	25	23	37	34
. Bom relacio- namento no ambiente de trabalho	8	11	31	41	39	52
TOTAL	20	22	56	64	76	86

Na tabela 11 observa-se que nos dois municípios os resultados são bastante semelhantes com relação aos profissionais de nível superior e não superior que executam o trabalho que gostam, como satisfação no trabalho, sofrendo pouquíssima variação com relação ao fator bom relacionamento no ambiente de trabalho.

TABELA 12 - Distribuição dos profissionais do Município A segundo cargos e funções e satisfação no trabalho.

Cargos e Funções	Médico	Enf.	Assist Social	Aux. Enf.	Atend.	Serv.	TOTAL
Satisfação							
. Executa o trabalho que gosta	9	1	1	3	6	3	23
. Bom relacionamento no ambiente de trabalho	12	5	1	1	3	4	26
TOTAL	21	6	2	4	9	7	49

O resultado apresentado nesta tabela indica que as categorias de assistentes sociais (100%), médicos (56%) e auxiliares de enfermagem (50%) são os profissionais que se sentem satisfeitos ao executarem o trabalho que gostam.

Com relação ao bom relacionamento no ambiente de trabalho, como causa de satisfação estão em primeiro lugar as enfermeiras (83%), seguidos dos médicos (75%), sendo os auxiliares de enfermagem a categoria profissional que se encontra em último lugar (33%).

TABELA 13 - Distribuição dos profissionais do Município B segundo cargos e funções e satisfação.

Cargos e Funções	Médico	Enf.	Assist Social	Aux. Enf.	Atend.	Serv.	TOTAL
Satisfação							
. Executa o trabalho que gosta	20	1	2	3	16	4	46
. Bom relacionamento no ambiente de trabalho	31	3	2	3	24	4	67
TOTAL	51	4	4	6	40	8	113

Na tabela 13, observa-se que neste Município, os mais satisfeitos com o trabalho que executam são os assistentes sociais (100%) e serventes (100%), seguidos pelos auxiliares de enfermagem (75%), atendentes (57%) e os médicos (43%).

Com relação ao bom relacionamento no trabalho como causa de satisfação estão os médicos (100%), enfermeiros (100%), assistentes (100%), serventes (100%), seguidos pelos atendentes (87%) e auxiliares de enfermagem (75%).

TABELA 14 - Distribuição dos profissionais pesquisados no Município A segundo idade e satisfação no trabalho.

Idade	18 a 24	25 a 34	35 a 35	46 a 59	60 a 65	TOTAL
Grau de Satisfação						
. Executa o trabalho que gosta	3	13	7	0	0	23
. Bom relacionamento no ambiente de trabalho	0	15	9	2	0	26
TOTAL	3	28	16	2	0	49

A primeira observação que pode ser feita com relação aos dados da tabela 14, diz respeito à faixa etária de 25 a 34 anos, que encontram maior grau de **satisfação** (56%) em todos os fatores motivacionais, seguidos dos profissionais classificados dentro da faixa etária 35 a 45 anos (34%). Deve-se ressaltar que neste município, grande número dos profissionais de saúde está entre as faixas etárias de 25 a 35 anos (56%).

TABELA 15 - Distribuição dos profissionais pesquisados no Município B segundo idade e satisfação no trabalho.

Idade	18 a 24	25 a 34	35 a 35	46 a 59	60 a 65	TOTAL
Grau de Satisfação						
. Executa o trabalho que gosta	5	21	15	6	1	48
. Bom relacionamento no ambiente de trabalho	6	25	34	6	0	72
TOTAL	11	46	49	12	1	120

Pode-se verificar pelos dados da tabela 15, que na faixa etária de 25 a 35 anos (43%) estão os profissionais que tem como fator de **satisfação a execução do trabalho que gostam**, seguidos pelos que estão entre 35 a 45 anos (31%). Entretanto o **bom relacionamento no ambiente de trabalho**, como falta de **satisfação** é maior entre os de faixa etária 35 a 45 anos (47%), seguido pelos que possuem idade entre 25 a 34 anos (34%).

TABELA 16 - Distribuição dos profissionais do Município A segundo rendimento salarial e insatisfação no trabalho.

Rendimento(em sa- lários mínimos)	-- 3,5	3,5 --- 5,5	5,5 --- 14	>14	TOTAL
Insatisfação					
. salário inadequado	10	6	2	3	21
. não gosta do que executa	1	0	0	2	3
. melhores condi- ções da infra estrutura	0	1	4	5	10
. não valorização do trabalho profissional	1	0	0	0	1
. interferência da política municipal	0	0	3	8	11
. interferência no trabalho realizado	3	0	0	0	3
. outros aspectos relacionados ao trabalho	1	2	4	4	11
TOTAL	16	9	13	22	60

Observa-se na tabela 16 os profissionais que ganham até 3,5 salários mínimos (47%), sentem maior **insatisfação** em comparação aos que ganham salários mais elevados.

