**Satisfação profissional
dos cirurgiões-dentistas envolvidos na atenção
básica do
município de São Bernardo do Campo**

Valquíria de Souza Djehizian

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vitória Kedy Cornetta

São Paulo
2008

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

49717/2008 doc

“As pessoas que vencem neste mundo são as que procuram as circunstâncias de que precisam e, quando não as encontram, as criam.”
Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Vitória Kedy Cornetta, orientadora desta tese, professora e amiga verdadeira, pela sua acolhida, disponibilidade, consideração, seriedade e empenho profissional na realização deste trabalho, meu mais profundo agradecimento.

À Professora Doutora Aracy Witt de Pinho Spínola, por seu acompanhamento até o exame de qualificação desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Paulo Frazão pelas sugestões na pré-banca que muito me auxiliaram para a conclusão deste trabalho.

À Prof Dra Claudia Maria Bógus pelas sugestões durante a pré-banca.

À Profa. Dra. Simone Ribeiro Spinetti pelas correções do trabalho durante a pré-banca.

À Profa. Dra. Valéria Castilho pelo parecer na fase de pré-banca.

À amiga Célia Regina Sanches pelas sugestões no processo final de análise do estudo e coleta dos dados desta tese.

À amiga Kristianne Porta pelo apóio na fase final do trabalho.

Aos colegas odontólogos, da Prefeitura do município de São Bernardo do Campo, que participaram diretamente da coleta de dados deste trabalho.

Aos meus pais e amigos Neyde Lopes de Souza e Celso Sebastião de Souza, que com muita competência e carinho acompanharam-me nesta trajetória para que esta tese se concretizasse.

Ao Minas Djehizian, esposo e companheiro de toda minha jornada profissional, com seu carinho, compreensão e dedicação, muito contribuiu para a realização deste trabalho.

Aos meus filhos Ricardo Krikor e Fernanda, pelo incentivo e carinho que muito contribuíram para o cumprimento desta etapa.

Agradeço a Deus pela oportunidade de estudar, num país em que tão poucos têm esta felicidade.

RESUMO

Djehizian VS. Satisfação Profissional dos Cirurgiões-Dentistas Envolvidos na Atenção Básica do Município de São Bernardo do Campo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Introdução-Estudo sobre a Satisfação dos cirurgiões-dentistas lotados nas Unidades Básicas de Saúde da rede pública do município de São Bernardo do Campo. **Objetivo-** Identificar os fatores motivacionais e a satisfação profissional dos cirurgiões-dentistas que participam da “atenção primária” nas Unidades Básicas de Saúde, do município de São Bernardo do Campo. Como objetivo específico: Identificar os possíveis fatores motivacionais implicados no Promi (Programa de Odontologia Materno-Infantil), que possam ajudar a prática da promoção da saúde por parte dos dentistas locados nas Unidades Básicas de Saúde. **Métodos-** A análise do estudo é Análise de Conteúdo de Bardin, que trabalha com a materialidade lingüística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação. O estudo utiliza o conceito de Representações Sociais que nos possibilita a compreensão do significado da motivação no trabalho dos cirurgiões-dentistas que fazem parte da equipe de saúde bucal que pratica programas de promoção de saúde e curativo junto à comunidade, mostrando a possível satisfação e pessoal a partir das necessidades motivacionais apontadas por Alderfer, (1969). Foi utilizado, um Instrumento de Coleta de Dados, a partir dos três níveis de necessidades considerados por esta teoria: Existência, Relacionamento, Crescimento. Para a realização da pesquisa foi eleito um plano amostral de oito sujeitos que fazem parte do quadro de dentistas da rede pública do município de São Bernardo do Campo. A pesquisa se deu a partir de entrevista semi-estruturada e a primeira parte da coleta de dados obteve dados pessoais para caracterizar o universo. A segunda parte visava identificar a satisfação das necessidades motivacionais a partir de 20 itens que integravam os três constructos elaborados com base na teoria referida. **Resultados-** Para o primeiro nível de necessidade, à Existência, foram trabalhadas as questões salariais, estabilidade e segurança. No nível Relacionamento foram operacionalizados os itens respeito, valorização, educação, qualidade de vida, equipe, identificação. Para o terceiro nível, Crescimento, os itens apontados foram: excelência, recursos humanos, preconceitos, incentivo à pesquisa, qualificação profissional. **Conclusão-** Os discursos analisados mostraram que os dentistas sentem-se mais valorizados quando participam ativamente de programas de promoção de saúde, porque interagem com outros profissionais da equipe, enquanto a prática curativa parece demandar uma qualidade do serviço que não os satisfazem plenamente como profissionais.

Descritores: Satisfação profissional; serviço público; dentistas.

Abstract

Djehizian VS. Professional Satisfaction of Dentists Providing Basic Care in São Bernardo do Campo, [thesis]. São Paulo(BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008

Introdução-This is the study about the satisfaction of dentists at Basic Health Units in São Bernardo do Campo. **Objective**- To identify the motivational factors and level of professional satisfaction of dentists providing “primary care” at Basic Health Units in São Bernardo do Campo, Brazil. Specific objective: To identify possible motivational factors related to the Maternal and Child Dental Program (Promi) that may contribute to the practice of health promotion by dentists working at Basic Health Units. **Methods**- Data analysis was performed according to Bardin’s Content Analysis, which deals with the linguistic materiality through the empirical conditions of the text, establishing categories for its interpretation. The concept of social representation was used in this study. This concept provides insights to our understanding of the work motivation of dentists who are members of an oral health care team, which brings health promotion and curative programs to the community, showing possible personal satisfaction based on motivational needs as proposed by Alderfer (1969). The data collection tool used was based on the three need levels considered by this theory: Existence, Relatedness and Growth. A sample of 8 dentists was selected from the municipal health services of São Bernardo do Campo. The research was conducted using semi-structured interviews, and personal data was collected in a first stage in order to characterize the population of individuals. The second stage of data collection consisted in the identification of the level of satisfaction of motivational needs, evaluating 20 items from the 3 constructs, which were developed based on the aforementioned theory. **Results**- In the first need level, Existence, the topics covered were salary issues, job stability and job security. In the Relatedness level, the items respect, praise, education, quality of life, teamwork and recognition were assessed. In the third level, Growth, the items included were: achievement, human resources, prejudice, research motivation and professional qualification. **Conclusion**- The discourses analyzed in this research showed that the dentists feel valued when actively participating in health promotion programs, because they interact with other professionals who are members of the team, while curative practices seems to demand a quality of service that did not give them full professional satisfaction.

Descriptors: Professional satisfaction; Public services; Dentists

Lista de Quadros

pg

Quadro1: Hierarquia de MASLOW, de ALDERFER e fatores de HERZBERG	25
Quadro 2: Teorias de Edwin Locker, Eqüidade, Victor Vroom	32

Índice

I. INTRODUÇÃO	8
I.1. Motivação	11
I.1.a Evolução histórica: Motivação	14
I.1.b Motivação: abordagem Freudiana	16
I.1.c A motivação como problema individual	17
I.1.d Teorias Motivacionais	18
I.1.e Teoria da Motivação Humana de Maslow	19
I.1. f Teoria de Clayton Alderfer (1969)	23
I.1.g Teoria de Frederick Herzberg: Teoria dos Dois Fatores	24
I.1.h Teoria da Determinação de Metas de Edwin Locke	26
I.1.i Teoria da Equidade	26
I.1.j Teoria da Expectativa de Victor Vroom	28
I.1.l Condições Adversas à Motivação	32
I.2 Satisfação	34
I.3 Trabalho em Equipe: Motivação, Integração e Interatividade	37
I.4. Trabalho	40
I.4.a Taylorismo	49
I.4.b Fordismo	56
I.4.c A Nova Economia Mundial e a Reestruturação Produtiva Toyotismo	68
I.4.d Gestão do Trabalho na Saúde	75
I.4.e Importância da Gestão do Trabalho	82
I.4.f Especificidades do trabalho em saúde	86
II. JUSTIFICATIVA	93
III. OBJETIVOS	107
IV. MÉTODO	102
IV.1. Seleção Da Casuística	108
IV.2. Processo De Mensuração E Coleta De Dados	114
IV.3. Elaboração Do Instrumento De Coleta De Dados	114

IV.4. Considerações Ligadas À Validade Do Instrumento De Pesquisa Delineado: Análise Teórica Dos Itens	117
IV.5. A Coleta De Dados	119
V. RESULTADOS e DISCUSSÃO	121
V.1. Caracterização da população de servidores	121
V.2 Processo de Mensuração e Coleta de Dados	
V.3. Elaboração do Instrumento de Coleta de Dados	85
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
VII. REFERÊNCIAS	183
ANEXOS	

I. INTRODUÇÃO

O processo de construção do ser humano é permeado pelo trabalho desde a sua infância. A criança observa os valores de atividades profissionais nos contextos com os quais interage, ensaia papéis profissionais em suas brincadeiras, descobre progressivamente suas habilidades e interesses e desenvolve valores em relação ao mundo que, influenciarão na sua escolha profissional. (GROSSEMAN, 2001)

A representação do trabalho pode ter uma infinidade de significados, a saber: sobrevivência, status, prestígio social, poder, prazer, fonte financeira.

O prazer vem como situação ideal a ser conquistada, estado de plenitude, quase sempre imaginário, como tendo existido anteriormente.

Sendo assim, para atingir o prazer é preciso que o sujeito esteja em uma condição estável em relação as suas necessidades, desejos e interesses. Então é praticamente uma situação de subjetividade, deixando o sujeito sempre numa posição faltosa em relação aos objetos de investimento. As concepções de sujeito e de prazer formam um par ligado pela situação de falta e de busca de realização nunca atingida. (SANTOS-FILHO & BARROS, 2007)

Quando se fala das relações saúde–trabalho, DEJOURS (1997) afirma que o trabalho prazeroso é aquele no qual cabe ao trabalhador parte importante de sua construção.

Algumas profissões representam desejos individuais e coletivos. O profissional da saúde, de maneira geral, apresenta este cunho altruísta, por lidar com o cuidado da vida dos seres humanos. Dentro deste contexto, muitas vezes esta idéia está atrelada a prestígio e poder. (FANTINO, 1983)

Tem se observado que a realidade do trabalho do cirurgião-dentista, assim como outras profissões, se modifica por conta das transformações do mundo pós-moderno. Nesse sentido, as mudanças econômicas, sociais e culturais acarretam a reestruturação dos sistemas organizacionais.

De forma geral o dentista tem perdido sua autonomia, tornando-se subordinado a outras organizações públicas ou privadas, submetendo-se a condição de assalariado para manter um rendimento e consequentemente um padrão social. (GROSSEMAN, 2001)

Pode-se dizer que estas mudanças interferem na satisfação profissional, não só em relação ao trabalho que exerce, mas também nas representações que ele tem dos significados de sua profissão.

Portanto, para compreensão da satisfação do ser humano com o seu trabalho, é importante consignar que este apresenta uma dimensão objetiva, ou seja, refere-se à qualidade das atividades e ambiente físico do trabalho, e uma dimensão subjetiva que traduz nos valores que o profissional confere à qualidade da sua atividade desempenhada.

Desta forma, surge a pergunta:

Quais são os possíveis fatores motivacionais para o cirurgião-dentista que faz parte da equipe de saúde bucal da Unidade Básica de Saúde do Município de São Bernardo do Campo?

No mundo globalizado constata-se mais facilidade para a inserção de capital financeiro, capital intelectual e tecnologia aos negócios, fato que altera o equacionamento comercial e a competitividade. (RUBERY, 2005)

Segundo RUBERY, (2005) a gestão de empresas e as tarefas estão sendo afetadas de modo radical pela globalização e tecnologia a ela relacionada. Tem-se possibilidade da empresa virtual, do trabalho à distância, da homogeneização das tarefas de profissões distintas no teclado do computador e da diminuição significativa do trabalho manual.

A carreira cresce como mobilidade entre tarefas e missões mais complexas, deixando de ser a ascensão na escala hierárquica. O gerenciamento aparece como autogerenciamento, às relações de trabalho ganham mais autonomia porque estão menos dependentes de contratos formais e mais relacionadas à imprevisibilidade e flexibilidade. A regulação gerencial externa é substituída pelo autocontrole, às estruturas por equipes interdependentes e polivalentes e a estabilidade do vínculo empregatício não é mais algo que interesse ao trabalhador nem à empresa. (MALVEZZI, 2000)

Assim, RUBERY, (2005) relata que a reinstitucionalização do trabalho é outra questão da globalização, e ainda advém do campo das carreiras. O autor diz que possivelmente caminha-se para uma institucionalização individualizada do trabalho.

MALVEZZI, (2000) diz que a Psicologia Organizacional tem diante de si um grande desafio: Reformular sua agenda de interesse, dirigindo-se para questões que refletem os mecanismos fundamentais que atuam na investigação de projetos de carreira, identidade profissional, contratos psicológicos, compromisso, qualidade de vida e crescimento psicológico.

A autonomia pela qual tantos psicólogos e trabalhadores lutaram por muitas décadas, coloca-se agora como um imperativo, como forma de sobrevivência do próprio trabalhador, no seu novo papel de agente econômico. (RUBERY, 2005)

Somos diferentes dos animais porque temos autonomia, liberdade e livre arbítrio. Assim, nós é que controlamos tudo isso. O trabalhador pode decidir não trabalhar mais para aquela organização. Então, a psicologia tem que explicar este fenômeno. (MALVEZZI, 2000)

A partir destas questões, pode-se então, se pensar na motivação humana e explicar os conceitos relativos a ela com diversas teorias.

O termo motivação é usado comumente para designar um problema do indivíduo de forma isolada. Entretanto, para compreender a motivação no

trabalho faz-se necessário conhecer as causas pelas quais é ativado, bem como a forma de ação e direção da mesma, é importante ressaltar que, para se compreender tal fato as teorias motivacionais tentam abordar as definições da natureza humana, do trabalho e da função, tanto no nível do indivíduo, quanto na sociedade. (MALVEZZI, 2000)

I.1. MOTIVAÇÃO

A sintaxe do desempenho no trabalho tem muitos elementos para serem analisados. Neste estudo, será feita uma abordagem, da questão da motivação humana no trabalho.

Para falar de motivação humana é importante colocar que a psicologia lida de três maneiras com esta situação: necessidade, valor e desejo. (CASADO, 1998)

A autora ainda relata que ao se falar de necessidade, é preciso lembrar da privação que os indivíduos podem ter para sua sobrevivência. Exemplo: privação da água, privação do afeto.

Quando se trata de valor, se fala de priorização das situações envolvidas, hierarquia de preferências.

Por último o desejo, que segundo a psicanálise, nada mais é que uma maneira individualizada de percepção da realidade, totalmente voltada para a subjetividade. (AGUIAR 1984)

Partindo do questionamento de quais são as influencias que as ferramentas implicadas na motivação humana no trabalho provocam no desempenho profissional, será feita uma abordagem teórica, mostrando as diferentes teorias motivacionais e suas relações com o desempenho no trabalho.

Ao estudar este tema, é preciso compreender esse fenômeno e a forma pela qual as teorias motivacionais o abordam. Dessa maneira, é fundamental o conceito da natureza humana, da definição de trabalho e da função desempenhada, quer seja no nível do indivíduo, quer seja na sociedade.

Quantos gestores ouviram de seus superiores a frase: “Você tem que motivar seus subordinados!” (CASADO, 1998:6)

Assim, quando se fala de motivação a primeira pergunta que se faz é: Como se consegue motivar? Para responder esta questão é importante que se entenda primeiro o conceito de motivação. A definição pode ser muito simples: “a força ou o impulso que leva os indivíduos a agirem de uma forma específica” (MAITLAND, 2001:7). Entretanto, é importante analisar as teorias motivacionais antes de se colocar em prática qualquer uma delas.

Em sentido mais amplo, na psicologia, motivação é “uma modificação do organismo que o faz mover-se, até que se reduza essa modificação” (CASADO 1998:7).

“Motivação é definida como impulso à ação. É também traduzida como necessidade ou tendência”. Desta forma, a frase “você tem que motivar seus funcionários!” perde o uso prático, porque diante desta definição, torna-se impossível de realização. (PIERON,1964; ARCHER, 1997, apud CASADO, 1998:7).

É comum, na prática, confundir o conceito de estímulo com o de motivação, embora sejam correlatos. O estímulo ou incentivo é extrínseco ao indivíduo, enquanto a motivação é interna. Ninguém motiva ninguém, é o próprio indivíduo que se motiva. O que fazemos é estimular. Se o estímulo apresentado for adequado, isto é, se ele corresponder à necessidade interna, a pessoa se motiva. (CASADO, 1998)

CASADO, (1998) ainda diz, todo indivíduo tem necessidades que tendem ao objeto (estímulo) capaz de satisfazê-las. A necessidade quando

ainda não satisfeita gera tensão que é a energia acumulada. A personalidade envolve energia, conforme princípio aceito por praticamente todas as escolas de psicologia. A tensão ou energia acumulada se converte no impulso que leva o indivíduo a buscar o objeto ou estímulo que satisfaz a sua necessidade.

SPECTOR (2002) pontua que a motivação pode ser vista por duas perspectivas:

1) Direção, ou seja, escolha de comportamentos específicos dentro de uma série de comportamentos possíveis;

2) Intensidade, explicando o esforço empenhado na realização da tarefa, e na persistência, em um contínuo engajamento num determinado tipo de comportamento ao longo do tempo.

LEONTIEV (2006) afirma que uma personalidade diferente com um destino diferente é criada quando o motivo-objeto principal é elevado a um nível verdadeiramente humano e não enfraquece o homem, mas junta sua vida com a vida das pessoas, com o seu bem. Dependendo das circunstâncias que estejam determinadas ao ser humano esses motivos de vida podem adquirir um conteúdo muito diferente e um significado objetivo diferente, porém só eles são capazes de criar uma justificativa psicológica interna para sua existência, que envolve o sentido e a felicidade da vida.

LEVY-LEBOYER (1994) apud BERGAMINI (2005), afirma que o verbo motivar não pode ser usado sem complemento. Sendo assim algumas empresas cometem o erro de solicitar pessoal motivado, como se isso significasse qualidade permanente e distribuída de forma homogênea. Afirma ainda, que não existe o pequeno gênio da motivação que transforma cada ser humano em trabalhador zeloso, ou os condena a ser o pior dos preguiçosos. Comenta também que a desmotivação não é defeito de uma geração, nem uma qualidade pessoal, pois está ligada a situações específicas. Um indivíduo aqui será diferente em outro lugar.

I.1.a EVOLUÇÃO HISTÓRICA: MOTIVAÇÃO

Estas mudanças acarretaram alterações nos padrões exigidos para a eficiência e o retorno dos investimentos, trazendo transformações nas relações de trabalho. Essas mudanças originaram uma filosofia de gestão diferente da que vinha sendo usada. Fatores extrínsecos substituíam os intrínsecos e surgiu a administração científica. (STEERS e PORTE, 1975 apud CASADO, 1998).

A administração científica, fundamentada em um modelo caracterizado como tradicional e definido por Taylor em 1911, coloca toda responsabilidade sobre o supervisor e tira do trabalhador o problema do bom ou mau desempenho. Uma vez atingidas as metas de resultados, o gestor recompensava os trabalhadores com programas de remuneração, permitindo que os mesmos produzissem sempre mais, com rapidez e qualidade. Neste modelo tradicional se acreditava que os trabalhadores eram mercenários, preguiçosos e sem ambições de crescimento profissional. A natureza do trabalho aqui é simples, repetitiva e facilmente controlada. (CHIAVENATO, 1981)

CHIAVENATO, (2003) comenta que, quanto mais utilizado este modelo tradicional, surgiam os problemas, como a busca crescente de aumento de salários, garantia de segurança do trabalho, eficácia do mesmo. Isto juntamente com a tecnologia e informação rápida fez com que reduzissem o número de funcionários na organização, principalmente na produção. Os sindicatos surgiam e ganhavam força, assim começou uma revisão das relações de trabalho: O modelo das relações humanas.

Esse modelo, que apareceu no final dos anos 20, propunha uma abordagem de motivação. “O homem deveria ser percebido como um todo, pois desconsiderar a natureza humana do trabalhador resultava em baixa qualidade do trabalho e reduzida adesão à organização.” (CASADO, 1998:5)

Assim, com essa visão o trabalhador não sentia satisfação alguma no trabalho e fazia com que ele procurasse em outro lugar. A relação com os colegas, por exemplo, poderia trazer uma possibilidade de satisfação.

O modelo das relações humanas tinha como estratégia motivacional fazer com que os funcionários se sentissem importantes, abriu canais de comunicação para que fossem ouvidos e puderam opinar na forma de executar as ações do trabalho. Na remuneração, foram incentivados para trabalhos em grupo. (CASADO, 1998)

Desta forma, a percepção da natureza humana é social.

O terceiro modelo de abordagem da motivação humana no trabalho, no qual algumas teorias sobre motivação mais recentes se encaixam é o modelo dos recursos humanos. Alguns fatores se inter-relacionam no processo motivacional: dinheiro, aspectos sociais, o trabalho em si, e perspectivas de crescimento. O ponto central desta abordagem é que diferentes colaboradores possuem diferentes fatores motivacionais, também buscam modos diferentes de satisfações e acabam contribuindo de maneiras distintas com a organização. (CASADO, 1998).

A estratégia gerencial no processo motivacional, segundo o modelo dos recursos humanos, é principalmente compreender a natureza complexa da motivação, encontrando formas de entendimento das peculiaridades dos liderados, para que o gestor possa manejar todo o potencial que tem nas mãos. Assim, deverá conhecer as diferenças e favorecer os objetivos individuais em consonância com os objetivos organizacionais. (BERGAMINI, 2005)

BERGAMINI, (2005) ainda afirma que este modelo tem um diferencial quanto à postura do gestor que estabelece com os colaboradores uma parceria, na qual as habilidades de cada um, bem como seus objetivos, sejam considerados no caminho da consecução dos objetivos organizacionais.

I.1.b MOTIVAÇÃO: ABORDAGEM FREUDIANA

É necessário então, entender mais profundamente os aspectos internos do ser humano. FREUD explica a personalidade composta em três sistemas: id, ego e superego. O id é entendido como as representações mais fortes do mundo interno, composto dos instintos, visam a objetivos próprios, mas que podem ser modificados. O id busca a estabilidade descarregando a tensão através de ações reflexas ou de comandos para o ego resolver encontrando formas realistas de satisfação. (AGUIAR, 1984)

O ego age possibilitando a descarga da tensão originada no id pelos instintos que são os verdadeiros propulsores da personalidade humana. Deve integrar os impulsos dos instintos do id e as regras morais e sociais advindas do superego que é o terceiro sistema, representando os valores e tradições da sociedade, cuja principal função é inibir os impulsos do id. Apesar de ser o id que dá reservatório da energia psíquica, o fluxo e o deslocamento de energia que ocorrem entre os três sistemas é que dão a dinâmica à personalidade. A forma de energia pela qual os instintos realizam sua tarefa é chamada de libido.

Segundo CASADO (1998) a busca de novas formas de redução da tensão leva à conhecida intranquilidade e insaciabilidade humana, sendo um obstáculo para a gestão de pessoas nas organizações. Os interesses, preferências e atitudes do comportamento humano é que possibilitam o deslocamento, principal mecanismo de desenvolvimento da personalidade. Se a energia (libido) não pudesse deslocar-se, o ser humano seria impulsionado apenas pelos instintos reproduzindo formas fixas de comportamento. A motivação é alimentada pelos deslocamentos da libido.

Antes da Revolução Industrial a motivação tinha a forma de medo de punição, física, financeira ou social. No entanto, à medida que às indústrias de larga escala tomaram o lugar das organizações artesanais, foram

mudando as relações profissionais que demandavam cada vez mais complexidade na interação patrão e empregado, passando a existir processos interativos entre os trabalhadores e as empresas. (CASADO, 1998)

I.1.c A MOTIVAÇÃO COMO PROBLEMA INDIVIDUAL

Nessa abordagem está implícito que as causas da motivação, o ajustamento ou desajustamento, da baixa ou alta produtividade estão nos indivíduos, nas suas características de personalidade. Aqui a motivação no trabalho é uma tarefa cuja responsabilidade única e total pesa sobre o próprio indivíduo. É muito comum ouvir executivos e chefes dizer que os subordinados não se motivam ou que há problemas de integração, que as pessoas têm problemas emocionais e que foram atingidas a produtividade e a contribuição que deles se esperava. Assim, neste contexto as queixas, os termos motivação, integração, problemas emocionais, foram usados para designar problemas do indivíduo isolado. (BERGAMINI, 2005)

Na verdade, é preciso saber por que o indivíduo escolhe a forma de agir, ou ainda porque se move em determinada direção e não em outra. Quais são as causas que este ser humano está sendo ativado? O que leva agir desta maneira?

Segundo AGUIAR (1984), alguns psicólogos ao tentarem estudar o problema da motivação, estabelece uma distinção entre o comportamento que não está sob o controle voluntário, não motivado, e aquele que está sob controle voluntário, comportamento motivado.

No trabalho, se aceita que, a maioria dos comportamentos é voluntária, então, o principal problema da motivação humana no trabalho é

explicar as escolhas que os indivíduos fazem entre as diferentes respostas voluntárias possíveis.

I.1.d TEORIAS MOTIVACIONAIS

O estudo da motivação tem sido objeto de pesquisas de diferentes grupos de psicólogos, que se orientam conforme as distintas abordagens teóricas. Essas podem ser identificadas de uma forma mais ampla como behaviorista e cognitivista. (AGUIAR, 1984)

AGUIAR, (1984) relata que os behavioristas dão ênfase à aprendizagem. Para eles existem relações entre o comportamento de um indivíduo em um determinado momento e os acontecimentos ocorridos em momentos anteriores. Assim, todas as respostas dos homens são conseqüências dos efeitos das respostas emitidas por ele no passado, ou seja, recompensa ou punição recebida.

Os cognitivistas pressupõem que as pessoas possuam valores, opiniões e expectativas em relação ao mundo que os rodeia, portanto possuem representações internalizadas do seu ambiente. Para estes, as forças que impelem os indivíduos à ação. Os homens lutam para atingir objetivos à medida que estes são atrativos para eles, assim se empenharão em consegui-los, ou o afastarão quando forem negativos.

Para os cognitivistas, a motivação do comportamento humano é um processo psicológico complexo, em que estão envolvidos outros processos psicológicos, tais como a percepção e o pensamento. Para os behavioristas, os indivíduos respondem a condicionamentos positivos e negativos. (AGUIAR, 1984)

Tais abordagens mostram uma linha divisória segundo AGUIAR (1984). Uns abordam o ser humano como prisioneiro de sua hereditariedade e de seu passado e/ou de seu meio, e de outro lado àqueles que o respeitam como ser atuante que busca sua autodeterminação e sua auto-expressão.

I.1.e TEORIA DA MOTIVAÇÃO HUMANA DE MASLOW (1954)

Têm suas origens na experiência clínica e nos fundamentos teóricos do funcionalismo de JAMES E DEWAY, no holismo da psicologia gestáltica e no dinamismo de FREUD, REICH, JUNG E ADLER. Esta teoria é a integração dinâmica dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. (AGUIAR, 1984)

É a proposta mais lembrada quando se fala em motivação. MASLOW concebe a motivação como algo constante, infinito e complexo encontrado nos seres humanos. Para ele o homem é um animal que deseja e que raramente encontra seu estado de completa satisfação, exceto durante um curto tempo. Quando este é satisfeito, surge outro ao fundo. Esta característica do ser humano, em toda sua vida, desejar sempre algo. (CASADO, 1998).

Assim, para MASLOW, desejar algo implica a ocorrência da satisfação de outros desejos. Ainda, para ele os desejos possuem uma ordem de predominância. "Não teríamos o desejo de compor músicas ou criar sistemas matemáticos ou estar bem vestidos (...) se estivéssemos morrendo de sede". (CASADO, 1998:9)

Na verdade, a hipótese central da teoria de MASLOW (1954) apud (BERGAMINI, 2005) é a existência de uma hierarquia das necessidades humanas. Esta hierarquia de necessidades pode ser visualizada como uma pirâmide.

Na base da pirâmide estão as necessidades mais baixas, ou seja, as fisiológicas e no topo da pirâmide as mais elevadas que são identificadas pelas necessidades de auto-realização. (CHIAVENATO, 2003).

Na verdade esta pirâmide está disposta da seguinte forma:

A classificação, dos objetivos humanos, proposta por MASLOW apud CHIAVENATO, (2003) resulta em cinco necessidades que diferenciam o comportamento:

- 1) Necessidades fisiológicas;
- 2) Necessidades de segurança;
- 3) Necessidades sociais e de amor
- 4) Necessidades de estima;
- 5) Necessidades de auto-realização

1) **Necessidades fisiológicas:** são necessidades relacionadas com a sobrevivência do indivíduo. São instintivas e nascem com ele. Quando alguma destas necessidades não está satisfeita, ela domina a direção do comportamento. Se tomarmos um homem com o estômago vazio este não terá outra preocupação maior do que se alimentar. Porém, quando come regularmente e de maneira adequada, a fome deixa de ser motivação importante.

As necessidades fisiológicas são consideradas as básicas do ser humano, todas as suas capacidades são empregadas a satisfação da

mesma. Segundo MASLOW apud BERGAMINI (2005), todas as capacidades que não são úteis para esse objetivo permanecem inativas e todos os desejos e interesses são esquecidos ou colocados em plano secundário.

SERRANO, (2006) afirma que no trabalho, o empregado que não tem suas necessidades básicas atendidas, será incapaz de motivar-se por outra coisa, se não pelo dinheiro que garanta o seu sustento.

Após este degrau, ou seja, depois de saciadas as necessidades fisiológicas surgem às **necessidades de segurança**. Aqui estão envolvidas a estabilidade, proteção, ausência de medos e de ameaças e ausência de ansiedade. O adulto saudável que vive em uma sociedade pacífica, não encontra dificuldades de saciar estas necessidades. Estas necessidades de segurança ou de estabilidade buscam a proteção contra ameaça ou privação ou fuga ao perigo.

Para SERRANO (2006), no trabalho, as necessidades de segurança se manifestam através da preocupação com benefícios tais como: seguro hospitalar, plano de aposentadoria.

2) **Necessidades sociais:** depois de saciadas às necessidades destes dois grupos anteriores surge à necessidade de amigos, parentes, namorado, filhos, isto é, necessidades sociais, aparecem no comportamento humano quando as necessidades mais baixas se encontram totalmente satisfeitas.

No trabalho isto se reflete através da necessidade do trabalho de equipe e de bom ambiente de relações humanas. (SERRANO, 2006).

1) **Necessidades de estima:** As necessidades de auto-estima surgem depois destas anteriores e após, atendidas de forma razoável. As pessoas saudáveis têm necessidade de avaliação positiva e estável de si mesmas. A ausência de satisfação dessas necessidades gera sentimentos de inferioridade, de fraqueza e de desencorajamento. A satisfação dessas

necessidades leva a sentimentos de autoconfiança, valor, força, e percepção de ser útil no mundo. Estão relacionadas com a maneira pela qual o indivíduo se avalia. Envolvem a auto-apreciação, autoconfiança, necessidade de aprovação social e respeito, de status e prestígio e de consideração. Estas induzem o indivíduo a sentimentos de autoconfiança, de valor, força, prestígio, poder, capacidade e utilidade.

No trabalho, segundo SERRANO (2006), esta necessidade motiva a pessoa a dar o máximo de si para obter em troca recompensas, como, altos salários, maior conforto, aparências externas, prestígio e simbolizar “status”.

Para MASLOW E MCGREGOR apud SERRANO (2006), o comportamento motivacional é explicado pelas necessidades humanas. Conforme o autor entende-se que motivação é o resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os a ação. Para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado. Seja decorrente de coisa externa ou proveniente do próprio organismo. Esta teoria nos dá idéia de um ciclo, o Ciclo Motivacional. Quando este ciclo não se realiza, sobrevém a frustração do indivíduo que poderá assumir várias atitudes:

- Comportamento ilógico ou sem normalidade;
- Agressividade por não poder dar vazão à insatisfação contida;
- Nervosismo, insônia, distúrbios circulatórios/digestivos;
- Falta de interesse pelas tarefas ou objetivos;
- Passividade, moral baixo, má vontade, pessimismo, resistência às modificações, insegurança, não colaboração.

Quando a necessidade não é satisfeita e não sobrevivendo as situações anteriormente citadas, não significa que o indivíduo permanecerá eternamente frustrado. De alguma forma a necessidade será transferida ou

compensada. Daí percebe-se que a motivação é um estado cíclico e constante na vida pessoal.

I.1.f TEORIA DE CLAYTON ALDERFER (1969)

Este teórico também estudou as hierarquias das necessidades, a partir da abordagem da teoria de MASLOW. Entretanto ele propôs três níveis, a saber: Existência, Relacionamento e Crescimento. (BERGAMINI, 2005).

Existência: é a preocupação de garantir as exigências materiais humanas básicas. Correspondem as necessidades fisiológicas e de segurança de MASLOW.

Relacionamento: entende-se o desejo de manter intercâmbios pessoais relevantes, seriam as necessidades sociais e ao componente externo de estima de MASLOW.

Crescimento: o desejo intrínseco de desenvolvimento pessoal, equivalente à necessidade de auto-realização e ao componente interno de estima de MASLOW.

Nesta teoria o interessante é que os níveis atuam simultaneamente e não como MASLOW que uma surge depois de outra satisfeita. Outra situação importante é que há existência de um componente de regressão na dinâmica da motivação, fazendo com que a falta de satisfação de uma necessidade aumente a importância das necessidades de níveis mais baixos.

Para esta teoria de ALDERFER-ERC (Existência, Relacionamento e Crescimento), a idéia básica é de que as pessoas podem se mover para

frente e para trás de uma categoria de necessidade para a outra e não satisfação de necessidades em outra. (ALDERFER, 1969)

Para SPECTOR (2002) as necessidades da existência humana envolvem objetos materiais, bem como aqueles relativos aos desejos físicos e às necessidades básicas de sobrevivência, como água e comida. As necessidades de relacionamentos com pessoas de importância para o indivíduo, como membros da família, amigos, colegas de trabalho e supervisores.

As necessidades de crescimento referem-se à criatividade ou produtividade internas ou no ambiente. Crescimento sugere que o indivíduo esteja utilizando completamente suas habilidades ou esteja desenvolvendo novas habilidades.

I.1.g TEORIA DE FREDERICK HERZBERG: TEORIA DOS DOIS FATORES

Na década de 50 (século XX) FREDERICK HERZBERG, professor de Psicologia na Western Reserve University, concentrou sua pesquisa na motivação para o trabalho. Partindo do princípio de que o trabalho pode ser, ao mesmo tempo, fonte de satisfação ou de aborrecimento, o autor entrevistou cerca de 200 indivíduos de onze indústrias na área de Pittsburgh (EUA), pertencentes aos dois dos mais importantes grupos de técnicos da indústria da época: engenheiros e contadores.

Nesta teoria são apresentados dois fatores: Fatores higiênicos (insatisfação) e fatores motivacionais (fatores de satisfação).

Os fatores motivacionais são aqueles que fazem com que os indivíduos se sintam especialmente bem (satisfação), são eles: Crescimento, Progresso, Responsabilidade, o Próprio Trabalho, Reconhecimento, e a Realização. (CASADO, 1988)

Para DUBRIN (2003) uma vez presentes, os fatores motivacionais são responsáveis por grande satisfação no trabalho.

Fatores higiênicos são aqueles que não proporcionam insatisfação, porém que os indivíduos não estejam satisfeitos. São eles:

Segurança, Status, Relacionamento com os Subordinados, Relacionamento com o Supervisor, Vida Pessoal, Salário, Condições de trabalho, Supervisão, Política e Administração da Empresa.

Para DUBRIN (2003) estes fatores extrínsecos são os de higiene e embora desejáveis e mantenedores da saúde não são motivadores.

Desta forma, pode-se sintetizar uma comparação entre os fatores de MASLOW, DE ALDERFER E HERZBERG, (Quadro1).

Quadro1: Hierarquia de MASLOW, de ALDERFER e fatores de HERZBERG

Maslow	Alderfer	Herzberg
Auto-realização	Crescimento	Fatores motivacionais
Auto-estima	Relacionamento	Fatores higiênicos
Sociais		
Segurança	Existência	
Necessidades fisiológicas		

Fonte: CASADO, (1998:254)

I.1.h TEORIA DA DETERMINAÇÃO DE METAS DE EDWIN LOCKE (1968)

Teoria da Determinação de Metas de EDWIN LOCKE (1968), teoria baseada na necessidade das pessoas vislumbrarem objetivos claros e diretrizes bem definidas.