Dentre os que responderam **não gosta do que executa**, como fator **insatisfação** no trabalho, aparecem os profissionais que ganham mais de 14 salários mínimos (66%). Isto demonstra que não é somente o salário que causa **insatisfação** no trabalho, mas também outros fatores.

Analisando os fatores **melhores condições da infra estrutura**, a grande maioria está entre os que recebem de 5,5 a 14 salários (40%) e mais de 14 salários (50%), e, com índice pequeno, entre os que percebem de 3,5 a 5,5 salários (10%), demonstrando que quem possui baixa renda não se preocupa com **melhores condições da infra estrutura**, isto é, condições físicas e materiais do local de trabalho.

Pode-se observar o grande número de profissionais que recebe mais de 14 salários (72%), que se sentem **insatisfeitos** com a **interferência da política municipal**. Já entre os que recebem até 3,5 salários se sentem **insatisfeitos** com a **interferência no trabalho realizado** (100%).

TABELA 17 - Distribuição dos profissionais do Município B segundo rendimento salarial e insatisfação no trabalho.

Rendimento(em sa- lários mínimos)	- 3,5	3,5 --- 5,5	5,5 --- 14	>14	TOTAL
Insatisfação					
. salário inadequado	15	7	11	10	43
. não gosta do que executa	2	0	0	3	5
. melhores condi- ções da infra estrutura	11	7	17	14	49
. não valorização do trabalho profissional	4	2	8	6	20
. Interferência da política municipal	0	0	0	0	0
. Interferência no trabalho realizado	0	0	3	9	12
. outros aspectos relacionados ao trabalho	6	3	10	9	28
TOTAL	38	19	49	51	157

A tabela 17 demonstra que os profissionais de menor renda até 3,5 salários (34,8%), seguidos do que recebem entre 5,5 a 14 salários (25,5%), se sentem insatisfeitos em relação à inadequação do salário.

A insatisfação por que não gosta do que executa, encontra-se nos dois extremos: quem recebe mais de 14 salários (60%) e os de até 3,5 salários (40%).

Sobre melhores condições da infra estrutura como insatisfação no trabalho, encontra-se em primeiro lugar os que recebem entre 5,5 a 14 salários (34,6%), e os de mais de 14 salários (28,5%).

Pode-se perceber que sobre a não valorização do trabalho profissional, como insatisfação, encontra um grande número entre os que recebem de 5,5 até 14 salários (40%) seguido dos que recebem mais de 14 salários (30%). Com relação à interferência no trabalho realizado, como causa de insatisfação, o maior número encontra-se entre os que recebem mais de 14 salários (75%), não sendo muito significativa entre os que recebem abaixo desse salário. Esses fatores de insatisfações são, segundo os profissionais pesquisados, o trabalho que realizam sob pressão dos administradores, não tendo possibilidade de participarem para a melhoria das condições de trabalho.

TABELA 18 - Distribuição dos profissionais de saúde nos dois municípios segundo grau de instrução e insatisfação.

Município	A		B		TOTAL	
	Instrução		Instrução		Instrução	
	Ñ Sup.	Sup.	Ñ Sup.	Sup.	Ñ Sup.	Sup.
Insatisfação	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
. salário inadequado	16	5	22	21	38	26
. não gosta do que executa	1	2	2	3	3	5
. melhores condições da infraestrutura	1	9	18	31	19	40
. não valorização do trabalho profissional	1	0	6	14	7	14
. Interferência da política municipal	0	11	0	0	0	11
. Interferência no trabalho realizado	1	0	0	12	1	12
. outros aspectos relacionados ao trabalho	5	8	9	19	14	27
TOTAL	25	35	57	100	82	135

Pela tabela 18 é possível verificar que no Município A as respostas sobre **salário inadequado** como causa de **insatisfação** é maior com relação aos profissionais de nível de instrução não superior (72,7%), em comparação com os de instrução superior (22,7%). O mesmo não ocorre no Município B, pois, através das respostas obtidas pelos profissionais de instrução superior e não superior existe pouca margem de diferença (49% e 51%).

O número dos profissionais de nível superior dos dois municípios, que responderam que **não gosta do que executa**, como **insatisfação**, é maior, em relação aos de nível não superior. Isto demonstra que, quanto mais esclarecido o profissional mais **insatisfeito**, sendo difícil saber a verdadeira causa.

Nas respostas sobre **melhores condições da infra estrutura** como **insatisfação**, o número mais elevado está entre profissionais de nível superior nos dois municípios.

No Município B os profissionais de nível superior e não superior, se sentem mais **insatisfeitos** com relação a **não valorização do trabalho profissional**. Isto ocorre porque existe maior falta de relacionamento em virtude da distância das UBSS do poder decisório. O mesmo não acontece no Município A, onde profissionais estão mais

próximos ao poder decisório e conseqüentemente, há maior facilidade de comunicação entre eles.

Os profissionais do Município A de nível superior em sua totalidade se sentem insatisfeitos pela interferência da política municipal.

A interferência do poder decisório no trabalho realizado como causa de insatisfação, está em grande número entre os profissionais de nível superior do Município B (92%), sendo praticamente nulo no Município A.

TABELA 19 - Distribuição dos profissionais no Município A
segundo cargos e funções e insatisfação.

Cargos e Funções	Médico	Enf.	Assist Social	Aux. Enf.	Atend.	Serv.	TOTAL
Insatisfação							
. salário inadequado	5	0	0	6	7	3	21
. não gosta do que faz	2	0	0	0	1	0	3
. melhores condi- ções da infra estrutura	7	1	1	1	0	0	10
. não valorização do trabalho profissional	0	0	0	0	0	1	1
. interferência da política municipal	7	4	0	0	0	0	11
. interferência no trabalho realizado	0	1	0	0	0	3	4
. outros aspectos relacionados ao trabalho	5	2	0	1	1	1	10
TOTAL	26	8	1	8	9	8	60

A primeira observação que pode ser feita é que os auxiliares de enfermagem (100%), seguidos pelas atendentes (77%) são profissionais que citaram o **salário inadequado** como **insatisfação** no trabalho. A seguir, em menor porcentagem vem os serventes (33%) e os médicos (31%).

Como causa de **insatisfação não gosta do que faz**, as porcentagens são relativamente baixas, médico (12,5%) e atendentes (11%).

Com relação as melhores **condições da infraestrutura** como causa de **insatisfação**, os médicos apareceram em primeiro lugar (43,7%) seguidos pelos assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A **interferência da política municipal** causando **insatisfação** entre os profissionais, encontra-se entre os enfermeiros (66%) e a seguir os médicos (43%). A causa já foi relatada anteriormente.

TABELA 20 - Distribuição dos profissionais no Município B segundo cargos e funções por insatisfação no trabalho.

Cargos e Funções	Médico	Enf.	Assist Social	Aux. Enf.	Atend.	Serv.	TOTAL
Insatisfação							
. salário inadequado	19	2	0	4	11	4	40
. não gosta do que faz	3	0	0	0	2	0	5
. melhores condições da infraestrutura	24	3	2	4	13	5	10
. não valorização do trabalho profissional	11	2	1	1	4	1	20
. interferência da política municipal	0	0	0	0	0	0	0
. interferência no trabalho realizado	8	3	0	0	0	0	11
. outros aspectos relacionados ao trabalho	16	3	0	1	3	4	27
TOTAL	81	13	3	10	33	10	150

Observando-se a tabela 20, as categorias profissionais dos auxiliares de enfermagem (100%) e serventes (100%), são os que apresentaram maior **insatisfação** no trabalho **por salário inadequado**, seguidos pelos enfermeiros (66,6%), médicos (61%).

Com relação a **melhores condições da infra estrutura** como **insatisfação** aparecem as categorias enfermeiros (100%), assistentes sociais (100%), auxiliares de enfermagem (100%), seguido pelos médicos (77%).

A **não valorização do trabalho profissional** causando **insatisfação** se encontra em maior número entre os enfermeiros (66%) e assistentes sociais (50%).

Sobre a **interferência no trabalho realizado** como causa de **insatisfação**, aparecem inicialmente os enfermeiros (100%), seguido pelos médicos (25,8%).

TABELA 21 - Distribuição dos profissionais pesquisados no Município A segundo idade e insatisfação no trabalho.

Idade	18 a 24	25 a 34	35 a 45	46 a 59	60 a 65	TOTAL
Insatisfação						
. salário inadequado	5	10	5	1	0	21
. não gosta do que executa	0	2	1	0	0	3
. melhores condições da infraestrutura	1	6	2	1	0	10
. não valorização do trabalho profissional	0	1	0	0	0	1
. interferência da política municipal	0	9	2	0	0	11
. interferência no trabalho realizado	0	1	0	0	0	1
. outros aspectos relacionados ao trabalho	1	7	3	2	0	13
TOTAL	7	36	13	4	0	60

Do resultado apresentado na tabela 21, observa-se que **todos as causas de insatisfação** encontram-se em maior número entre os profissionais de faixa etária de 25 a 34 anos (60%), seguidos pelos de 35 a 45 anos (21,6%). A **insatisfação**, como foi constatado, se deve ao fato dos jovens possuírem uma visão mais dinâmica e inovadora, em relação aos de idade mais avançada. Estes se sentem mais acomodados com a situação existente e, portanto, exigem menos.

TABELA 22 - Distribuição dos profissionais pesquisados no Município B segundo idade e insatisfação no trabalho.