O papel do gestor aqui é o de definir e clarificar as metas para seus liderados, contribuindo para a satisfação das necessidades dos indivíduos.

CHIAVENATO,(2003) relata que LOCKE assinala que metas com razoável grau de dificuldade e definidas com a participação dos empregados produzem melhores resultados do que metas muito fáceis ou que foram definidas sem a participação dos envolvidos na sua consecução.

Esta teoria tem implicações nas avaliações de desempenho.

No modelo de administração por objetivos tem bastante aplicação.

Para DUBRIN (2003) a fixação de metas é uma forma eficiente de manter ou aumentar o desempenho no trabalho, e várias empresas têm utilizado a fixação destas, justamente para isso.

I.1.i TEORIA DA EQÜIDADE (1975)

CASADO, (1998) relata que a teoria da Eqüidade é bastante nova e inclui as formulações de FESTINGER em 1960 e as reflexões sobre eqüidade e iniquidade formuladas por ADAMS em 1975.

O grau de eqüidade é definido entre a entrega individual (esforço) e a recompensa (pagamento) e a relação similar para outra pessoa que seja

relevante em termos de comparação. (CASADO, 1998)

O tema central da teoria motivacional é que o maior determinante do desempenho e da satisfação no trabalho é a equidade ou iniquidade que um indivíduo percebe na situação profissional. (CHIAVENATO, 2003)

Esta teoria é vista como uma teoria de processo, enquanto a de MASLOW E HERZBERG são teorias de conteúdo. (CASADO, 1998)

Esta teoria preocupa-se com a quantidade absoluta de recompensas e também com a comparação com o que os outros recebem. Por isso, ela também é chamada de teoria da comparação social. (CHIAVENATO, 2003)

CHIAVENATO, (2003) ainda menciona que o conceito de equidade é freqüentemente interpretado como uma associação positiva entre o esforço de um empregado no trabalho e o pagamento que eles recebem.

É esperado que quem contribua mais, recebe mais. Esta afirmação pode ser chamada de a norma de equidade.

Esta norma da equidade é geralmente aprendida por um processo de socialização. Por exemplo, a maioria dos grupos estabelece normas que induzem seus membros a comportarem-se com equidade. (BERGAMINI, 2005)

Tentando prever como um indivíduo reagirá a um sistema particular de recompensas, precisam-se saber quais normas de equidade, daquelas em que eles acreditam, devam ser aplicadas; ou baseado em contribuições ou necessidades. (CHIAVENATO, 2003)

A percepção individual da justiça nas trocas estabelecidas entre pessoas da família, entre os colegas de trabalho, com organismos ou empresas produz, numa metáfora com o sistema de contas bancário, uma sensação de equilíbrio quando se sente estar entregando tanto quanto está recebendo. Caso contrário ou se tem uma conta com débito - sente-se

receber mais do que se dá - ou uma conta com crédito - sente-se receber menos do que se entrega. (CHIAVENATO, 2003)

I.1.j TEORIA DA EXPECTATIVA DE VICTOR VROOM (1964)

Esta teoria é voltada para o ambiente de trabalho. Como a anterior também é considerada teoria de processo, pois identifica relações entre as variáveis dinâmicas, que explicam o comportamento das pessoas no trabalho. O que está sendo estudado nesta teoria é a relação entre as variáveis (resultados, insumos), mais do que a variável (fator de satisfação, por exemplo) em si mesma.

CASADO (1998) relata que VROOM se baseia nos trabalhos de KURT LEWIN (1935) e propõe que as escolhas feitas por uma pessoa, entre cursos alternativos de ação, são sempre relacionados a eventos psicológicos presentes no comportamento. Três conceitos são apresentados pela teoria de VROOM: Valência, Expectativa e Força.

Valência: é a orientação afetiva em direção a resultados particulares. (preferências). Exemplo: valência positiva se atrai o comportamento em sua direção. Negativa se o indivíduo prefere não buscar; e neutra aquela pessoa indiferente.

Expectativa é o grau em que a pessoa acredita que seus objetivos sejam atingidos. É definida como crença de que determinado ato será seguido de um resultado em particular. Trata-se de uma associação entre ação e resultado da ação.

Força é similar ao conceito de energia para a ação.

A teoria da expectativa vê o indivíduo como um ser pensante que tem desejos e crenças e atua com base na antecipação e no planejamento dos

eventos de sua vida, colocando em suas ações o esforço adequado e direção apropriada de modo a atingir seus objetivos. (CASADO, 1998)

É o reconhecimento da capacidade de planejamento do ser humano que diferencia essa teoria, e ela tem excelente aplicação dentro do modelo de gestão compartilhada de carreiras. (BERGAMINI, 2005)

A motivação humana no trabalho é uma tarefa muito complexa. Para uma boa compreensão deste tema foram abordadas várias teorias, contudo, nenhuma delas conseguiu falar de forma completa todas as idéias envolvidas no assunto. Cada teoria apresentada possui uma visão da natureza humana, e fornece contribuição, porém todas apresentam limitações. (CASADO, 1998)

A motivação tem sido estudada para que ajude a melhorar o desempenho profissional, tanto na produtividade, quanto na saúde organizacional, como também na satisfação dos colaboradores. (BERGAMINI, 2005)

A motivação é resultante de pulsões internas, de desejos e de necessidades individuais. Cada pessoa como ser único busca concretizar. O meio externo, as organizações, não são a origem da motivação humana. A organização enquanto meio social poderá facilitar ou barrar a realização de desejos e a satisfação das necessidades. (AGUIAR, 1984)

As frustrações constantes é que poderão deixar o indivíduo na apatia, no descontentamento, na insatisfação. Ela não encontra no meio social, as condições para sua realização. Há, portanto, uma influência do meio externo no indivíduo. (BERGAMINI, 2005)

Cada homem, na verdade, têm suas peculiaridades, preferências, traços de personalidade e processo motivacional. As teorias apresentadas possuem uma visão da natureza humana. Assim, cada teoria se aplica diferentemente às distintas visões do homem e da vida.

Ao estudar motivação humana se verifica que há diferentes posicionamentos teóricos a respeito do tema.

Conforme AGUIAR (1984), a primeira questão refere-se às causas pelas quais levam os indivíduos a agirem. Assim para se tentar responder esta questão se tenta identificar quais condições que o levam a esta ou aquela ação e também porque escolherá determinada forma de agir ou porque se move para determinada direção e não em outra.

AGUIAR, (1984) relata que os behavioristas sugerem que a motivação está inter-relacionada à aprendizagem. Para eles, sempre existem relações entre o comportamento de um indivíduo e acontecimentos ocorridos em momentos anteriores.

Os cognitivistas acreditam que os indivíduos possuam valores, opiniões e expectativas em relação ao mundo que os rodeia e desta forma possuem representações internalizadas do seu ambiente. Assim, à medida que os objetos e acontecimentos são atrativos para este indivíduo, ele se empenhará em atingi-los ou afastá-los quando forem negativos. (AGUIAR, 1984)

AGUIAR, (1984) fala sobre a abordagem Freudiana que coloca a motivação de forma dinâmica, pressupondo forças internas que direcionam o comportamento. Estas forças motivam o comportamento humano e são representadas pelos instintos. Estes instintos visam a objetivos próprios, mas podem ser modificados. Ainda, acredita que as motivações de ações humanas não sejam todas conscientes. Por isso, a dependência que o comportamento adulto mantém em relação às experiências da infância.

A teoria da motivação humana de MASLOW tem origem nas experiências clínicas, no dinamismo Freudiano e na psicologia gestáltica, considera o ser humano na sua totalidade, dando ênfase à integração dinâmica dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. (AGUIAR, 1984).

Conforme VIANNA (1999) a motivação é uma variável interveniente porque não pode ser vista, ouvida ou tocada, somente pode ser inferida por meio do comportamento. Em outras palavras, somente podemos julgar quanto está motivada uma pessoa mediante a observação do seu comportamento. Precisamos primeiro definir operacionalmente a motivação, pois somente podemos medir seus presumidos indicadores. Por exemplo: Se um aluno tira notas melhores que seus colegas com a mesma inteligência que os demais, dizemos que este aluno tem alta motivação, somente tendo como indicador a observação. Alguns autores afirmam que as pessoas se comportam em consequência de certas motivações. O gestor torna-se eficaz à medida que é capaz de compreender as razões que são fundamentais: percepção, atitudes e mecanismos de defesa.

a) Percepção: é a maneira de uma pessoa experimentar ou sentir o universo. É o processo mediante o qual o indivíduo interpreta as experiências à sua volta. Sensações e estímulos de todas as espécies existem em torno de nós, mas apenas absorvemos ou vemos alguns elementos em qualquer situação.

b) Atitudes: o conceito de atitude apresenta íntima relação com o de opiniões e valores, podem ser percebidas como forma de conjunto mental. Não é possível afirmar que as atitudes são necessariamente a causa direta do comportamento, outros fatores também interferem.

c) Mecanismos de defesa é um processo de comportamento adicional; mantêm o equilíbrio e a constância, relativamente ao autoconceito do indivíduo (repressão, agressão, interiorização, compensação, fantasia, racionalização e outros).

A partir do quadro 2 tem-se a comparação de três teorias motivacionais: Teoria de EDWIN LOCKER, Teoria da EQUIDADE e Teoria de VICTOR VROOM.

Quadro 2: Teorias de Edwin Locker, Eqüidade, Victor Vroom

Teoria E. Locker (1968)	Teoria de Eqüidade(1975)	Teoria Victor Vroom(1964)
Vislumbrar objetivos claros e diretrizes bem definidas. Avaliação de desempenho	Teoria de processo/ comparação social <ul style="list-style-type: none">• Esforço (Trabalho)• Recompensa (pagamento)	Teoria de processo <ul style="list-style-type: none">• Valência(preferências)• Expectativa (crença)• Força (energia para ação)

I.1.I CONDIÇÕES ADVERSAS À MOTIVAÇÃO

DUBRIN (2003) explica que quando as exigências são altas e o trabalhador tem controle, ele se sentirá energizado, motivado e criativo; quando sob condições ideais, os trabalhadores experimentam estresse na medida certa, como meio de estimulá-los a responder criativa e

energicamente os seus cargos. Porém, altos níveis de estresse, levam a diversos sintomas negativos, influenciam na produtividade, motivação e saúde dos trabalhadores.

Para ZANELLI (2005) quando o conhecimento de um trabalhador é ignorado, a tendência é que se sinta motivado e resistente a eventuais mudanças que possam ser implementadas.

DUBRIN (2003) acrescenta que um estressor que baixará o desempenho e motivação de qualquer pessoa no trabalho é a presença de um intimidador que deseja o fracasso do empregado.

Lidar com mudanças significativas constantes, não ser reconhecido, não ter apoio do gestor ou ainda ser isolado também colaboram com a desmotivação e estresse no trabalho. (BOUILLERCE & ROUSSEAU, 2004).

ZANELLI (2005) pontua que quando os valores pessoais e organizacionais convergem na mesma direção, o nível motivacional tende a crescer, com impactos positivos para o desempenho.

SIEVERS (1996) apud BERGAMINI (2005:164) comenta que:

“(...)a motivação só passou a ser um tópico-tanto para as teorias organizacionais, quanto para a organização do trabalho em si – quando o sentido do próprio trabalho desapareceu, ou então foi perdido, a perda do sentido do trabalho está diretamente ligada à crescente divisão e fragmentação do trabalho, princípios que vêm sendo observados na estruturação da forma de trabalhar na maioria de nossas organizações ocidentais. Como consequência, as teorias motivacionais têm se transformado em sucedâneos na busca do sentido do trabalho.”

Desta forma:

“A visão robotizada do homem proposta pela Administração Científica especializou e subdividiu o trabalho humano, de forma

lógica, do ponto de vista cibernético, mas se mostra imprópria para o resto do mundo que não seja aquele das máquinas. Perdida a noção de sua inteireza, o homem perdeu com ela o significado, e, por conseguinte, não consegue mais reconhecer a verdadeira diferença da vida pessoal e da vida de trabalho. Foi particularmente por isso que as teorias motivacionais aplicadas à administração, em lugar de serem conclusivas, ocasionaram verdadeiro caos no centro do pensamento organizacional.” (BERGAMINI, 2005:163-164)

I.2. SATISFAÇÃO

O ser humano, em seu desenvolvimento, interage com um ambiente natural particular e ao mesmo tempo, com uma ordem cultural e social específica, intermediada por outros seres humanos que lhe servirão de referência. Estes transmitem valores e normas, influenciando suas atitudes e seus desejos. (BERGER & LUCKMANN, 1998)

É no confronto dos desejos com a realidade que se expressa a satisfação do ser humano com seu mundo de trabalho e com outras dimensões de sua vida. Este exercício de reflexão pode beneficiar este homem no seu trabalho, e em outras dimensões de seu habitat. Como a instituição para a qual trabalha, por subsidiar a elaboração de estratégias para mudanças individuais e coletivas. (GROSSEMAN, 2001)

Para GROSSEMAN, (2001) a compreensão da satisfação no trabalho leva em conta que este apresenta uma dimensão objetiva que trata da qualidade das atividades e ambiente físico. E outra dimensão subjetiva que são os valores que o profissional confere as qualidades do seu trabalho.

DEJOURS (1997) contempla a importância destas duas dimensões e ainda classifica a satisfação no trabalho conforme a dimensão que ocupa, em concreta e simbólica.

Satisfação concreta refere-se a proteção à vida, à segurança no trabalho e ao bem estar físico e mental, mais relacionada à saúde do corpo.

A satisfação simbólica refere-se à vivência qualitativa da tarefa, ou seja, ao significado que esta tem para satisfazer os desejos do trabalhador. Para compreendê-la melhor, é importante analisar a história de vida de cada ser humano, seus sentimentos e atitudes. Desta forma, a simbólica está vinculada ao processo de construção dos desejos profissionais do trabalhador. (DEJOURS, 1997)

Para FANTINO (1983), no processo de educação passa a idéia de que a real felicidade ocorrerá a partir do ingresso do ser humano no mundo do trabalho.

Conforme MARTIN-BARÓ (1985) na nossa sociedade o trabalho é um marco que objetiva a construção do ser. Sendo representada por realizações, êxitos e fracassos. Assim, o levarão a alegrias e tristezas, mas sobretudo a satisfação ou insatisfação consigo mesmo, ou melhor a realização ou frustração existencial.

MORIN (2001) afirma que a organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e de desenvolver competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar.

Já para SATO (1991) é preciso lembrar que o trabalhador precisa também ajustar a tarefa e as condições de realização da mesma às suas necessidades, seus desejos, suas capacidades e seu modo de ser.

HELLER & FEHÉR (1998) afirmam que a emancipação do homem só acontece de forma gradual, sendo o cotidiano o seu espaço vital. Este cotidiano é o espaço privilegiado das possibilidades de cada homem, porque nele a subjetividade se faz presente.

“A vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se ‘em funcionamento’ todos os seus sentimentos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias”. (HELLER, 1972:17).

Assim, é na vivência cotidiana que o ser humano se apropria dos instrumentos da linguagem e dos costumes que serão indispensáveis a sua sobrevivência e adaptação a determinado grupo, comunidade ou sociedade. No cotidiano também, que se aprende a razão prática, a partir da observação e conhecimento das regras e normas do meio em que o homem se insere. Portanto, a condição para emancipação se encontra na possibilidade e na capacidade deste se articular na razão prática e na razão teórica da construção ativa de seu espaço vital, experimentando, modificando, adaptando a partir de suas necessidades, aspirações, desejos e ilusões. (CARONE, 1994)

DEJOURS (1997) atenta para a importância do entendimento do homem trabalhador de forma holística, prestigiando seus desejos profissionais. Também afirma que, dependendo das relações entre a organização do trabalho e o trabalhador, estes desejos podem ser reprimidos, causando sofrimento no trabalhador por alienação de si mesmo. Por outro lado, quando estes desejos encontram algum reforço, o trabalho pode associar-se ao prazer.

Em relação aos profissionais da saúde relata intervenções na França e no Canadá, mostrando que o debate coletivo sobre a organização do trabalho, mobiliza a coordenação entre as pessoas e atenua antagonismos individuais, que agravavam, até então, o sofrimento produzido nos profissionais pelo confronto com a doença, loucura e a morte. (DEJOURS, 1997)

A realidade é relativa para cada um, é construída historicamente, em suas relações subjetivas e objetivas com o mundo, sendo o homem sujeito e objeto, produtor e produto da realidade. Por isso, ao mesmo tempo o homem representa a si mesmo e também o coletivo. (GRAMSCI, 1981)

Na posição de HELLER (1998), a satisfação das necessidades de auto-determinação, não significa liberdade absoluta e autonomia completa e nem que o homem esteja livre das determinações do contexto em que se insere, mas sim que ele deve poder atuar e partir do reconhecimento de suas necessidades, aspirações, desejos e ilusões. Para tal, utiliza a expressão 'enfrentar o contexto'.

Pelo exposto, pode-se observar a importância da inserção da subjetividade do ser humano na avaliação de sua satisfação com o trabalho. (HELLER & FEHER, 1998)

Desta forma, a compreensão dos valores que o ser humano atribui a seu trabalho pode ainda facilitar a elaboração de estratégias para intervenção em prol da promoção de sua satisfação com o trabalho e consequentemente a qualidade de vida, favorecendo a instituição na qual este trabalha.

I.3. TRABALHO EM EQUIPE: MOTIVAÇÃO, INTEGRAÇÃO E INTERATIVIDADE

Equipe tem por definição, segundo o dicionário HOUAISS (2001), o conjunto de pessoas que se dedicam à realização de um mesmo trabalho. Esse grupo de pessoas deve saber qual a missão e objetivos na qual ele está inserido.

O trabalho em equipe é a mais que uma ferramenta de trabalho. É um recurso primordial para a produtividade, e para tal, é necessário que a equipe desenvolva atividades para uma determinada missão, projeto ou qualquer desafio dentro da organização.

ROLAND & BEE (2002) afirma que o trabalho em equipe é fundamental para o sucesso das empresas, principalmente quanto a produtividade. Cada vez mais as pessoas trabalham como membros de diversas equipes e mudam de equipes em uma frequência maior que no passado.