Idade	18 a 24	25 a 34	35 a 45	46 a 59	60 a 65	TOTAL
Insatisfação						
. salário inadequado	6	15	18	4	0	43
. não gosta do que faz	1	2	2	0	0	5
. melhores condições da infra estrutura	5	13	24	7	0	49
. não valorização do trabalho profissional	2	5	7	6	0	20
. interferência da política municipal	0	0	0	0	0	0
. interferência no trabalho realizado	0	9	3	0	0	12
. outros aspectos relacionados ao trabalho	3	12	11	2	0	28
TOTAL	17	56	65	19	0	157

Da tabela 22 pode-se observar que o maior número de profissionais que encontram o **salário inadequado e melhores condições na infra estrutura** está entre a faixa etária de 35 a 45 anos (41%), seguidos por 25 a 34 anos (34%).

Com relação a **não valorização do trabalho profissional** causando **insatisfação**, estão em primeiro lugar os de 35 a 45 anos (35%), seguido pelos da faixa etária entre 46 a 59 anos (30%) e os de 25 a 34 anos (25%).

O maior número de profissionais que encontra **insatisfação na interferência no trabalho realizado** está entre os de faixa etária entre 25 a 34 anos (75%).

Novamente se pode observar o que foi comentado com relação aos profissionais do Município A: quanto mais jovens, mais exigentes e **insatisfeitos**.

TABELA 23 - Distribuição dos profissionais de saúde nos dois municípios segundo instrução e melhoria do serviço.

Município	A		B		TOTAL	
	Instrução N Sup. Sup.		Instrução N Sup. Sup.		Instrução N Sup. Sup.	
Melhoria no Serviço						
. salário	13	4	17	9	30	13
. condições de trabalho	5	11	24	32	29	33
. entrosamento e integração	8	8	21	30	29	38
. política de trabalho	0	8	4	19	4	27
TOTAL	26	31	66	90	92	121

Observando a tabela 23, verifica-se não haver grandes alterações nos dados obtidos através dos profissionais pesquisados com relação a todos os fatores para melhoria do serviço. O fator **condições de trabalho** refere-se à melhoria material e física onde ele é realizado. Com exceção do fator **salário** em que os profissionais de nível não superior acham importante para melhoria do serviço, os outros

fatores todos encontram-se em maior número entre os de nível superior nos dois municípios.

TABELA 24 - Distribuição dos profissionais do Município A segundo cargos e funções e melhoria do desempenho no serviço.

Cargos e Funções	Médico	Enf.	Assist Social	Aux. Enf.	Atend.	Serv.	TOTAL
Melhoria do Serviço							
. salário	3	1	0	5	6	2	17
. condições de trabalho	8	3	0	2	3	0	16
. entrosamento e integração	6	1	1	1	1	6	16
. política de trabalho	5	3	0	0	0	0	8
TOTAL	22	8	1	8	10	8	57

A tabela acima apresenta a categoria funcional dos atendentes (83%), entre os que acham o **salário** um fator importante para a melhoria no desempenho do serviço, seguidos pelos auxiliares de enfermagem (66%).

Com **relação às condições** de trabalho para melhoria do serviço, médicos e enfermeiros representam maior número (50%).

Os atendentes (66%) e os médicos (37%) foram os profissionais que acham o **entrosamento e integração** fatores importantes para melhoria do serviço.

A **política de trabalho** é um fator importante para melhoria do serviço está entre os enfermeiros (37%) e os médicos (31%).

TABELA 25 - Distribuição dos profissionais no Município B segundo cargos e funções e melhoria do desempenho no serviço.

Cargos e Funções	Médico	Enf.	Assist Social	Aux. Enf.	Atend.	Serv.	TOTAL
Melhoria do Serviço							
. salário	6	3	1	4	9	3	26
. condições de trabalho	27	3	1	3	20	1	55
. entrosamento e integração	23	3	2	2	12	3	45
. política de trabalho	15	3	1	2	2	0	23
TOTAL	71	12	5	11	43	7	149

Observa-se na tabela acima que os enfermeiros (100%) e os auxiliares de enfermagem (100%) encontram no **salário** um fator para melhoria do serviço, seguidos pelos **serventes** (75%).

Com relação às **condições de trabalho** para melhoria do serviço, encontram-se primeiramente os **enfermeiros** (100%), depois os **médicos** (87%), os **auxiliares de enfermagem** (75%) e os **serventes** (71%).

O fator **entrosamento e integração** para melhoria no desempenho do serviço aparece entre os enfermeiros (100%), assistentes sociais (100%), serventes (75%) e médicos (74%).

Com relação à **política de trabalho** estão os enfermeiros (100%), assistentes sociais (50%) e auxiliares de enfermagem (50%) que acham esse fator importante para a melhoria no desempenho do serviço.