A primeira vantagem de se trabalhar em equipe é a agilidade na captação da informação e em seu uso. Outra vantagem é que as equipes têm a tendência maior de assumir riscos, porque a responsabilidade pelos resultados fica compartilhada. Por último, quando o poder é compartilhado, normalmente as pessoas se sentem responsáveis pelo resultado e incorporam o processo, sentindo-se motivadas. O autor ainda afirma que há diferenças entre os membros da equipe em relação aos valores e crenças, suas visões de mundo e as motivações que conduzem a seus comportamentos. Para completar, se acrescentam funções psíquicas, tipos de inteligência, critérios para avaliações, caráter e comportamento. (ROLAND & BEE, 2002)

RITZ (2000) acrescenta que a partir do momento que enfoques de múltiplas disciplinas passam a operar na mesma organização, ou no mesmo projeto, maiores são as chances de conflitos e, portanto, maior necessidade de negociar soluções.

Uma primeira aproximação possível é reconhecer que toda equipe de trabalho é também um espaço de relacionamentos. Durante o trabalho é que se explicitam características pessoais, interesses e preferências, posturas de várias ordens (ideológicas, acadêmicas, histórias de vida), implicando em necessidade de conhecê-los e combina-los aos objetivos de um projeto ou de uma organização. Ao mesmo tempo, trata-se de criar um ambiente em

que seja possível que as pessoas desenvolvam relacionamentos positivos e valorizados; é também no trabalho que conceitos e autoconceitos são desenvolvidos. Equipes são fonte de auxílio e apoio, de troca de afetos diversos, de encontros e desencontros.

Para VILS (2006) o objetivo da equipe deve ser mais importante do que metas individuais. A equipe, onde cada participante quer bilhar mais do que o outro, onde se compete entre si para ser o melhor, o mais reconhecido, muito provavelmente não alcançará resultados expressivos. Em uma verdadeira equipe, o talento total da equipe é maior do que a soma dos talentos individuais. Para que haja um conjunto de talentos trabalhando em harmonia, é necessário que haja habilidades distintas na equipe: desde os mais criativos aos chamados carregadores de piano, dos mais jovens aos mais experientes, todos são importantes e se complementam entre si.

O relacionamento interpessoal é um grande diferencial nas equipes, e para tanto, a equipe deve mostrar respeito às diferenças individuais de cada um, e valorizar amplamente a lealdade, honestidade, amizade, justiça, cooperação e comprometimento. Os participantes devem entender que sozinhos nunca alcançarão o mesmo brilho alcançado conjuntamente e que retribuição, interação e cooperação entre a equipe favorece a *performance* e a produtividade. (VILS, 2006)

Segundo MEGGINSON (1998), a produtividade e competitividade das organizações parecem estar cada vez mais associadas, não ao trabalho estafante e individual, mas ao desenvolvimento de um ambiente de cooperação e criatividade. A habilidade de relacionamento interpessoal passa a ter tanto ou mais peso quanto à competência técnica do trabalhador.

Para KANAANE (1995) apud ZANELLI (2005) o envolvimento ativo das pessoas nos processos de trabalho é um fator de integração entre o ser humano e o nível de produção exigido. É uma relação de influência, exercício de controle que repercute na motivação e no comprometimento de uma pessoa ou grupo.

I.4. TRABALHO

O estudo do trabalho aqui tem por objetivo mostrar que, através de diferentes processos produtivos, foi sendo transformado no decorrer da história do capitalismo.

Repensar essas metamorfoses pode ser bastante significativo. É um exercício que oferece ao leitor a possibilidade de compreender as transformações do processo de produção e de suas relações com o sistema capitalista, tendo como seus protagonistas empresários e trabalhadores que através da tecnologia aplicada ao trabalho provocam profundas mudanças nos aspectos culturais, econômicos e políticos da sociedade, considerados em suas mais amplas inter-relações.

Embora o trabalho tenha atravessado diferentes estágios decorrentes do avanço científico e tecnológico, exigindo conseqüentemente maior ou menor interferência das potencialidades humanas, ainda assim deve ser compreendido como atividade de produção de bens e de prestação de serviços para a satisfação de necessidades do homem e da sociedade. (MARTINS, 1994)

É atividade exclusivamente humana por ser consciente e deliberada, fruto das potencialidades de inteligência, iniciativa, espírito crítico e criatividade que se desenvolvem ao longo de ações coordenadas, de caráter físico e/ou intelectual, levando os homens à sua plena realização. (ZARIFIAN, 2001)

Pelo trabalho os homens produzem a História, isto é, processo de produção das condições materiais de vida e de formação da consciência, compreendida, portanto, como representações mentais de sua ação sobre a natureza, sobre si próprios e sobre as relações sociais, e que se expressam no conjunto de crenças, idéias, valores, padrões de comportamento transmitidos de geração para geração.

Por isso, o trabalho sempre foi à categoria chave das análises

sociológicas e do conjunto das Ciências Sociais, cuja preocupação fundamental foi explicar o modo de produção da vida nas suas diferentes manifestações ao longo do tempo – a História. (DE MAIS, 2000)

Entretanto, se tomarmos como referência o período em que a terra representava a dimensão do poder sócio-político das classes aristocráticas, o trabalho realizado tanto pelos escravos na Antigüidade clássica quanto pelos servos na Idade Média, era concebido como estigma fatal ou castigo.

Isso ajuda a compreender a etimologia da palavra trabalho. De origem latina - tripalium - tem como significado uma espécie de canga utilizada para torturar e castigar os escravos e outros homens não livres. Assim, pela sua genealogia, esta atividade não deve ser entendida como autocriadora, mas sim como uma atividade física, cansativa e desagradável.

Mas, se considerarmos a palavra trabalho como originária do grego - "labor" - ela recebe uma conotação positiva por ter como significado elaborar, criar, construir, fazer. Nessa compreensão o trabalho é tido não como um mal necessário, mas como algo prazeroso. (JAEGER, 1986)

Interpretado sob os dois aspectos, o trabalho pode ser visto como benção ou castigo, edificante ou castrador, instrumento de auto-realização ou um fardo pesado.

Mesmo na antiga Grécia, contrariando o conceito de "labor", o trabalho era concebido como algo que "embrutecia o espírito e tornava os homens incapazes para a prática da virtude", e como tal, sendo a tarefa manual e pesada, era realizada pelos escravos de forma irrefletida. (MILLS, 1969, p. 233).

Na Grécia e Roma antigas, os escravos, os estrangeiros e os pobres exerciam as tarefas humildes, enquanto o homem livre se destinava à escola, isto é, ao ócio que, então, significava dedicação aos exercícios físicos, à música, gramática, retórica, aritmética, leitura e escrita. Em níveis

mais elevados, as "escolas" de Platão e Aristóteles se voltavam ao estudo da filosofia, aquisição a que os gregos chamavam de aretê, isto é, virtude, auto-realização, busca do bem, do belo e do verdadeiro. (JAEGER, 1986).

Portanto, nesse momento histórico, em que no mundo grego predominavam tais idéias, floresceu o conhecimento filosófico, marcando de forma indelével as grandes expressões da intelectualidade.

Em outras palavras, na Antiguidade greco-romana, os cidadãos e os participantes da elite preferiam o trabalho intelectual e, como forma alternativa, optavam por atividades políticas ou artísticas, permanecendo na ociosidade.

É importante ressaltar que o conceito de ócio, naquele contexto, tinha um significado bastante diferente do que lhe é dado hoje nas sociedades industriais. Tanto os filósofos gregos quanto os orientais entendiam que o afastamento do indivíduo de suas atividades era uma exigência para a prática da enobrecida meditação e para o desenvolvimento do plano espiritual. (JAEGER, 1986)

Na verdade, a interpretação do ócio sofreu variações ao longo do tempo e, sem dúvida, sua conotação em cada momento histórico tem uma implicação filosófica correspondente ao quadro de referência que cada sociedade lhe empresta.

Na Antiguidade grega, o ócio era praticado pelos cidadãos que se apaixonavam pelas idéias e na Idade Média era praticado por aqueles que seguiam o caminho da caridade e do amor a Deus, tornando-se santos. Vale lembrar que em ambos os casos os ociosos eram oriundos de famílias nobres. (DE MASI, 2000).

A este propósito, e mais uma vez recorrendo à etimologia, o vocábulo "escola" (school, école, schule, schola) tem origem na palavra grega scholē, que quer dizer "lazer". Na cultura grega, em que prevalecia o dualismo ontológico corpo/espírito, o trabalho corporal era considerado

fundamentalmente como uma atividade indigna dos homens livres, impedindo a prática do ócio, da contemplação, da arte, e das atividades de reflexão filosófica. (JAEGER, 1986)

Com o Renascimento, o homem deixou de ser visto como um animal teórico para ser também sujeito ativo, constituinte e criador do mundo. Com isso, o trabalho ganhou nova concepção. As razões para trabalhar passaram a estar no próprio trabalho e não fora dele; este já não recaía sobre os escravos, tornando-se uma opção ou aceitação, até mesmo de predestinação, também para os homens livres. (MILLS, 1969)

Quando se admitiu que as razões para trabalhar, estavam no próprio trabalho, passando-se a acreditar que a satisfação no trabalho podia ser interpretada como decorrente do processo técnico, do poder sobre outras pessoas, do status ou da renda e não mais da salvação, ele ganhou um significado intrínseco.

O marco decisivo na transformação do trabalho foi a Revolução Industrial, que teve início no século XVIII. Nesse momento histórico, o trabalho deixou de ser artesanal e passou a ser industrial. A fabricação de um produto foi deixando de ser resultado do esforço de uma única pessoa para ser resultante de uma sucessão de pequenas atividades concatenadas, realizadas por um grupo de trabalhadores. (DE MAIS, 2000)

No caso do artesão, DE MAIS (2000) relata que, as tarefas realizadas lhe permitiam desenvolver seus conhecimentos e habilidades tendo também a liberdade de escolher a forma a ser usada na manufatura de seus produtos. Sendo doméstico, envolvia a família e proporcionava a todos uma visão ampla e completa do processo produtivo.

Na medida em que avançamos no tempo, temos a invenção do tear mecânico e da máquina a vapor que abrem à era das revoluções industriais. Posteriormente, o surgimento da eletricidade e os avanços extraordinários nas áreas da química, do aço, do motor de combustão

interna, do telégrafo e da telefonia foram deixando para trás o trabalho manual que exige força física. Tudo isso associado ao advento do capitalismo trouxe como resultado o aparecimento de uma classe trabalhadora que, mais uma vez, reformulou os conceitos de trabalho e de ócio. (ZARIFIAN, 2001)

Atualmente, nas sociedades industriais ou de massas o trabalho é compreendido não apenas como trabalho manual, mas também pode ser tido como uma atividade puramente intelectual. Assim, também a ociosidade passou a ter um significado diferente. Ela perdeu a conotação religiosa ou secular e passou a ser interpretada como lazer e explorada como produto comercializável. (MARTINS, 1994)

Portanto, ao longo dos séculos foram ocorrendo fortes mudanças nas maneiras de trabalhar e, desde as primeiras sociedades humanas até os dias atuais, a conotação dada ao trabalho foi sofrendo fortes transformações. Na Pré-história foi interpretado como uma atividade lúdica; na Antigüidade era tido como maldição divina; nos primórdios do Cristianismo era caracterizado como forma de expiação; no Cristianismo da Idade Média como remédio para as tentações; com a Reforma Luterana passou a ser interpretado como um meio para a salvação; na Revolução Industrial manifestou-se como expressão da criatividade humana; no início do século XX foi tido como obsessão e na atualidade transformou-se numa atividade em questionamento. (MARTINS, 1994).

Ao mesmo tempo em que a civilização foi se estruturando fundamentalmente em função do trabalho humano, ele também passou por metamorfoses inquestionáveis. E, com isso, os papéis desempenhados pelo trabalhador foram se transformando. De operador de ferramentas o trabalhador passou a organizador da produção e na era pós-industrial vem se tornando um sintetizador de energia mental, favorecendo a abstração e a criatividade. (ZARIFIAN, 2001)

Para que houvesse a possibilidade de aumentar a

produtividade e, conseqüentemente, o lucro do capitalista, o trabalho passou a ser esmigalhado e realizado a partir de um conjunto de operações elementares e repetitivas o que, por sua vez, tornou mais rápida sua apreensão e mais fácil à execução de suas tarefas. (ZARIFIAN, 2001).

Desse modo, o tipo de personalidade do trabalhador, seus sentimentos, seus conhecimentos e sua capacidade de iniciativa deixaram de ser elementos importantes, pois as mudanças no processo de trabalho impediam tanto o uso da criatividade quanto da capacidade intelectual.

O primordial era ter capacidade física que possibilitasse “destreza manual, habilidade gestual, força física e resistência”. (ZARIFIAN, 2001).

O sentido intrínseco e gratificante do trabalho artesanal tornou-se inexistente para as camadas trabalhadoras, razão pela qual para a maioria dos empregados o trabalho passou a ter um caráter desagradável.

Além disso, com as invenções mecânicas modificaram-se também as relações de trabalho e o trabalhador, subjugado a uma disciplina industrial bastante severa, se transformou em assalariado. (MARTINS, 1994)

Essa abordagem retrospectiva comprova que as mudanças implementadas no processo de produção também exigiram que a formação do trabalhador estivesse plenamente ajustada à nova concepção do trabalho.

Sob o ponto de vista econômico, esse ambiente industrial proporcionou certo favorecimento ao consumidor, a partir da redução de custos das mercadorias e, ao mesmo tempo, favoreceu ao capitalista, aumentando sua lucratividade. Porém, para o trabalhador, esse modelo de produção trouxe sérias dificuldades de adaptação e insatisfação com o trabalho. (MARTINS, 1994)

A transição para a produção industrial no capitalismo, também

foi responsável pela introdução de um sistema que separa o trabalhador da propriedade dos meios de produção e do produto, roubando-lhe ainda o controle do processo de trabalho. O trabalhador se torna assim totalmente alienado. (ZARIFIAN, 2001)

Vale lembrar que, para MARX (1989), na propriedade privada dos meios de produção está a origem da alienação e que na mesma proporção em que a ciência é incorporada ao processo produtivo como força independente, as potencialidades intelectuais do trabalhador são relegadas, sujeitando-o a um despotismo odioso e humilhante.

Esse sentimento de impotência se agravou ainda mais na medida em que o trabalhador passou a desempenhar tarefas cada vez mais estreitas, repetitivas e enfadonhas. É um processo de produção que, para a maior parte dos trabalhadores, reforça a impossibilidade de encontrar meios de alcançar sua auto-realização.

Assim, podemos perceber que as mudanças provocadas pela revolução científico-tecnológica marcaram tanto a economia como as formas de organização do trabalho.

Se tomarmos como referência o trabalho artesanal e o trabalho doméstico é possível admitir que a revolução científico-tecnológica, que denominamos Revolução Industrial, criou formas de organização do trabalho que provocaram conseqüências indesejáveis para o ser humano enquanto trabalhador. Dentre elas podemos destacar:

- O homem foi sendo substituído, gradativamente, pela máquina.
- Foi implantada a divisão técnica do trabalho impondo o esmigalhamento das tarefas e a conseqüente necessidade de sua organização para atingir maior produtividade com menor número de trabalhadores. O alcance dessa meta é muito mais resultante da organização do trabalho do que do aumento da habilidade individual do operário.

- Ao mesmo tempo em que o trabalhador passou a realizar tarefas cada vez mais repetitivas e altamente especializadas foi sofrendo, como consequência, um forte empobrecimento intelectual, ficando impossibilitado de utilizar sua criatividade, perdendo seu poder de decisão, como também a visão do processo global.

- Decorrente da necessidade de organização do trabalho, se tornou imperativo que os trabalhadores internalizassem a cultura fabril, submetendo-se a um tipo de disciplina desconhecida por aqueles que, em lugar do autocontrole característico das formas anteriores de trabalho, tinham que se sujeitar a um controle externo exercido pelos empresários ou por capatazes especialmente contratados para essa finalidade.

- A evolução da tecnologia aplicada aos meios de produção não apenas transformou o trabalhador num apêndice da máquina como também passou a exercer formas de controle sobre ele e sobre seu trabalho. (CASTELLS, 2000)

CASTELLS (2000) enfatiza que a tecnologia sempre foi um fator preponderante para o crescimento da economia, através do aumento da produtividade, durante toda a história, especialmente na era industrial. Isso se explica pelo fato de que a produtividade na era industrial teve como principal fonte a tecnologia aplicada ao setor produtivo, organizacional e de gerenciamento, marcados pela característica da racionalidade.

Essa racionalidade estava, nos primórdios da industrialização, mais voltada para a tecnologia do que propriamente para a organização administrativa, de gerenciamento ou do bem-estar do trabalhador.

Assim, podemos entender que o grande interesse das instituições econômicas pela tecnologia, principalmente nas grandes potências, sempre foi explicado pela intenção de alcançar uma vantagem competitiva que proporcionasse maior lucratividade.

Da mesma forma que no setor produtivo, no administrativo tornou-se

crescente a necessidade da centralização de controles e, para isso, a utilização de equipamentos tecnológicos, cada vez mais avançados, tornou-se indispensável, reforçando a separação entre os burocratas e seus instrumentos de trabalho. Nesse sentido, podemos afirmar que os assalariados, operários ou não, trabalhadores de colarinho branco ou de macacão são alienados. (BRAVERMAN, 1980)

Acrescenta-se a isso o alheamento decorrente do fato de a burocracia inculcar nos funcionários atitudes e sentimentos freqüentemente mais intensos do que seria tecnicamente necessário. A pressão exercida sobre o indivíduo para que ele aprenda a ser metódico, prudente e disciplinado, na maioria das vezes, impede que ele tome qualquer iniciativa, levando-o a conformar-se com as normas e procedimentos estabelecidos, mesmo que estes sejam comprovadamente disfuncionais.

HARVEY (1994), ao explicar a lógica transformativa e especulativa do capital, afirma que o sistema capitalista é um processo de reprodução da vida social em que, por meio da produção de mercadorias, de uma forma ou de outra todas as pessoas ficam profundamente envolvidas. Para garantir que o capitalismo se processe de maneira dinâmica, e que a sociedade se transforme incessantemente, o processo de socialização se desenvolve comprometido com a internalização das regras impostas por esta lógica. Assim, na medida em que se ampliam às necessidades e que os novos desejos inculcados nos indivíduos se tornam inesgotáveis, as possibilidades de exploração da capacidade para o trabalho aumentam, ao mesmo tempo em que a aplicação de tecnologias cada vez mais sofisticadas impede, sutilmente, que a criatividade humana da maioria das pessoas possa se manifestar.

Esse processo, embora inexorável, provoca grande insatisfação nas diferentes categorias assalariadas, isto é, em toda classe trabalhadora, insatisfação essa que se manifesta sob a forma de absenteísmo, negligência, indiferença, restrições à administração, elevadas taxas de abandono de emprego e hostilidade ostensiva à administração.