TABELA 26 - Distribuição dos profissionais do Município A segundo idade e melhoria no desempenho do serviço.

Idade	18 a 24	25 a 34	35 a 35	46 a 59	60 a 65	TOTAL
Melhoria do Serviço						
. salário	4	8	4	1	0	17
. condições de trabalho	1	8	5	2	0	16
. entrosamento e integração	2	7	5	2	0	16
. política de trabalho	0	7	0	1	0	8
TOTAL	7	30	14	6	0	57

Observa-se na tabela 26 que os fatores salário, infra estrutura do local de trabalho, entrosamento e integração e política de trabalho, encontram-se em primeiro lugar por parte dos profissionais entre 25 e 34 anos, que os consideram importantes para melhoria no desempenho do serviço. Em seguida, vem os de faixa entre 35 a 45 anos.

TABELA 27 - Distribuição dos profissionais no Município B segundo idade e melhoria no desempenho do serviço.

Idade	18 a 24	25 a 34	35 a 35	46 a 59	60 a 65	TOTAL
Melhoria do Serviço						
. salário	4	11	10	1	0	26
. condições de trabalho	3	19	26	8	0	56
. entrosamento e integração	8	16	22	5	0	51
. política de trabalho	1	11	7	4	0	23
TOTAL	16	57	65	18	0	156

Na tabela 27 observa-se o salário como condição para melhoria do desempenho do serviço, em maior número entre os profissionais de faixa etária de 25 a 34 anos (42%), seguidos dos profissionais entre 35 a 45 anos (38%).

Os fatores infra estrutura do local de trabalho e entrosamento e integração para melhoria do serviço, ficaram entre os de 35 a 45 anos, seguido pelos de 25 a 34 anos. A política de trabalho como fator motivacional

para melhoria do desempenho do serviço está entre os que possuem 25 a 34 anos.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES

1. A constatação de haver uma sobrecarga de trabalho do profissional médico nos dois Municípios, pode ser um dos fatores de insatisfação dessa categoria.

2. Há uma grande discrepância entre o número de médicos e os demais profissionais da saúde.

3. A grande maioria do pessoal que trabalha nos dois Municípios não gostaria de mudar de local de trabalho e se sente realizado.

4. Pelo fato de predominar maior número de jovens entre os profissionais de saúde e estes se sentirem mais insatisfeitos do que os de mais idade, este fator sugere um estudo a fim de se poder analisar melhor e saber o que os profissionais mais jovens esperam do local de trabalho.

5. O contrato de terceiros para os serventes não satisfaz às necessidades numéricas e qualitativas do serviço.

6. A distância existente entre o local de trabalho e o poder decisório dificulta as relações de trabalho e, conseqüentemente, gera maior insatisfação entre os profissionais de saúde.

7. A interferência da política municipal no trabalho demonstrou ser prejudicial entre os profissionais de saúde, notadamente os de nível universitário, sendo uma das causas de insatisfação.

8. Os fatores que mais interferem na satisfação no trabalho são:

- Bom relacionamento no ambiente de trabalho.
- O fato de desempenhar as atividades que gostam.

Foram identificados os seguintes fatores de insatisfação:

- Salário não satisfatório.
- Condições de infra-estrutura inadequadas para a realização do trabalho.
- Não valorização do trabalho profissional.

- Interferência do poder decisório no trabalho.
- Interferência da política municipal.

9. O grau de percepção é mais acentuado, principalmente entre os profissionais de nível universitário, onde foi detectado maior grau de insatisfação. Sugere-se que a política de recursos humanos deva ser revista principalmente no Município B.

10. Da comparação entre os Municípios de portes distintos, conclui-se que, maior grau de satisfação está naquele de pequeno porte e, se deve ao fato dos profissionais de saúde terem maior liberdade de ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ADAMS, J.S. **Organizacional behaviour foundation for organizational effectiveness.** Chicago, Kent Publ. Co., 1982.
02. ALUTTO, J.A. et al. **Decisional participation and sources of job satisfaction: a study of manufacturing personnel.** *Acad. Mgmt J.*, 17 (5):160-7, 1974.
03. ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA. **Projeto Cotia; relatório anual de atividades de 1979.** Cotia, 1979.
[mimeografado]
04. ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE COTIA. **Projeto Cotia; relatório anual de atividades de 1980.** Cotia, 1980.
[mimeografado]
05. BASTOS, N.B.C. **Programa de formação de recursos humanos para a saúde.** Brasília, 1987. [mimeografado].
06. BEALTY, R.W. et al. **Personnel administration: an experimental.** New York, Mac Millan Publ. Co.Inc., 1970.

07. BOK, D.C. Reflections of the distinctive charater of american labor laws. Boston, Ed. Harvard Law Review, 1971.
08. BRASIL. Constituição 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
09. BRASIL. Leis, etc. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975: dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1975.
10. BRASIL. Leis, etc; Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987: Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS, nos Estados. Brasília, Ministério da Saúde e Previdência Social, 1987.
11. CARVALHO, L.F. Projeto Itapecerica: níveis de assistência à saúde. Rev. paul. Hosp., 35(4):99-106, 1987.
12. CODA, R. Satisfação no trabalho e características das políticas de recursos humanos para executivos. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado - Faculdade de Economia e Administração da USP]

13. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4a, Rio de Janeiro, 1967.
Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1968.
14. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DA SAÚDE (CONASS). A questão de saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático. Apresentado na Reunião do CONASS, 180, Belo Horizonte. out. 1984, 15-18 [mimeografado]
15. CORDEIRO, H. A reforma sanitária: Bases e estratégias organizacionais para a descentralização e unificação do Sistema de Saúde. INAMPS, 1987. [Documento para discussão - mimeografado].
16. CORVINO, M.R. et al. Recursos humanos. Rev. paul. Hosp., 35(10/11/12):48-53, 1986.
17. DIMARCO, N. Life style, work group, structure compability and job satisfaction. Acad. Magmt J. 18:(4):313-322, 1975.
18. DOLCINI, H. Recursos humanos para salud: su estructura y distribución. Washington, Organizacion Panamericana de la Salud, 1985.

19. DOWNEY, H.K. et al. Analysis of relationship among leader behaviour. Acad. Magmt J., 52 (3):158-67, 1982.
20. DOWNEY, H.K. et al. Congruence between individual needs, organizational climate, job satisfaction. Acad. Magmt J. 32(8):149-55, 1975.
21. DUBRIN, A.J. Personnel and human resources management. Chicago. D.Van Nostrand Company, 1987.
22. FLEURY, M.L. et al. Processo e relações do trabalho no Brasil. São Paulo. Ed. Atlas, 1985.
23. FONSECA, A.S. et al. Plano da CONASP; reorientação da alocação de recursos do Plano do CONASP, tendências e perspectivas da rede hospitalar privada. Brasília, 1984. [mimeografado]
24. FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO. Problemática dos recursos humanos em saúde no Estado de São Paulo. São Paulo, 1986.
25. FURTADO, A. A descentralização industrial. São Paulo. Fundação Sistema Estadual e Análise de Dados - SEADE, 1986.

26. GIRARDI, S.N. O perfil do empregado em saúde no Brasil. *Cad. Saúde públ.*, 2 (4):423-39, 1986.
27. GREENE, C.N. The satisfaction performance controversy in readings organizational: behaviour and performance. Chicago, Goodyear Publ. Co., 1980.
28. HERBERT, T.T. Dimension of organization behaviour. New York, Millan Publ. Co.Inc., 1981.
29. HERZBERG, F. et al. Institucional change, career mobility and job satisfaction. *Adm. Sci. Quart.*, 2 (23):318-27, 1978.
30. IBÁÑEZ, N. Sistema local de saúde de Cotia: estudo de caso. São Paulo, 1990. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
31. KASSLOW, E.M. Trade unions and industrial relations: international comparasion. New York, Ed. Rand House, 1969.
32. KROEGER, A. Health interview surveys in developing contries: a review of the methods and results. *Int. J. Epidem.*, 12 (4):465-79, 1983.

33. KUGELMAS, E. Políticas públicas na administração paulista: 1946/1977. *Cad. FUNDAP*, 5 (9):30-43, 1985.
34. LAWLER, E.E. et al. *Predicting management*. New York, McGraw Hill. Book, 1975.
35. LAWLER, E.E. *Pay and organizational effectiveness: a psychological view*. New York, McGraw Hill, 1971.
36. LOCKE, E.A. *Nature and causes of job satisfaction in handbook of industrial and organizational psychology*. New York, Rand Mac. Nally College Publ. Co., 1976.
37. LOCKE, E.A. *What is job satisfaction organizational behaviour and human performance*. Boston, Rand Mac. Nally College Publ. Co., 1969.
38. LOVERIDGE, R. What is participation a review to the literature and some methodological problems. *Brit. J. indust. Relat.*, 8 (5):225-38, 1980.
39. MACEDO, C.G. Recursos humanos para a saúde. *Rev. Adm. públ.*, 13 (4):79-94, 1979.