(BRAVERMAN, 1980).

Apesar de todas as manifestações trabalhistas temos que admitir que a adaptação do trabalhador ao modo de produção capitalista foi feita com sua aquiescência. Ele sempre cedeu às pressões do capitalismo na expectativa de melhores condições de vida, maior prestígio social ou apenas maiores salários. De qualquer modo, como ator social, o trabalhador também faz a história.

I.4.a TAYLORISMO

Fundamentando-se nos princípios da racionalidade, TAYLOR, que é considerado o pai da administração científica, nas últimas décadas do século XIX, definiu princípios científicos para a administração das empresas. Deu ênfase não só ao aprimoramento da eficiência da produção, como também desenvolveu métodos para o desempenho e organização do trabalho, criando a gerência científica e adotando novas formas de administração.

Ele não criou algo inteiramente novo, mas com base em seus conhecimentos práticos e teóricos sobre o processo produtivo dominante, pôde de forma coerente e científica, formular idéias que germinaram e ganharam força na Inglaterra e nos Estados Unidos durante o século XIX. (BRAVERMAN, 1980).

Partindo da divisão do trabalho e da especialização do operário estabeleceu cargos e funções, definindo o conteúdo de cada tarefa e suas relações com os demais cargos existentes.

Instituiu a gerência científica e, dando a ela o papel de supervisionar, recompensar e punir os trabalhadores que não atendessem às expectativas da empresa, TAYLOR considerou adequado separar o trabalho manual do

trabalho mental. A ela cabia, portanto, planejar e controlar o trabalho executado pelo operário, mero executor de tarefa.

Uma outra característica do taylorismo está ligada à escolha dos trabalhadores. Estes eram selecionados de acordo com suas aptidões, sendo preparados e treinados para produzirem mais e melhor, de acordo com o método planejado, preparando máquinas e equipamentos em um arranjo físico e disposição racional.

Acreditando que só existe uma melhor maneira de desempenhar determinada função, o taylorismo procurava encontrar a pessoa certa para executar a tarefa.

O critério individual do operário, ou seja, a improvisação e o empirismo foram substituídos por métodos planejados e testados.

A padronização, ou seja, a aplicação de métodos científicos para obtenção da uniformidade visava reduzir os custos e obviamente aumentar a lucratividade dos empresários.

Retirando de seu ideário pensamentos como - o bom operário não discute as ordens, nem as instruções, faz o que lhe mandam fazer – TAYLOR procurava resolver os problemas organizacionais.

No que se refere ao controle das atividades desenvolvidas e às normas procedimentais, o taylorismo exigia que o trabalho fosse executado sem desperdício operacional e que também os trabalhadores obedecessem a uma seqüência de movimentos, dentro de um tempo pré-estabelecido. O estudo de tempo e movimentos tinha como objetivos eliminar movimentos inúteis e evitar a fadiga humana. (BRAVERMAN, 1980)

Desse modo, o operário não apenas executava sua função de forma mais simples e rápida como também não corria o risco de diminuir sua produtividade, ou seja, procurava aumentar a quantidade de bens produzidos mantendo a mesma qualidade. Reduzindo a fadiga dos

trabalhadores, TAYLOR esperava ainda evitar acidentes de trabalho, doenças e aumento de rotatividade de pessoal.

O conforto do operário e o ambiente físico ganhavam valor, não porque as pessoas merecessem, mas porque eram vistos como essenciais para o ganho de produtividade.

As atribuições e as responsabilidades deveriam ser distribuídas de modo a fazer com que a execução do trabalho fosse a mais disciplinada possível.

Uma vez estabelecida à série exata de operações ou movimentos elementares que cada trabalhador deveria repetir, cabia a supervisão funcional cronometrar o tempo utilizado na execução das tarefas. Todas as fases do trabalho deviam ser acompanhadas e as operações desenvolvidas em conformidade com as instruções programadas.

Os trabalhadores eram tratados como robôs sem cérebro, capazes de realizar tarefas cuidadosamente prescritas, enquanto os supervisores tinham como função segurar o cronômetro e repreender ou demitir os preguiçosos ou incompetentes. (HARVEY, 1994)

Com a finalidade de gerar a co-participação entre o capital e o trabalho, os trabalhadores passaram a receber incentivos salariais e prêmios por produção. Criou-se assim o conceito *homo economicus* admitindo-se que o homem fosse motivado principalmente por recompensas salariais, econômicas e materiais. Com isso, foram atingidos maiores níveis de produtividade com menores custos, apesar de salários mais elevados. (HARVEY, 1994)

Para compreendermos melhor as idéias até aqui apresentadas, destacamos os princípios seguidos por TAYLOR, conforme formulações feitas por ele: (BRAVERMAN, 1980,103-108).

1º “O administrador assume o cargo de reunir todo o conhecimento que no passado foi possuído pelos trabalhadores e ainda de classificar, tabular e reduzir esse conhecimento a regras, leis e fórmulas”.

2º “Todo possível trabalho cerebral deve ser banido da oficina e centrado no departamento de planejamento ou projeto....”.

3º “Cada operário tornou-se mais especializado em seu próprio ofício do que é possível a qualquer um ser na gerência, e que em consequência, os pormenores de como o trabalho será mais bem feito devem ser deixados a ele.”

Com base nesses princípios, TAYLOR instituiu a gerência científica com o objetivo de controlar o trabalho nas empresas capitalistas em alta expansão. (HARVEY, 1994)

Do ponto de vista humano, não considerou a adaptação do homem ao trabalho. O grande interesse estava em adaptar o trabalho às necessidades do capital.

Assim, no período taylorista ficou estabelecida a separação entre gerência e execução. Usando o comentário satírico de DICKENS em *Hard Time*, segundo HARVEY (1994), o trabalhador passou a ser visto não como uma pessoa inteira, mas apenas como “mão-de-obra”. A substancialidade do trabalho deveria restringir-se a um grupo de pessoas pagas para pensar e planejar, enquanto a racionalidade funcional difundia-se pela grande maioria constituída por trabalhadores que recebiam seus salários para executar as tarefas a eles confiadas.

O sistema de administração por tarefas permitia o controle total de dois fatores essenciais para o aprimoramento do trabalho operacional: a padronização do trabalho e a quantidade de bens produzidos. Diante de tais possibilidades tornou-se viável fixar o volume de produção a ser exigido de cada trabalhador. (HARVEY, 1994)

Quanto mais as tarefas se tornavam esmigalhadas mais cresciam a agilidade e a habilidade do trabalhador, resultando em maior produtividade e, conseqüentemente, em maior lucratividade para o empregador.

Com a separação da atividade mental daquela meramente manual, a divisão do trabalho roubou os saberes do trabalhador, tornando-o inapto a realizar qualquer processo completo de produção.

Segundo BRAVERMAN (1980), na medida em que tornar o processo produtivo conhecido por todos os participantes passou a ser não apenas desnecessário como também se constituiu em barreira ao funcionamento do modo de produção capitalista, o trabalho manual ficou despojado das funções mentais e a capacidade humana subestimada e menosprezada.

“As unidades de produção operam como a mão vigiada, corrigida e controlada por um cérebro distante”. (BRAVERMAN, 1980, p. 113).

Como principal ator deste cenário industrial, surgiu o trabalhador especializado que era apenas qualificado para a realização de uma pequena parte da tarefa total.

A fragmentação das tarefas trazia algumas vantagens para o capitalista.

1ª A execução de uma função restrita e repetida constantemente resulta em acumulação de experiência, manifestando-se naturalmente em aumento de velocidade e intensificação do trabalho. (MARX, 1989).

2ª Na mesma proporção em que se torna possível a um novo funcionário ser treinado e aprender a executar a tarefa em poucas horas, também a dispensa de outro mais antigo, pode se dar sem causar qualquer problema de continuidade ao processo.

3ª O esmigalhamento das tarefas oferece ao empresário a possibilidade de encontrar justificativas plausíveis para fixar baixos salários, isto é, proporcionais ao tamanho das migalhas que cabe a cada um realizar.

Se, por um lado, a rígida divisão do trabalho possibilita alcançar metas significativas para o capital, tais como maior produtividade, redução dos custos e aumento dos lucros, por outro ela exige repressão, cooptação e cooperação do grupo de trabalhadores para que haja controle das tarefas executadas.

Assim sendo, ao mesmo tempo em que esse modelo de produção encontrou boa aceitação por parte do capitalista, encontrou forte resistência por parte dos trabalhadores.

Enquanto os empresários obtinham vantagens com o aumento da produtividade, os operários enfrentavam grandes dificuldades no processo de ressocialização, pois sua adaptação ao trabalho exigia grande controle de suas capacidades físicas e mentais. (CASTELLS, 2000)

A imposição de tarefas estreitas e repetitivas, reduzidas a um único movimento, normalmente propicia maior fadiga do trabalhador, trazendo como resultados problemas físicos e psíquicos como tiques nervosos, surdez, neurites, tendinites, depressão e irritabilidade. (BRAVERMAN, 1980)

Ainda como consequência da automatização da tarefa, existe uma forte tendência do trabalhador executar sua função de forma mais lenta ou, pelo fato da tarefa não exigir o uso de sua capacidade intelectual, ficar mais exposto aos acidentes de trabalho. (HARVEY, 1994)

Portanto, na medida em que o trabalhador é impedido de efetuar um “trabalho completo com o qual possa identificar sua atividade pessoal faz com que ele se sinta privado de interesse e frustrado”. (FRIEDMANN, 1972, p. 65).

Como forma de contestação à violação das condições humanas de trabalho e a inversa relação entre capacidade e desempenho, os trabalhadores passaram a oferecer resistência aos padrões e exigências patronais, principalmente no que se referia ao ritmo de trabalho. A demonstração desse sentimento, feita de forma coletiva, tinha como

finalidade provocar mudanças no processo de trabalho. (FRIEDMANN, 1972)

Nesse momento histórico destaca-se o papel dos meios de comunicação de massa, das instituições religiosas e educacionais e dos vários setores do aparelho do Estado, na divulgação de ideologias cultivadas pela burguesia e afirmadas como necessárias e verdadeiras.

Segundo HARVEY (1994), essas ideologias apregoam, como parte necessária das propensões psicológicas do trabalhador, as seguintes qualidades:

- busca da identidade através do trabalho;
- iniciativa individual;
- solidariedade social.

Ainda, segundo o autor, também deviam estar presentes na formação profissional dos cidadãos, atributos como:

- educação;
- treinamento;
- ética no trabalho;
- lealdade aos companheiros;
- orgulho local ou nacional.

De certo modo, esse conjunto de mecanismos utilizados pela sociedade tinha como objetivo contribuir para submeter os trabalhadores aos interesses do grupo dominador. É obvio que, apesar de todas as estratégias utilizadas, ainda era necessária à regulamentação e a intervenção do Estado

para compensar as falhas decorrentes da dinâmica do capitalismo.

I.4.b FORDISMO

Em 1914, aprimorando ainda mais o modelo taylorista de produção, Henry Ford implantou o método de produção em série, introduzindo em suas fábricas as chamadas linhas de montagem nas quais os veículos a serem produzidos eram colocados em esteiras rolantes e passavam de um operário para outro, para que cada um fizesse uma etapa do trabalho. Desse modo, a expressão “fordismo” ficou sendo usada como sinônimo de “produção em série”. Esse processo, dentre outras implicações, exigia altos investimentos e grandes instalações.

O modelo fordista estava fundamentado em três princípios básicos, a saber: (HARVEY, 1994)

- Princípio de intensificação que consiste em diminuir o tempo de duração da tarefa por meio do emprego imediato dos equipamentos e da matéria-prima e conseqüentemente da rápida colocação do produto no mercado.
- Princípio de economicidade que consiste em reduzir ao mínimo o volume do estoque da matéria-prima em transformação.
- Princípio da produtividade que consiste em aumentar a capacidade de produção do homem por meio da especialização e da linha de montagem. Assim, produzindo mais em um mesmo período de tempo, o operário pode ganhar mais, dando ao empresário maior produção e, conseqüentemente, maior lucratividade.

- Os trabalhadores enfileiravam-se ao longo de uma linha de montagem e cada membro da cadeia produtiva executava uma determinada tarefa. A linha de montagem, ao mesmo tempo em que determinava o ritmo a ser seguido pelo trabalhador na execução de suas funções, também estabelecia a mais severa inflexibilidade na padronização dos produtos fabricados.

Era preciso habilidade manual para obedecer aos valores fixados pela cronometragem ou para acelerar as tarefas. A definição de padrões de produtividade adequados era feita a partir de um estudo sistemático e tinha como objetivo principal definir o valor dos salários que até então eram constituídos com base no número de peças produzidas. (HARVEY, 1994)

A fim de que fosse possível perceber qual a velocidade máxima que poderia ser utilizada na realização de um trabalho, cada tarefa foi dividida em seus elementos básicos.

A partir da definição do tempo que um homem, dando o melhor de si, levaria para completar uma tarefa, ficou estabelecido o valor do pagamento por peça feita, de modo a garantir ao trabalhador uma remuneração que fosse coerente com sua produção. (HARVEY, 1994)

Ainda no modelo fordista foi adotado o dia de trabalho de oito horas e duplicado o valor do salário para cinco dólares por dia.

Essa medida tinha como objetivo dar aos operários a possibilidade de poder comprar os produtos que fabricavam, pois, como estes passaram a ser feitos em grande quantidade, havia, conseqüentemente, a necessidade de transformar o produtor em consumidor. (ZARIFIAN, 2001)

Nesse momento histórico, a elevação do consumo era entendida como uma condição imprescindível, e que só podia ser atendida se houvesse o barateamento das mercadorias acompanhado do aumento dos salários.

Se a força de trabalho está, no modo de produção capitalista, convertida em mercadoria, e é importante baratear o produto, logo baratear a força de trabalho é fundamental, e para isso é preciso fracioná-la.

Para HARVEY (1994), o que havia de especial em Ford era sua convicção de que a produção em massa significava consumo de massa.

De fato, como consequência do aumento da produção, o modelo fordista proporcionou o barateamento dos produtos, favorecendo o consumo. Por esta razão foi interpretado não apenas como um novo sistema de produção, mas também como um novo modo de vida.

Apesar de os salários terem atingido patamares mais altos e de o trabalhador poder participar da sociedade de consumo, o operário especializado devia ser disciplinado e continuar como um simples executor de ordens.

Além de ser proibida a comunicação das pessoas durante o trabalho em linha, a grande massa de semiquualificados devia cumprir as tarefas prescritas dentro das mais rigorosas normas operativas codificadas, o que provocava uma forte resistência do trabalhador.

Essa resistência, geralmente inserida no conflito capital/trabalho, sempre foi e continua sendo objeto de grande preocupação acadêmica, comprovando que em qualquer processo de produção capitalista a tensão sempre esteve presente.

O avanço tecnológico cada vez mais requintado exerce pressão incessante sobre os trabalhadores e sua adaptação tende a ser permanente, devendo ser renovada a cada geração.

CASTELLS (2000) faz alusões a um número significativo de autores renomados que apresentaram reflexões sobre o tema, entre os quais se destacam GEORGES FRIEDMANN, por suas críticas feitas ao trabalho fragmentado da fábrica taylorista/fordista e Naville, quando denunciou a

alienação dos trabalhadores provocada pela mecanização.

Contra-pondo-se ao fato de que era perfeitamente viável para as corporações atingirem um alto patamar de produtividade, eram feitas exigências normativas por parte da gerência científica. Estas se referiam, principalmente, ao desempenho das tarefas que, em geral, se apresentavam incongruentes com as expectativas do trabalhador. Contrariavam qualquer possibilidade de manifestação de criatividade e poder de decisão, prejudicando a auto-realização do trabalhador e o impedindo de desenvolver uma personalidade saudável.

Corroborando esta assertiva, podemos destacar as idéias de ARGYRIS (1957) no que se refere à castração que, muitas vezes, aqueles que comandam o processo produtivo exercem sobre sua mão-de-obra. Assim, a implantação dos princípios da organização científica da forma como foram idealmente definidos impunham ao trabalhador condutas totalmente incoerentes com as que os seres humanos sadios almejam, tais como:

- a) controle mínimo sobre seu mundo de trabalho cotidiano;
- b) passividade, dependência e submissão;
- c) perspectiva temporal limitada;
- d) aperfeiçoamento e valorização do uso superficial de poucas aptidões;
- e) viver, profissionalmente, sob condições que levam a um freqüente malogro psicológico.

Concluindo, o autor afirma que todas essas imposições são muito mais adequadas às necessidades das crianças em nossas culturas do que as de um profissional experiente.

Segundo FRIEDMANN (1972, p. 74), o modelo taylorista/fordista tem

como características “a decomposição dos movimentos, a separação radical do trabalho intelectual e do trabalho manual e a degradação da aprendizagem nos mais diversos ramos da produção”, o que traz como resultado o aumento da habilidade e da agilidade do trabalhador, o qual passa a produzir grandes lotes em menor espaço de tempo. Com isso, a quantidade de produtos estandarizados aumenta de forma significativa, gerando maior lucratividade para o empregador.

Este processo de fabricação em série tem como escudo a forte divisão técnica do trabalho, o que acarreta maior número de cargos ou funções.

Do ponto de vista administrativo, os níveis de responsabilidade e autoridade também ficam delimitados dentro de uma rígida estrutura hierárquica, formando assim a burocracia organizacional na qual predomina a centralização do poder de decisão.

Com o taylorismo/fordismo, a possibilidade de fazer uso da própria criatividade e atingir sua auto-realização, tornou-se um privilégio de poucos trabalhadores. Com a substituição da ferramenta pela máquina, da produção em pequena escala pela produção típica das grandes corporações, as tarefas se tornaram impessoais e alheias, tirando de seus agentes toda a possibilidade de identificação ou de crescimento pessoal no trabalho. (FRIEDMANN, 1972).

A partir da divisão do trabalho, a alienação em relação ao produto e ao processo de trabalho passa a manifestar-se na vida real do indivíduo. Assim, o bem material por ele produzido deixa de lhe pertencer.

Com a ampliação da administração científica as tarefas foram se tornando cada vez mais fragmentadas e o trabalhador não pôde mais definir o ritmo nem a forma de seu trabalho, passando a ser comandado por forças estranhas a ele. Temos assim a transformação do homem em mercadoria. (FRIEDMANN, 1972).

A alienação é, portanto, explicada como consequência da propriedade privada dos meios de produção e, conseqüentemente, da perda de controle do fruto de seu trabalho, o que impede a realização do ser humano, pois com isso o trabalhador nega-se a si mesmo e sente a sensação de sofrimento em vez de bem-estar. Se, por um lado, o contínuo e gradual avanço da ciência e da técnica facilitou, aperfeiçoou e acelerou a produção, por outro, o trabalhador foi destituído das potencialidades intelectuais, bloqueando sua criatividade e tornando sua tarefa diária desmotivadora e alienadora. A centralização do planejamento e a introdução de novas divisões de competência também colaboraram para sua rotinização. (HARVEY, 1994)

Tendo em vista a necessidade de aprimorar as formas de controle e execução das tarefas, o sistema de racionalização do trabalho se tornou mais efetivo, intensificando o setor de planejamento.

Intensificar o setor de planejamento significou aumentar a burocracia da organização. Os burocratas colocados dentro de uma escala hierárquica passaram, por sua vez, a elaborar normas para administrar coisas e pessoas, tornando o sistema totalmente impessoal e inflexível.

“A organização racional é, assim, alienadora: os princípios orientadores da conduta e da reflexão, e com o tempo também da emoção, não estão centralizados na consciência individual do homem da Reforma, ou na razão independente do homem cartesiano. Os princípios orientadores são, na verdade, alheios e em contradição a tudo o que se tem compreendido historicamente como individualidade. Não será demais dizer que no desenvolvimento extremo, a possibilidade de razão que tem a maioria dos homens é destruída, à medida em que a racionalidade aumenta e sua localização, seu controle, passa do indivíduo para a organização em grande escala. Há, então, racionalidade sem razão. Essa racionalidade não está de acordo com a liberdade, sendo, antes, a sua destruidora”. (MILLS, 1969, p. 185).

A racionalização da burocracia faz desaparecer a valorização dos sentimentos humanos e as pessoas, dentro das organizações, passam a ser tratadas como “coisas”.

Essa forma de dominação permite ao burocrata manter-se não apenas encapsulado como também justificar suas decisões a partir de normas estabelecidas pela própria burocracia vigente.

MARX (1989), que considerava a classe operária alienada, não previu que tanto o “empregado de escritório” como o “diretor de empresa” acabaria se tornando tão alienado quanto o próprio operário especializado, pois além de tudo, nos dois casos, ainda são obrigados a demonstrar que possuem certos atributos psicológicos acondicionados em uma “personalidade atraente”, manipulam símbolos e vendem seu sorriso. Considerados os “verdadeiros homens da organização” estes são os trabalhadores que idolatram a empresa. (FROMM, 1962, p. 62).

Reforçando essa idéia, também podemos lembrar que em certas profissões, “o aparecimento do mercado da personalidade” aumentou o grau de alheamento diante de si mesmo e dos outros. “A possibilidade de desenvolver e usar a razão individual são com freqüência destruídas pela centralização das decisões e racionalização formal da burocracia”. (MILLS, 1969, p. 243).

Devemos reconhecer que, na busca por lucratividade, o sistema capitalista desenvolveu maior interesse em desdobrar as tarefas do que transformá-las em atividades mais motivadoras para o trabalhador. Isto provocou maior valorização da dimensão objetiva do trabalho enquanto a dimensão subjetiva passou a ser, na maioria das vezes, interpretada como algo sem importância. “Tudo aquilo que está em relação indireta ou direta com o sujeito do trabalho fica num plano secundário”. (LABOREM EXERCENS, 1981, p. 17).

Apesar das imperfeições que caracterizavam o sistema de produção

taylorista/fordista, as corporações continuavam, embora dentro de uma padronização inflexível, fabricando grande quantidade de produtos.

Apesar de esse sistema ter atuado sob a mais completa falta de flexibilidade, não permitindo qualquer resquício de responsabilidade, de estímulo à imaginação ou ao desenvolvimento da inteligência e ter propiciado elementos suficientes para ser satirizado por Charles Chaplin em Tempos Modernos, Ford fabricou muitos carros a preços acessíveis, se expandiu por toda parte e possibilitou o surgimento de um novo mundo corporativo.

Nem mesmo as escolas posteriores, tais como a de Relações Humanas ou de Psicologia e Sociologia Industrial, conseguiram superar o modelo taylorista/fordista que, apesar de violentar as condições humanas de trabalho, atendia plenamente aos anseios do capital. (LABOREM EXERCENS, 1981)

Assim, RIFKIN (1995) afirma que, no final da década de 1950 e início dos anos 60, quinhentas corporações gigantes produziam a metade de todo o produto industrial dos Estados Unidos e quase um quarto da produção industrial do mundo não comunista. Elas eram como gigantes movendo-se pesada e desajeitadamente.

Malgrado longo período de apogeu do velho modelo de produção, o fordismo enfrentou alguns impedimentos para sua disseminação, principalmente nos anos entre – guerras. Dentre eles, RIFKIN (1995) destaca:

1º Os trabalhadores americanos, através da reativação de movimentos sociais classistas, manifestavam sua hostilidade e insatisfação em relação ao sistema de produção que lhes era imposto. A discordância dos trabalhadores era decorrente não apenas da exigência de um trabalho rotinizado, feito por longas horas, como também da perda de controle, do ritmo e da organização do processo produtivo, além da impossibilidade de

utilização de habilidades manuais tradicionais. Estes sentimentos da classe trabalhadora, após provocarem alarmante rotatividade, cederam lugar ao fluxo contínuo da mão-de-obra imigrante.

2º Os mecanismos de intervenção estatal também se constituíram numa barreira à disseminação do fordismo. Para atender aos requisitos deste processo produtivo, o Estado precisou criar um novo modo de regulamentação. Entretanto, só após a depressão dos anos 30, caracterizada pela falta de demanda de produtos, o Estado se sentiu encorajado a utilizar seus poderes para que o capitalismo voltasse a se estabilizar.

A crise estrutural do capital também pode ser explicada pelo abalo na estabilidade do poder de dominação de uma elite econômica que se sentiu afetada pela queda da taxa de lucro, o que por sua vez se refletiu em crescente desemprego. Até mesmo FORD que, baseado na sua convicção da regulamentação corporativa da economia, tinha aumentado os salários de seus empregados, diante das leis coercitivas da competição, se sentiu obrigado a demitir pessoal e cortar salários. (HARVEY, 1994)

Entretanto, apesar da existência de diferenças significativas entre os setores econômicos e as regiões geográficas, podemos destacar, como principais características deste período, a intervenção do Estado na administração da sociedade e a inclusão de grupos de trabalho subordinados.

O Estado emblemático pelo fordismo adotou políticas keynesianas, tanto para o controle fiscal, quanto para a regulação dos planos socioeconômicos, nas áreas da saúde, da educação e do bem-estar social.

A dinâmica contraditória e excludente do capitalismo, acompanhada da superprodução gerou excesso de produtos sem demanda. A mercadoria produzida não sendo consumida por falta de comprador, não se transformava em dinheiro, rompendo o ciclo do capital. “A retração do

consumo que se acentuava” era consequência do “desemprego estrutural que então se iniciava” ao mesmo tempo em que se expressava uma “crise estrutural do capital”. (ANTUNES, 2001, p. 29-3.)

Assim, ANTUNES, (2001) diz que, outros dois elementos que também contribuíram fortemente para o fracasso desse modelo de produção foram: a inflexibilidade decorrente da fragilidade tecnológica da época e as estratégias ultrapassadas usadas para lidar com a mão-de-obra. Como exemplos dessas estratégias, se permitem citar a maior relevância dada ao trabalho individualizado e o tratamento desrespeitoso dado ao trabalhador, subestimando sua capacidade intelectual.

Desta forma, a partir de 1945, perdurando por aproximadamente 30 anos, houve como paradigma o modelo fordista de produção. Foi um período que se caracterizou por uma gestão científica da organização do trabalho constituído por um modelo de desenvolvimento complexo, assentado em uma forma típica de regulação institucional do trabalho. (ANTUNES, 2001)

Durante o pós-guerra, as plantas industriais de produção fordista encontravam-se, predominantemente, nos Estados Unidos da América e, a partir dessa configuração, a nação norte-americana assumiu a hegemonia na produção mundial de bens. (ANTUNES, 2001)

Assim, além do desenvolvimento ter se processado de maneira desigual entre as nações, os EUA, como potência hegemônica, passaram a estabelecer a ordem financeira, fixando o dólar como padrão monetário entre as nações, em substituição ao padrão ouro fixado no século XIX. Esta ordem financeira foi implantada há cinquenta anos, através da conferência de Bretton-Woods de 1944, realizada na cidade de New Hampshire. A partir desta conferência, quatro importantes instituições multilaterais foram criadas: O Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial, o Banco Internacional pela Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e, posteriormente, em 1947, surgiu o fórum internacional (GATT) para regular, através da concordância das nações signatárias, a redução das tarifas e as

regras do sistema de troca. (HARVEY, 1994)

Praticamente, em todo pós-guerra, os EUA usaram sua considerável influência sobre o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial para restabelecer a primazia do mercado na alocação dos recursos dentro das economias nacionais e para estabelecer a plena conversibilidade das moedas.

Ainda segundo HARVEY (1994), pelo fato de o fordismo do pós-guerra ter trazido consigo uma nova cultura internacional, não deve ser visto apenas como um sistema de produção em massa, mas como um novo modo de vida.

Este sistema aumentou a inclusão das pessoas marginalizadas, elevou substancialmente o salário e, em termos das democracias sociais, ampliou significativamente a participação do trabalho.

Vale lembrar que nem todos foram atingidos por esses benefícios. Assim, as desigualdades resultantes provocaram insatisfação, mesmo no apogeu do sistema, estimulando os excluídos a exteriorizarem esse sentimento por meio de sérias reações. Muitas vezes esse descontentamento era responsável por desordens civis.

Os trabalhadores excluídos pelo sistema fordista, portanto sem acesso ao trabalho privilegiado da produção em massa, também não tinham acesso ao consumo de massa.

Essas minorias excluídas atacavam os sindicatos que eram acusados pela opinião pública de constituírem grupos que buscavam apenas atingir seus próprios interesses e não a objetivos gerais.

A legitimação do poder do Estado era avaliada pela capacidade de levar os benefícios do fordismo a toda a população através de políticas redistributivas ou ações legais que minorassem os efeitos da desigualdade social. Era preciso encontrar meios para oferecer assistência médica,

habitação e serviços educacionais, atendendo, assim, aos anseios da sociedade. (HARVEY, 1994).

No período pós-guerra, o fordismo se tornou uma questão internacional, deixando de florescer apenas nos Estados Unidos. Ao se iniciar a década de 40, esse sistema de produção, por meio de políticas impostas na ocupação ou indiretamente por meio de corporações americanas que buscavam mercados externos para colocar seus produtos, passou a se desenvolver de forma bastante consistente tanto na Europa quanto no Japão.

Na França, diante do desafio americano, até mesmo os sindicatos liderados por comunistas, viam o fordismo como garantia de autonomia econômica nacional.

Segundo ANTUNES (2001), com o fortalecimento dos sindicatos, a massa trabalhadora alcançou algumas conquistas no período pós-45, e, posteriormente, com a intensificação da luta de classes nos anos 60, as despesas com o pagamento da força de trabalho aumentaram, provocando uma diminuição nas taxas de lucro.

A produção em grande quantidade não se restringiu apenas à indústria automobilística, mas se estendeu aos mais diversos ramos de atividades.

O ápice do fordismo ocorreu nas décadas de 1950 e 1960 que ficaram conhecidos na história do capitalismo como os anos dourados.

I.4.c A NOVA ECONOMIA MUNDIAL E A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA- TOYOTISMO

As transformações da economia mundial, que dão origem a um novo modo de acumulação do capital, e as transformações do processo de trabalho, que a tipificam, exigem novos rearranjos institucionais e/ou uma nova regulamentação de todas as esferas da vida:

“... uma materialização do regime de acumulação, que toma a forma de normas, hábitos, leis, redes de regulamentação, etc. que garantam a unidade do processo, isto é, a consistência apropriada entre comportamentos individuais e o esquema de reprodução. Esse corpo de regras e processos sociais interiorizados tem o nome de modo de regulamentação” (LIPIETZ apud HARVEY, 1992, p. 117).

Nasce, então, uma nova forma de acumulação do capital em substituição ao período fordista de organização do processo de trabalho, que HARVEY (1992) denominou “acumulação flexível” e CASTELLS, (2000) “economia informacional e global”, cujas características podem ser assim sintetizadas:

- internacionalização ou globalização da produção e dos mercados;
- acirramento da competição internacional;
- desenvolvimento de uma nova lógica organizacional, que resultou na transição da produção em massa para a produção

flexível, ou do fordismo ao pós-fordismo, graças às novas tecnologias que

“permitem a transformação das linhas típicas da grande empresa em unidades de produção de fácil programação que podem atender às variações do mercado (flexibilidade do produto) e das transformações tecnológicas flexibilidade do processo” (CASTELLS, 2000, p. 176)

- formação de redes entre pequenas e médias empresas sob o controle de sistemas de subcontratação ou sob o domínio financeiro/tecnológico de empresas de grande porte, ou formação de redes multidirecionais entre pequenas e médias empresas, como as das regiões industriais italianas, por exemplo;

- maximização da produtividade baseada em conhecimentos,

“por intermédio do desenvolvimento e da difusão de tecnologias da informação e pelo atendimento dos pré-requisitos para sua utilização (principalmente recursos humanos e infra-estrutura de comunicações” (CASTELLS, 2000, p. 226)

As tecnologias da informação conjugadas às novas técnicas gerenciais do processo de trabalho transformam o interior das fábricas e dos escritórios, imprimindo-lhes uma nova face, cujas principais características são:

- redução das dimensões físicas das unidades empresariais, em virtude não só do desenvolvimento do processo de subcontratação e terceirização, como também da adoção dos métodos japoneses de controle de qualidade total, cujos fundamentos se expressam nos conhecidos cinco S: seiki: senso de utilização racional dos recursos para evitar desperdício; seiton: senso de organização; seison: senso de limpeza e conservação dos equipamentos; seiketsu: senso de saúde, física e mental; shitsuke: senso de autodisciplina, visando, como se verifica, sobretudo a utilização racional dos recursos para evitar desperdício e a obtenção de uma produção com zero de defeitos, além, é claro, de um rígido controle dos estoques que deu origem ao método just-in-time ou produção sem estoques;

- redução da estrutura de autoridade hierárquica com o surgimento de equipes multifuncionais com autonomia para a tomada de decisões operacionais;

- redução dos postos de trabalho, pois que a nova lógica organizacional se fundamenta nos princípios de integração e supervisão de todo o sistema de produção e, na “dissociação entre sistema técnico e sistema de trabalho, que passam a ser ligados por um novo sistema, o informacional” consolidando o princípio de cooperação mútua que, em decorrência, aumenta a responsabilidade profissional de cada um e de todos; (ZARIFIAN, 1990, p. 82),

- fim, portanto, da execução de tarefas parcelares, simplificadas e repetitivas, exigindo-se dos trabalhadores capacidade de compreensão da totalidade do processo de trabalho, versatilidade em várias tarefas, rápida adaptação às inovações e precisão na tomada de decisões, uma vez que os novos princípios de gestão enfatizam o processo e não a estrutura e a função;

- forte envolvimento, em consequência, de todos os trabalhadores em todas as etapas do processo de trabalho, tendendo a permitir o fim da

total dissociação entre gerência científica e chão de fábrica que caracterizou as formas taylorista e fordista da organização do trabalho;

- adoção do princípio de aperfeiçoamento contínuo do processo (kaizen), encorajando, assim, os trabalhadores ao desenvolvimento e à utilização de suas potencialidades, isto é, inteligência, criatividade, espírito crítico e iniciativa, em todas as etapas da produção e/ou da prestação de serviços, permitindo-se vislumbrar aí o início de um novo processo, o da re-humanização do trabalho, degradado pela universalização do taylorismo e fordismo no século XX. (ZARIFIAN, 1990).

O novo modo de acumulação do capital, gestado na crise econômica das últimas décadas do século XX e na tentativa de solução da crise, por sua vez, dá origem a novos problemas, dificuldades e frustrações, mas também a novas expectativas, interesses, desejos e tentativas de resolução de problemas e realização dos desejos, no infinito processo de reconstrução da História. (CASTELLS, 2000).

Dentre os problemas, dificuldades e frustrações criados pelo novo modo de acumulação do capital e, mais imediatamente, pela reestruturação produtiva, com graves consequências para os trabalhadores e governos de todos os países do mundo, em especial dos países subdesenvolvidos, ressaltem-se a elevação dos índices de desemprego; o surgimento de novas e precárias relações de trabalho; o aumento considerável do mercado informal de trabalho; a exigência de novas competências profissionais adquiridas nos bancos escolares para a garantia de empregabilidade, quando a grande maioria dos trabalhadores dos países mais pobres não tem acesso à escolaridade segundo os padrões de excelência, agravando sobremaneira a sua situação. (HARVEY, 1994).

Para os governos, os problemas sociais e políticos que daí decorrem atingem dimensões extraordinárias e exigem maior eficiência administrativa

e maior competência política para firmar acordos nacionais e internacionais que permitam a elaboração de novas estratégias para reverter a situação de crise que se expressa no aumento da violência urbana, nos déficits da Previdência Social, nos conflitos comerciais internacionais, na ameaça de volta da ciranda inflacionária e, sobretudo, no sofrimento de milhões de famílias atingidas pela falta de perspectivas e de esperança no curto prazo. (CASTELLS, 2000).

Muitos autores, como HARVEY (1994), ZARIFIAN (2001), CASTELLS (2000), têm demonstrado a inadequação do conceito de qualificação profissional para caracterizar o perfil dos trabalhadores da economia informacional. Na medida em que as novas tecnologias e as novas técnicas gerenciais, isto é, a nova lógica organizacional do processo de trabalho tende a fazer desaparecer os postos de trabalho individualmente assumidos, enfatizando a noção de processo e não mais a de estrutura e função, perde significado o conceito de qualificação profissional elaborado para indicar as qualificações do emprego, do posto de trabalho, ou seja, as dificuldades para a realização das tarefas a ele inerentes e as qualidades ou qualificações requeridas do trabalhador para realizá-las bem.