40. MACEDO, C.M. Recursos humanos. In: Congresso Brasileiro de Higiene, 19^o / Congresso Paulista de Saúde Pública, 1^o, São Paulo. Anais p. 61-73.
41. MATOS, R.A. Administração de recursos humanos: a estratégia social das organizações públicas. Rev. execut. Porto Alegre, 8 (29):38-82, 1985.
42. MEDICI, A.C. Notas sobre política nacional de recursos humanos em saúde. In: Estudo sobre recursos humanos em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1983. p. 92-103. [mimeografado]
43. MEDICI, A.C. Estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1987. (Texto de Apoio de Recursos Humanos em Saúde, nº 159).
44. MENDES, E.U. Reordenamento do sistema nacional de saúde: visão geral. In: Conferência Nacional de Saúde, 8^a, Brasília, 1986. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1987. p. 265-96.
45. MENDES, E.U. Sistemas locais de saúde. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1988. [mimeografado]

46. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de atividades e desenvolvimento do PIASS até julho de 1980.** Brasília, 1981. [mimeografado]
47. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciário. (CONASP). **Reorientação da assistência médica no âmbito da previdência social.** Brasília, 1983.
48. MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Programa nacional de serviços de saúde.** Brasília, 1980.
49. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recursos humanos para serviços básicos de saúde.** Brasília, 1982.
50. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Recursos Humanos. **Recursos humanos para serviços básicos de saúde, formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde.** Brasília, 1964.
51. MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Programa de preparação estratégica de pessoal de saúde.** Brasília, 1976. [mimeografado].

53. NEFFA, J.C. Que son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propostas de una nueva perspectiva. Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1988.
54. NOGUEIRA, R.P. A dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1986.
55. NOGUEIRA, R.P. A força do trabalho em saúde. Rev. de Adm. publ., 17 (3):61-70, 1983.
56. NOGUEIRA, R.P. et al. Recursos humanos en salud de las américas. Educ. med. Salud., 20 (3):295-322, 1986.
57. NOGUEIRA, R.P. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1983 (Texto de apoio de recursos humanos).
58. NOGUEIRA, R.P. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: Nunes, E.D. As ciências sociais em saúde na América Latina. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1987. p.141-152.
59. ORGAN, L. et al. Organizational behaviour and aplied psychological approuch. Behav. Sci., 38:243-63, 1987.

60. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Desarrollo y fortalecimientos de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud.** Washington, 1989.
61. PADILHA, D.L. **Cooperativismo que deu certo.** São Paulo, Cooperativa Agrícola de Cotia / Cooperativa Central, 1989.
62. PASOS, R.B.P. Recursos humanos en salud en las américas. **Educ. med. Salud**, 20 (3):295-322, 1986.
63. PASTORE, J. et al. **A administração do conflito trabalhista no Brasil.** São Paulo, Instituto de Pesquisas Econômicas, 1987.
64. PINOTTI, J.A. Uma revolução necessária na saúde. **Rev. paul. Hosp.**, 35 (10/12):4-9, 1990.
65. POSSAS, C.A. Descentralização e democralização do sistema de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1987. **Anais.** Brasília, Ministério da Saúde, 1987. p.235-251.

66. POSSAS, C.A. et al. Subsídios à análise política das propostas de integração entre as instituições públicas de saúde. *Rev. bras. Educ. méd.*, 8 (2):83-89, 1984.
67. PRANDI, J.R. Os favoritos degradados: ensino superior e profissões de nível universitário no Brasil hoje. São Paulo, Ed. Loyola, 1982.
68. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Relatório anual de atividades da Secretaria de Saúde, 1990. São José dos Campos., 1991 [mimeografado]
69. PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGEM GRANDE PAULISTA. Relatório anual de atividades do Departamento de Saúde, 1990. Vargem Grande Paulista, 1991. [mimeografado]
70. QUADRA, A.A.F. et al. A formação de recursos humanos. In. Guimarães, R. Organização saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro, 1978 p. 87 (Série Saúde e Saneamento).
71. SAUVEUR, G.G.A. A reforma administrativa federal dos anos 60 e seus desdobramentos em São Paulo. *Cad. FUNDAP*, 3 (7):66-71, 1983.

72. SAYEG, M.A. Correlações numéricas entre médicos e outros profissionais de nível superior. Rio de Janeiro, 1976. [Trabalho apresentado à III Conferência Panamericana de Educação Médica e XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica - [mimeografado]
73. SCHREGLE, J. Comparative industrial relations: pitfalls and potential. *Labour Rev.*, 120 (1):325-27, 1981.
74. SCHULTZ, T.W. O capital humano, investimentos em educação e pesquisa. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1973.
75. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Programa de educação continuada SUDS/SP; classe descentralizada. São Paulo, 1989. [mimeografado]
76. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Programa metropolitano de saúde. São Paulo, 1984. [mimeografado]
77. SHEPPARD, H.L. et al. Where have all the robots zone? New York, , *Free Press*, 9 (84):150-75, 1972.
78. SILVA, P.L.B. A política no Brasil e suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de síntese. *Cad. FUNDAP*, 3 (7):4-9, 1983.