O conceito de competência, tal como tem sido desenvolvido e utilizado, ao contrário do conceito de qualificação profissional, concentra-se nas qualidades intelectuais, mentais, culturais, sócio motivacionais da pessoa do trabalhador e que lhe permitem a compreensão da totalidade do processo de trabalho, a versatilidade em várias tarefas, a capacidade de tomar decisões rápidas e corretas e a participação em equipes multifuncionais. “O interesse de um enfoque pela competência é que ele permite concentrar a atenção sobre a pessoa mais do que sobre o posto de trabalho e possibilita associar as qualidades requeridas do indivíduo e as formas de cooperação intersubjetivas características dos novos modelos produtivos. A grande qualidade – e talvez o risco? – do conceito de competência é a de remeter, sem mediações, a um sujeito e a uma subjetividade. Qualificação é um conceito multidimensional e pode remeter à qualificação do emprego, do

posto de trabalho, à qualificação do indivíduo, à relação social capital/trabalho, etc.”. (HIRATA, 1997).

As dificuldades para corresponder às novas exigências dos mercados de trabalho impõem um enorme sacrifício e sofrimento para milhões de trabalhadores à procura de um emprego ou mesmo preocupados com a manutenção de seus empregos sem que tenham tido a oportunidade de adquirir os requisitos que hoje definem a competência. Para adquiri-los é preciso voltar aos bancos escolares do ensino fundamental, médio ou superior, em cursos noturnos, freqüentar aulas de informática, tentar aprender inglês, etc. ou conformar-se com a condição de excluído do mercado formal de trabalho.

Apesar da manutenção de formas tradicionais de organização do processo de trabalho em alguns ramos da economia, os altos índices de desemprego permitem às empresas proceder a um processo seletivo rigoroso dos candidatos a um emprego, impondo-lhes sofisticadas competências mesmo quando os postos de trabalho a ocupar não as requerem. (HIRATA, 1997)

Assim, se associam as noções de empregabilidade e competência. Se a empregabilidade é a probabilidade de saída do desemprego ou capacidade de obter um emprego, as duas noções se associam na medida em que a obtenção de um emprego, como também a sua manutenção, depende da competência do candidato ou empregado, num processo de atribuição de toda a responsabilidade pelo desemprego à incapacidade do trabalhador. (HIRATA, 1997)

O autor revela que, são sérias as implicações políticas e sociais dessa associação dos conceitos de empregabilidade e competência, pois é sabido que vários fatores determinam a situação dos mercados de trabalho, sobretudo os de ordem macroeconômica que resultam da adoção de políticas econômicas e sociais específicas e das conjunturas econômicas

nacionais e internacionais para favorecerem a geração de empregos e ultrapassar a vontade e o âmbito da atuação do indivíduo.

Além disso, as transformações tecnológicas e organizacionais do mundo do trabalho, como já foi salientado, tendem a reduzir significativamente a oferta de empregos e, por isso, a aquisição de novas competências profissionais por meio da educação escolarizada não terá como consequência a garantia de emprego para a maioria da força de trabalho disponível mesmo em conjunturas econômicas altamente favoráveis. (HIRATA, 1997)

Por essa razão, o conceito de empregabilidade tem limitado alcance social: o jovem estudante de hoje deve ser muito mais preparado para assumir a responsabilidade de garantir a própria sobrevivência e a de sua futura família não como empregado, mas como trabalhador autônomo sujeito de novas relações sociais de trabalho.

Perde importância, pois, o conceito de empregabilidade e sua compreensão como uma radicalização da teoria do capital humano, tão duramente criticada desde o nascedouro. Ganha importância a educação escolarizada para permitir a sobrevivência do maior número de pessoas quaisquer que sejam as relações de trabalho, assalariadas ou não, graças à aquisição das competências necessárias para a realização do trabalho nas novas condições tecnológicas e organizacionais da produção e da prestação de serviços, sendo processo irreversível o desenvolvimento científico e tecnológico.

E essas competências para trabalhar nas novas condições resultam do desenvolvimento das potencialidades de inteligência, criatividade, espírito crítico e iniciativa, promovido por uma escola na qual se aprendeu a aprender e que, simultaneamente, permite a transformação do jovem estudante num verdadeiro cidadão, capaz de tornar-se sujeito da História e realizar-se a si mesmo. As novas competências, isto é, os novos conhecimentos e capacidades exigidos dos trabalhadores pela

reestruturação do mercado de trabalho não têm, portanto, apenas valor econômico.

Investir em educação significa muito mais do que “transformar trabalhadores em capitalistas, não pela difusão da propriedade das ações da empresa (...), mas pela aquisição de conhecimentos e de capacidades que possuem valor econômico” (SCHULTZ, 1973, p. 35), tal como afirmava o mais importante autor da teoria do capital humano. Investir em educação e aprender a aprender significa, ao mesmo tempo, adquirir as condições para a formação de um capital intelectual cuja valorização resulta da compreensão da necessidade de se realizar o trabalho de transformação da estrutura social, de consolidação e efetivação dos ideais democráticos, abrindo o caminho para a emancipação humana.

I.4.d GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

O sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes. No caso das organizações de saúde, essa observação se aplica de modo radical, porque dependem, utilizando as expressões de DUSSAULT apud KLIKSBURG (1988:63) “[...] de seus operadores, em primeiro lugar”, são “organizações profissionais” onde “[...] o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais”.

A Gestão do Trabalho no SUS trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu

ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

A implementação desta proposta vem sendo difundida a partir de 2003, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - **SGTES** - no Ministério da Saúde e de seus dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - **DEGERTS** e Departamento de Gestão da Educação na Saúde - **DEGES**

O significado prático desta situação abordada se encontra presente no cotidiano de todos que labutam nos estabelecimentos de saúde, tanto daqueles que realizam as atividades como dos que são responsáveis pela direção institucional. Os primeiros, os “operadores”, têm, muitas vezes, apenas uma difusa idéia dessa questão, mas seu comportamento efetivo não deixa dúvidas a esse respeito, na medida em que preservam, com todo zelo, os limites de autonomia possível em cada ato de seu trabalho.

Os dirigentes, ainda quando não se apercebiam formalmente daquele conceito, reconhecem que seu papel no desempenho final da organização é muito limitado, restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas possíveis para seu funcionamento. Quem decide a indicação de medicamentos, equipamentos e

outros insumos? Quem administra seu uso? Como o faz? Quem poderia controlar sua aplicação adequada e econômica? (DUSSAULT, 1992)

Não há dúvida que as respostas apontarão os responsáveis pela execução direta das atividades, demonstrando que o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços na ponta da linha. Esse enfoque corresponde, sob a ótica da ciência administrativa, ao que tem sido analisado por outros autores, numa trilha mais influenciada pela economia política, constatando a relevância, ou melhor, a transcendência do trabalho no processo de produção de serviços de saúde. (NOGUEIRA, 1991)

Outra característica das organizações sanitárias ressaltada por DUSSAULT apud KLIKSBURG (1988:78) decorre do fato de que os “serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar”. Essa questão vem ocupando as atenções de muita gente há muito tempo, tendo adquirido renovado interesse na era atual, em virtude de dois fatores fundamentais: a elevação da consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades e o avanço dos direitos sociais quanto ao seu atendimento. A discussão sobre a adequação da oferta de serviços de saúde no contexto da modernidade das relações sociais passa a ter um participante destacado, o próprio usuário de tais serviços, tradicionalmente apelidado de paciente.

Seus interesses passam a ser considerados de uma forma nova, especialmente porque vão sendo progressivamente assumidos e defendidos pelos próprios usuários. Ao mesmo tempo em que se reduz a intermediação historicamente feita pelos profissionais de saúde, mormente os médicos, que sempre se julgaram conhecedores das necessidades de seus pacientes e, portanto, defensores ou árbitros de seus interesses.

Há mais de duas décadas, o Brasil vem redefinindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde. Nos anos noventa, os papéis e funções dos entes federados foram reformulados e este novo modelo foi organizado de

outros insumos? Quem administra seu uso? Como o faz? Quem poderia controlar sua aplicação adequada e econômica? (DUSSAULT, 1992)

Não há dúvida que as respostas apontarão os responsáveis pela execução direta das atividades, demonstrando que o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços na ponta da linha. Esse enfoque corresponde, sob a ótica da ciência administrativa, ao que tem sido analisado por outros autores, numa trilha mais influenciada pela economia política, constatando a relevância, ou melhor, a transcendência do trabalho no processo de produção de serviços de saúde. (NOGUEIRA, 1991)

Outra característica das organizações sanitárias ressaltada por DUSSAULT apud KLIKSBERG (1988:78) decorre do fato de que os “serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar”. Essa questão vem ocupando as atenções de muita gente há muito tempo, tendo adquirido renovado interesse na era atual, em virtude de dois fatores fundamentais: a elevação da consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades e o avanço dos direitos sociais quanto ao seu atendimento. A discussão sobre a adequação da oferta de serviços de saúde no contexto da modernidade das relações sociais passa a ter um participante destacado, o próprio usuário de tais serviços, tradicionalmente apelidado de paciente.

Seus interesses passam a ser considerados de uma forma nova, especialmente porque vão sendo progressivamente assumidos e advogados pelos próprios usuários. Ao mesmo tempo em que se reduz a intermediação historicamente feita pelos profissionais de saúde, mormente os médicos, que sempre se julgaram conhecedores das necessidades de seus pacientes e, portanto, advogados ou árbitros de seus interesses.

Há mais de duas décadas, o Brasil vem redefinindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde. Nos anos noventa, os papéis e funções dos entes federados foram reformulados e este novo modelo foi organizado de

forma regionalizada, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando o controle social.

Como consequência dessa transformação, os estados e municípios, muitas vezes, tiveram que buscar alternativas de contratação dos novos trabalhadores, em função do constrangimento legal da Lei de Responsabilidade Fiscal e sem orientações corretas e claras de como proceder a essas novas exigências. Sobretudo, pelas características dos programas e pela sua instabilidade administrativa e orçamentária.

Assim sendo, os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando, inclusive, parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e contratos com cooperativas. Com isso, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS.

Diante dessa situação, este governo entende ser importante o processo de despreciação do trabalho em saúde com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), criou o Programa Nacional de Despreciação do Trabalho no SUS – Desprecia SUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo.

Esses são tópicos atualíssimos para reflexão e debate no momento em que tanto se fala em gestão de qualidade total e das possibilidades de sua aplicação no campo dos serviços de saúde.

No que se refere à avaliação dos serviços, mesmo as metodologias mais tradicionalmente aceitas, assentadas geralmente no enfoque epidemiológico ou estatístico, encontram críticas quanto à sua adequação às necessidades objetivas e específicas dos usuários. Até mesmo, quanto à sua utilidade para a prática cotidiana dos profissionais de saúde, no que diz respeito às decisões de diagnóstico e tratamento e avaliações de prognóstico.

Consequência freqüente dessa “multidimensionalidade” das necessidades e das formas de atendê-las é o desencontro ou a falta de sintonia entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços, disjunção que muitas vezes se expressa em conflito usuário-prestador. (DUSSAULT apud KLIKSBERG, 1988).

A prestação de cuidados de saúde é, essencialmente, um serviço público, no sentido mais simples e objetivo de ser uma atividade de interesse do público, ou do povo, já que a todos interessa, num ou noutro momento da vida, valer-se de tais cuidados.

Por ser um serviço, aí implicadas as dimensões de consumo e produção, pode-se dizer que sua realização é uma função que, envolvem múltiplos interesses. Onde se destacam, de um lado, aqueles das diferentes clientelas irmanadas pela motivação de seu consumo e, de outro, por ser um serviço complexo cuja oferta resulta da atuação de múltiplos agentes. Também os interesses desses agentes todos, representados numa classificação simplificada pelos profissionais e pelos gestores dos serviços. (DIAMOND & DENTON, 1993)

A abordagem dessas dimensões da organização dos serviços de saúde nos leva a considerar uma das suas mais expressivas

características: a presença de variados e, por vezes, divergentes interesses no campo da sua oferta e consumo.

Aqui, interessa destacar a presença e a importância dos três parceiros acima referidos (os usuários, os profissionais e os gestores), embora exista ainda uma série de outros interessados que, direta ou indiretamente, se fazem presentes no processo de produção-consumo de serviços de saúde, como os setores de fabricação e comercialização de produtos farmacêuticos e de equipamentos.

É ainda interessante chamar a atenção, quanto às peculiaridades das organizações de serviços de saúde, para o caso em que os mesmos são oferecidos pelo poder público, quando, ainda no dizer de DUSSAULT (1992), dependem em maior grau do que as demais do ambiente sócio-político. Seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização, além de estarem expostas à “contaminação burocrática, isto é, o tipo de regulamento desenvolvido na burocracia estatal”.

Esses aspectos relativos à interferência de objetivos estranhos às organizações de saúde oriundos do próprio poder público, seja das direções políticas ou da burocracia governamental, merecem ser ressaltados pois ajudam a entender as limitações ou dificuldades para o desempenho gerencial nos estabelecimentos públicos.

A gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações. Com esse enfoque não se pretende fugir da velha discussão sobre a relevância das dimensões políticas sobre os aspectos técnicos do planejamento e operação dos serviços de saúde, mas apenas reconhecer uma situação cada dia mais evidente no cotidiano dos estabelecimentos de saúde: o crescimento da demanda por capacidade gerencial. (NOGUEIRA, 1991)

O equacionamento dessa demanda por capacidade gerencial inclui, além do delineamento do perfil gerencial desejável e da implementação de estratégias de capacitação adequadas, a busca de novos paradigmas, isto é, a adoção de novos conceitos e novas práticas de gestão, destacando-se aqui os pontos que se referem à organização do trabalho. (DUSSAULT 1992).

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. Todos reconhecem que o desempenho de qualquer organização depende do seu pessoal. Esse ponto é proclamado em alto e bom som por executivos de todos os setores, sendo muito conhecidas de todos os que trabalham no ramo da saúde as declarações com esse teor dos dirigentes institucionais, em especial no início de suas gestões.

Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. É exatamente por isso que se disse antes que esta é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais. A política de pessoal resulta na

“[...] construção de um sistema administrativo amplo que inclua uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários [...] Quando hoje sabemos que, além da logística, uma política efetiva de pessoal implica uma agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e público, o desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos, etc”. (KLIKSBURG 1988:81)

O que se quer dizer, afinal, é que a reversão do quadro de inoperância dos serviços de saúde, ao passar pela questão da gerência, não deve postergar a discussão e a implementação de medidas que levem em

consideração os seguintes pontos: reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização, o que implica, no plano institucional, a prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o controle no desempenho de atividades programadas por outrem pela responsabilização para com os objetivos e as práticas institucionais;

Efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, o que demanda ações e iniciativas dos gestores que extrapolam as fronteiras dos serviços de saúde, situando-se no campo das negociações com as estruturas do Estado e das organizações corporativas dos trabalhadores.

São esses os requerimentos básicos da nova concepção gerencial para os serviços de saúde, naquilo que diz respeito à área de recursos humanos. Enquanto funções da estrutura organizacional, competem à sua direção e a todos os escalões administrativos, nunca reduzindo-se a uma responsabilidade setorializada da área ou do órgão de pessoal, nem tampouco restringindo-se à alçada de especialistas ou assessores em desenvolvimento de recursos humanos.

I.4.e IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DO TRABALHO

Os argumentos considerados anteriormente atestam a importância do trabalho no processo de produção-consumo de serviços de saúde, o que, naturalmente, dispensaria delongas quanto à importância da sua gerência.

O que se pretende neste tópico é discutir alguns aspectos da gestão do processo de trabalho que, estão associados ao baixo desempenho das organizações de saúde.

Segundo NOGUEIRA, (1991) Os objetivos da gerência de recursos humanos nos serviços de saúde são:

a) Apontar as formas de intervenção para enfrentar as conseqüências deletérias da divisão do trabalho em saúde, que se expressam em desumanização e risco no atendimento, em alienação do trabalhador e em prejuízo ou desperdício para os serviços.

b) Buscar solução para os conflitos ocorrentes na produção dos serviços de saúde, resultantes da contradição entre interesses de usuários, trabalhadores e dirigentes/chefias nos serviços de saúde.

c) Contrabalançar a influência corporativa dos profissionais de saúde no dia-a-dia dos serviços, quando as estratégias de defesa dos seus interesses interferem com o atendimento daqueles que necessitam de tais serviços.

d) Estabelecer, consolidar e aperfeiçoar mecanismos e instrumentos que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços nos estabelecimentos de saúde, mormente no caso do setor público.

e) Estabelecer e promover estímulo aos trabalhadores a alcançarem seus próprios limites de desempenho, visando a melhoria da produtividade com qualidade na produção dos serviços de saúde.

Assim, a síntese destes objetivos são:

- evitar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais;

- mediar os conflitos de interesse que muitas vezes surgem nos ambientes de trabalho, tanto dentro da própria equipe profissional como com os usuários;

- contribuir para o controle da produção e da qualidade do atendimento.

Parte das dificuldades para a gestão adequada de recursos humanos nos serviços de saúde decorre da regulamentação do trabalho, que não considera as peculiaridades deste específico setor de atividades.

Assim, o desempenho de ocupações nos serviços de saúde deveria implicar um compromisso com o atendimento de necessidades e interesses dos seus usuários. Entretanto, não parece haver nada estabelecido nas regras do contrato de trabalho que possibilite a cobrança de tal compromisso, o que, em certa medida, respaldaria o cumprimento dos direitos sociais dos usuários, garantidos hoje pela própria Constituição Federal.

A instituição de certas medidas que visem a otimização do desempenho dos serviços, como o sistema de incentivos à produtividade, esbarra em restrições decorrentes da aplicação de princípios legais do contrato de trabalho, uma vez que não existe uma regulamentação que diferencie tais incentivos, percebíveis em condições específicas de desempenho no trabalho, de outras vantagens incorporáveis de forma permanente como direitos do trabalhador. (NOGUEIRA, 1991)

As práticas de controle do trabalho, destinadas a combater os efeitos deletérios da falta de coordenação e integração dos múltiplos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços, não têm sido adotadas como rotina nos estabelecimentos de saúde ou, o que é ainda mais grave, não estão disponíveis enquanto métodos de supervisão, coordenação ou comando do processo de trabalho nos moldes em que este se desenvolve naqueles estabelecimentos.