79. SMITH, K. & HULIN, T. The measurement of satisfaction in work and retirement. *Appl. Psychol*, 3 (62):427-79, 1979.
80. SONIS, A. Bases para la formación de una política de recursos humanos a nível nacional. Ottawa. Oficina Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, 1973.
81. TEJADA, R.D. Los processos de planificación de salud en America Latina; Conferência Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud. Ottawa, Organização Panamericana da Saúde, 1973.
82. TURNER, A.N. et al. *Industrial jobs and the worker*. Boston. Harvard University Graduate School of Business Administration, 1965.
83. WALLACE, JR. et al. *Managing behaviour in organizations*. Michigan, School Foresman and Company., 1982.
84. WEISMAN, C.S. et al. Professional satisfaction and client outcomes: a comparative organizational analysis. *Med. Care*, 23 (10):1179-92, 1985.

85. WOFFORD, J.C. **Leadership and organizational: a behavioral science approach.** New York, McGraw Hill Book Co., 1982.
86. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Motivation and health service performance.** Geneve, 1988. (WHO/EDUC/88.196)

ANEXOS

**PESQUISA: COMPARAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE
SAÚDE**

QUESTIONÁRIO

Prezado(a) Senhor(a):

1. Este é um questionário que faz parte de uma pesquisa que estou realizando sobre a força de trabalho em serviços de saúde, construído a partir dos resultados já obtidos de um pré-teste, respondido por alguns servidores do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza da FSP/USP.
2. Você foi escolhido por sorteio para responder a este questionário, juntamente com cerca de 80 colegas. Das respostas obtidas, vai depender a qualidade de minha pesquisa.
3. Você deve responder a algumas perguntas anotando com um "X", e outras escrevendo de forma clara.
4. Todas as respostas serão mantidas em segredo.

Agradeço antecipadamente sua colaboração

Vitória Kedy Cornetta

Assistente

QUESTIONÁRIO

I- IDENTIFICAÇÃO:

Município:

Nome (iniciais):

Local de trabalho:

Cargo ou função legal:

II- PERFIL:

01- Idade:

18 a 24 ()

25 a 34 ()

35 a 45 ()

46 a 59 ()

60 ()

02- Sexo:

masculino ()

feminino ()

03- Instrução:

primário incompleto ()
primário completo ()
primeiro grau incompleto ()
primeiro grau completo ()
segundo grau incompleto ()
segundo grau completo ()
superior incompleto ()
superior completo ()
outros cursos (especificar até dois cursos) :
.....

04- Ocupação anterior:

serviço público ()
serviço particular ()
por conta própria ()
outros (especificar)
.....

05- Ocupação do pai (profissão):
.....

06- Ocupação da mãe (profissão):
.....

07- Forma de provimento:

celetista ()

efetivo ()

temporário ()

outro (especificar):

.....

08- Jornada de trabalho:

20 horas semanais ()

30 horas semanais ()

40 horas semanais ()

outros (especificar):

.....

III- MODALIDADE FUNCIONAL**09- Onde foi admitido originalmente?**

Município ()

Estado ()

INAMPS ()

Outros ()

10- Quando foi admitido, houve concurso ou seleção?

Sim ()

Não ()

11- Para que função foi admitido?

.....
.....

12- Há quanto tempo?

.....
.....

13- Atualmente encontra-se no mesmo lugar?

Sim ()

Não () (se não, responder a questão seguinte)

14- Qual a função atual?

Em que órgão?

.....
.....
.....

IV- GRAU DE SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO NA REALIZAÇÃO DE SEU TRABALHO

20- Você gostaria de poder trabalhar em outro local?

não ()

gostaria em outro local

da instituição ()

gostaria em outra instituição () Qual?

não sei () Por que?.....

.....

21- Qual seria a sua reação ao saber que sua chefia imediata será mudada?

detestaria ()

não gostaria ()

gostaria ()

indiferente ()

22- Qual ou quais são as principais causas de sua satisfação em seu trabalho?

.....

.....

.....

18- Você tem subordinado?

Sim ()

Não ()

Em caso de afirmativo indique o número e função de seus subordinados:

no.	função
.....	
.....	
.....	
.....	

19- A instituição patrocinou algum curso para melhoria de seu serviço? (especificar)

.....

duração em horas

época (data)

instituição(ões) que ofereceu o curso

.....

Em caso negativo, por que?

.....

15- Descreva o trabalho que você faz diariamente na atual função.

.....

16- Salário atual:

Você pode informar qual aproximadamente é o seu salário?

	bruto	líquido
salário base		
adicional por tempo de serviço		
adicional de insalubridade		
gratificação		
outros (especificar)		
.....		
		

17- O seu horário de trabalho é:

adequado ()
 +/- adequado ()
 inadequado () por que?

23- Qual ou quais as principais causas que trazem
insatisfação em seu trabalho?

.....

.....

24- O que você acha que poderia melhorar no seu
ambiente de trabalho?

.....

.....