Desta forma, a questão central posta em discussão poderia sintetizar-se na pergunta: como tratar as relações de trabalho enquanto o

objeto privilegiado da gestão de recursos humanos na área da saúde?
(NOGUEIRA,1991)

Esse enfoque tem importância mais analítica, apresentando visões polarizadas do tema em torno daquelas disciplinas. A visão mais totalizadora do tema deve considerá-lo em três abordagens complementares:

- na dimensão econômica, enquanto relações de troca, isto é, a permuta entre “capacidade” de trabalho por salário (ou outra denominação que se dê à remuneração), onde capacidade de trabalho é entendida como seu potencial de utilidade, podendo ser designada simplesmente enquanto trabalho e tratada como uma mercadoria;

- na dimensão político-ideológica, enquanto relações de poder e espaço de engendramento de conflitos, e, portanto, campo de possibilidades de enfrentamento entre os interesses do trabalho ou do trabalhador.
- na dimensão organizativa do processo produtivo, enquanto relações decorrentes da divisão do trabalho, ou seja, aquelas que se estabelecem, indispensavelmente, entre os diversos atores que interagem na “cadeia” de produção.

(NOGUEIRA, 1991:38)

De modo equivalente, a abordagem das relações de trabalho na perspectiva da gerência desdobra-se em três áreas: na negociação do preço do trabalho, na interação com os trabalhadores e suas organizações e no enfrentamento dos efeitos da divisão do trabalho, correspondentes aos seguintes planos de atuação:

- no campo da atividade econômica, especificamente, da dinâmica do mercado de trabalho do setor saúde, nos seus ramos privado e público;

- no espaço das definições e ações jurídicas, desde a legislação até o cumprimento de suas obrigações (no caso da administração

pública, exigência inarredável decorrente do princípio da legalidade que a preside), na interação com os trabalhadores, individualmente ou através de suas representações coletivas;

•no âmbito do processo de trabalho, no trato das relações entre os integrantes da equipe de saúde, diferenciados pela natureza específica da contribuição de cada um no processo de trabalho, mas que devem integrar-se para bem realizar os objetivos finais da produção do serviço de saúde. (NOGUEIRA, 1991:41)

A despeito da identidade conceitual de cada uma dessas áreas ou planos de ação, fica evidente sua complementaridade ou mesmo superposição quando se adota a ótica global do processo gerencial e seus objetivos.

Pode assim, a partir do que foi abordado, dizer que o reconhecimento da importância da gestão do trabalho tem por base o correto entendimento das dimensões acima apontadas, superando as práticas tradicionais de uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários; entretanto, esse salto, essa mudança de paradigma, ainda não aconteceu. (NOGUEIRA, 1991)

I.4.f ESPECIFICIDADES DO TRABALHO EM SAÚDE

No Brasil, o setor saúde é área de proteção, regulação e controle do Estado. Apesar disso, a gestão do trabalho no SUS tem sido feita, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, o que faz aumentar o grau dos conflitos da área, que, por si só, costuma ser bastante elevado.

As estruturas de gestão do trabalho e educação na saúde (recursos humanos) têm pouca relevância em parcela importante das Secretarias Estaduais de Saúde, além de serem inexistentes em grande parte das

Secretarias Municipais. A partir dos problemas levantados na área, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de desenvolver políticas para o fortalecimento e a modernização dessas estruturas nos estados e municípios.

Assim, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde propõe a reformulação das estruturas de recursos humanos, numa perspectiva moderna e inovadora, buscando espelhar a experiência do Ministério da Saúde na área de gestão do trabalho e da educação na saúde. Tal iniciativa, realizada em parceria com o CONASS e o CONASEMS, leva em consideração o porte e as necessidades dos estados e municípios.

Entre as propostas de intervenção estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre:

- a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos;
- o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informações que permita a comunicação entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, oferecendo suporte às ações voltadas à gestão do trabalho e da educação na saúde;
- o desenvolvimento de um programa de capacitação dos profissionais do setor, para maior qualificação técnica, administrativa e institucional em planejamento, programação, acompanhamento e avaliação;
- investimentos junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na implantação ou no fortalecimento das infra-estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

(Ministério da Saúde Portaria/GM nº 2261 de 22 de setembro de 2006)

Para fazer frente a esses desafios, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria/GM nº 2.261, de 22 de setembro de 2006, (DOU nº 185, Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS), programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, voltada para o

fortalecimento das estruturas de gestão do trabalho e da educação no SUS visando a sua efetiva qualificação.

O ProgeSUS tem como objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados para o fortalecimento e modernização das estruturas de gestão do trabalho e da educação no SUS, com vistas a sua efetiva qualificação, abrangendo todos os aspectos gerenciais mais precisos aqueles voltados para a informação e informática do setor. Conforme a referida Portaria, o ProgeSUS tem os seguintes componentes:

- a) financiamento para a modernização dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias da Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática;
- b) disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias da Saúde que desejarem adotá-lo;
- c) capacitação de equipes que atuam no referido setor das Secretarias da Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios;
- d) participação, por parte das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS.

O elemento central a ser considerado diz respeito à notável diferenciação entre as diversas categorias que integram o trabalhador coletivo de saúde, em termos de sua capacidade de ação nos planos referidos anteriormente: econômico, jurídico e operacional.

O conceito de trabalhador coletivo em saúde tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de composição das parcelas de trabalho que entram na produção do resultado final esperado no processo de atendimento. O trabalhador coletivo é, pois,

uma imagem que corresponde, enquanto agente do trabalho, ao produto final do serviço prestado ao usuário. (MEDICI, 1993)

O autor relata que este agente coletivo é composto pelos vários trabalhadores que fazem parte de um processo produtivo, cuja característica marcante é a sua intensa divisão de trabalho. É, portanto, um conceito de aplicação prática no campo da gestão, em seus aspectos organizativos ou operacionais do processo produtivo.

Assim, MEDICI (1993) afirma que, as dimensões político-ideológicas econômicas e jurídicas das relações de trabalho, têm provocado o surgimento de impasses com respeito ao estabelecimento das regras do contrato de trabalho, em especial no caso do serviço público. Tanto na questão salarial como outras formas de retribuição do trabalho ou do tempo de serviço.

Para ilustrar, ou mesmo comprovar, a propriedade dessa linha de argumentação, diversas expressões da diferenciação do trabalhador coletivo em saúde são apontadas:

- suas formas de organização: formação de categorias resultantes da divisão do trabalho (médico, enfermeiro, dentista, etc) ou por agrupamentos decorrentes da segmentação da oferta de empregos (associações de servidores dos setores público e privado, das diferentes modalidades assistenciais, etc);
- seus diferentes graus de autonomia: categorias com ou sem antecedentes de organização liberal; profissões antecedentes ou posteriores ao processo de organização para produção em escala com divisão do trabalho (ou, dito de outra forma, da produção em moldes capitalistas);
- suas distintas representações no imaginário social: tanto a imagem de cada profissão ou ocupação construída pela coletividade, como aquelas autoprojettadas pelos próprios trabalhadores;

- suas formas de validação educacional e legal: categorias com ou sem regulamentação específica, incluindo-se, no último caso, ocupações que simplesmente executam funções atribuídas por delegação de outra categoria de trabalhador, a qual detém posição de superioridade hierárquica na divisão do trabalho;
- seus estatutos corporativos: categorias com diferentes graus de controle, tanto do exercício profissional dos seus pares, quanto da abrangência do seu campo de atuação no espectro da divisão do trabalho. (MÉDICI, 1993:42)

Outro componente a destacar refere-se ao elevado grau de divisão do trabalho que se observa na produção dos serviços de saúde e que tem resultado no surgimento e consolidação de novas categorias profissionais e ocupacionais. A força dessa tendência pode ser demonstrada a partir dos antecedentes históricos do processo de trabalho em saúde, marcado pela progressiva fragmentação, a qual vem se expandindo como consequência do desenvolvimento tecnológico.

Essa tendência parece orientar o movimento futuro das transformações do processo de trabalho em saúde.

Assim, o autor sugere que considerações acima parecem estar relacionadas a seguinte reflexão: “ quais as implicações para a administração de recursos humanos de saúde que decorrem das peculiaridades da organização do trabalho, da constituição das profissões e do surgimento das ocupações nesse setor?” (MEDICI,1993:45)

Nessa reflexão o autor coloca questões polêmicas e atuais sobre a regulação do trabalho em saúde, como isonomia salarial, jornada de trabalho, requisitos e atributos sociais do assalariamento.

Ao chamar a atenção para esses aspectos, MEDICI(1993) apenas revela mais uma faceta do novo paradigma de gestão do trabalho em saúde.

Assim surgiu o uso integrado de três estratégias de gestão:

- responsabilização no trabalho;
- incentivos à produtividade;
- processo permanente de negociação coletiva do trabalho.

O conceito de responsabilização no trabalho implica a assunção, pelo trabalhador, no cotidiano de sua prática, de atitudes e compromissos efetivos com os objetivos ou com a missão institucional, o que significa dizer, no caso dos estabelecimentos assistenciais, com as necessidades dos pacientes ou, como seria mais adequado denominar, dos usuários. A responsabilização depende do desenvolvimento de relações de trabalho onde o referencial principal seja a satisfação do usuário. (MEDICI, 1993)

Para o autor o estabelecimento desse pacto é indispensável uma série de posturas inovadoras no campo das práticas gerenciais dos serviços de saúde, buscando substituir o autoritarismo pela autoridade da coordenação democrática e superar a alienação pela participação consciente no processo de trabalho, em toda sua extensão e significado.

A fim de se atingir o alcance de tais resultados é necessária a revisão do conceito e das práticas educativas nos serviços de saúde, já que os requerimentos fundamentais para essa abordagem são exatamente a formação e a educação continuada dos profissionais. Este processo deverá assegurar a implantação e a manutenção de uma nova cultura institucional voltada para os compromissos sociais da organização, isto é, para o atendimento do interesse público. (MEDICI, 1993).

Para o autor, a proposta de sistema de incentivos à produtividade define-se como o componente da estratégia gerencial constituído pelo conjunto de estímulos, financeiros ou não, que visam ajustar e otimizar os componentes do processo produtivo nos estabelecimentos de saúde, que é admiravelmente complexo e deve subordinar-se exclusivamente aos interesses dos usuários.

Sua operacionalização implica os seguintes princípios básicos:

- é um mecanismo de gratificação do trabalho que se estabelece a partir de uma remuneração básica, não sendo portanto substitutivo do salário;
- sua aplicação só deve ocorrer a partir de um patamar de produção que é o rendimento do trabalho correspondente à remuneração básica, não podendo transformar-se numa gratificação permanente ou automática. (MEDICI,1993:46)

A utilização de sistemas de incentivos à produtividade não deve jamais confundir-se com a lógica de mercado na produção de serviços de saúde nem assemelhar-se com a remuneração por unidades ou atos praticados.

A direcionalidade desses sistemas deve, isto sim, apontar para objetivos relacionados à satisfação dos usuários e ao atendimento de necessidades de saúde epidemiologicamente determinadas o que inclui as dimensões de cobertura e impacto dos serviços prestados. (MEDICI, 1993)

Na concepção original dessa proposta de gestão do trabalho, apresentada na IX Conferência Nacional de Saúde, utilizou-se o conceito de supervisão enquanto instrumento da gerência, cujas aplicações práticas buscariam resgatar a integralidade do cuidado prestado.

O autor ainda relata que é um composto de trabalhos parcelados, mas que devem constituir um resultado dotado de unicidade, para que se consiga contemplar as necessidades do usuário.

O argumento essencial para adoção do processo permanente de negociação coletiva do trabalho nos serviços de saúde é o estabelecimento de procedimentos que possibilitem o exercício da administração pública participativa, não como um fim em si mesma, mas como estratégia de melhor servir ao povo. (FURTADO, 1992)

II. JUSTIFICATIVA:

Trabalhando na saúde bucal da rede pública do município de São Bernardo do Campo desde 1990, vivenciei o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e também no Hospital Municipal Universitário.

Com esta experiência no serviço público o interesse em estudar satisfação neste segmento é muito grande, até porque muitas mudanças ocorreram nas políticas de saúde bucal, tanto no país como no município.

É importante ressaltar que antes da criação do Sistema Único de Saúde, os princípios e diretrizes para a prática odontológica realizados nos serviços públicos municipais eram principalmente voltados para as Unidades Escolares.

No Município de São Bernardo do Campo, existiam peruas escolares que atendiam nas portas das escolas fazendo tratamento exclusivamente curativo para uma prática somente restauradora e de remoção de focos de infecção.

Depois na década de 70 foi idealizado um programa escolar, com crianças de ensino infantil de idade entre 4 a 6 anos, direcionando o atendimento aos postos de saúde que eram chamados de postos de puericultura.

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, no Brasil, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

O direcionamento de atendimento aos cidadãos brasileiros se deu para as Unidades Básicas de Saúde após a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde). Houve um importante efeito de realocação dos recursos odontológicos para a rede de Unidades de Atenção Básica à Saúde, criando

entre outros aspectos, condições para uma integração vertical e horizontal mais adequada das ações de saúde bucal junto aos demais programas de saúde e aos demais níveis de atenção do sistema. (NARVAI, 1992)

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde houve a real mudança na história do SUS. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade. Além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária.

A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS.

Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689. (WIKIPÉDIA, 2008)

A Divisão de Saúde Bucal, do município de São Bernardo do Campo criou em 1986 o Programa de Prevenção à Cárie - P.P.C. para atender crianças de 4 a 10 anos de idade, de nível pré-escolar e fundamental, matriculadas em escolas municipais e estaduais.

Aqui se percebe que o atendimento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde continuou funcionando como atendimento prioritário ao escolar, sendo que a faixa etária se estendeu até os 10 anos.

Somente na metade do ano de 2007 se estabeleceu no município o programa para atendimento ao adulto de forma programática. Ou seja, contemplar o tratamento todo da necessidade deste. O atendimento aos adultos vinha sendo realizado, apenas atendendo as queixas principais e não dando um atendimento contínuo, de forma a contemplar todas as necessidades. Desta forma, foi solicitado pela Secretaria da Saúde à Coordenação Odontológica uma reestruturação da Atenção Básica da Saúde Bucal do Município.

Para o SUS, o cirurgião-dentista, assim como o médico que está lotado na Unidade Básica de Saúde, faz atendimento primário aos munícipes, dando suporte aos pilares estabelecidos pelo próprio SUS.

Como já foi mencionado o Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios são chamados de ideológicos ou doutrinários a saber: universalidade, integralidade e da equidade. Enquanto os da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais. O da participação popular não está claro qual seria sua classificação. (WIKIPÉDIA, 2008)

Universalidade

"A saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei.

Integralidade

A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

Eqüidade

Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em igualdade, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela eqüidade do SUS.

Participação da comunidade

O controle social, como também é chamado esse princípio, foi melhor regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde ocorre a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto. (WIKIPÉDIA, 2008)

Vale lembrar, que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a unidade fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). O conjunto das UBS forma o que se convencionou denominar rede básica de saúde, encarregada da Atenção Primária à Saúde.

Atenção Primária ou Básica significa atenção primeira. É esse o sentido do termo e não, como muitas vezes se ouve atenção de baixa qualidade para problemas simples. Sabemos que, em saúde, o simples é muito relativo. (NARVAI, 1992)

Estas ações são básicas nos campos da promoção, prevenção e assistência individual e a prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade. As UBSs são na verdade a porta de entrada do SUS.

O município de São Bernardo do Campo tem hoje uma população de 798.000 habitantes e uma área total 407 Km², correspondendo a 49% da superfície do Grande ABC, 5% da área total da Grande São Paulo, e 0,2%

do Estado de São Paulo. 52% da área total de São Bernardo encontram-se na área de Proteção aos Mananciais (75,85 km² ou 18,6% de sua área são ocupadas pela represa Billings). Com relação ao Grande ABC, o município ocupa 46% da área de proteção aos mananciais. (Anexo E)

Se observarmos o Anexo G poderemos observar a população do município distribuída nos bairros.

Pode-se notar que existe uma caracterização diferente entre as regiões, quanto à faixa etária. (Anexo G)

A Secretaria de Saúde do município conta hoje com um quadro de 65 dentistas. Sendo 15 do Ambulatório de Especialidades. 10 do Pronto-Socorro e 40 nas UBS.

São trinta Unidades Básicas de Saúde no município de São Bernardo do Campo, entretanto, apenas 27 destas Unidades possuem equipamento odontológico. Contudo, mesmo nas três Unidades onde não tem dentista lotado o tempo integral, existe um atendimento realizado na forma de grupos operativos. Os dentistas têm regime de trabalho com 20, 30 e 40 horas por semana.

Atendimento a adultos e adolescentes somente eram feitos de forma emergencial, ou em pronto-atendimento.

Mesmo depois de 1988 com a implantação do SUS, o município passou por um momento no ano de 1990 até 1992, onde houve atendimento odontológico aos munícipes e usuários do Sistema de Saúde, independente da faixa etária. Entretanto, não existia programa odontológico para atender a população de forma a contemplar os pilares do SUS.

Desta forma, houve filas, nas portas das Unidades Básicas de Saúde porque se tinha uma demanda reprimida e não tinha programas específicos e organizados.

Depois de 1992, houve uma estruturação do programa de odontologia para a escola infantil e estendeu o atendimento até terceira e quarta série do ensino fundamental, ou seja, até 12 anos de idade.

Este programa é estruturado contando com a mão de obra técnica de higienistas, que é um cargo criado no município de São Bernardo do Campo. Estes profissionais se dirigiam as escolas infantis e de ensino fundamental para orientarem as crianças a fazer bochechos com flúor e higienização com escova dental e pasta.

Depois de 1998, com a fluoretação da água de abastecimento da rede toda do município, o bochecho foi extinto e apenas a higienização com escova e pasta se manteve.

Assim, podemos observar que a promoção de saúde e prevenção não era feita por dentistas. Estes profissionais faziam atendimento no consultório às crianças matriculadas nas escolas infantis e de ensino fundamental, que eram encaminhadas pelos higienistas.

Como não havia atendimento odontológico para crianças com menos de quatro anos de idade, estas chegavam à pré-escola com a doença cárie instalada.

Para evitar este problema houve a iniciativa da criação de um programa de odontologia, a fim de que, a atenção odontológica começasse no primeiro semestre de vida da criança. Pôde se perceber que as crianças que eram encaminhadas as Unidades Básicas de Saúde com 4 anos de idade já chegavam com incidência de cárie.

Para Nortbean,(1998) apud LEFEVRE & LEFEVRE(2004) promoção de saúde não é sinônimo de Prevenção de Doenças, pois assim não seria necessário a existência de dois termos para se dizer a mesma coisa.

A promoção se diferencia da prevenção por caracterizar uma intervenção ou conjunto de intervenções que tem como meta a eliminação permanente da doença. Porque atingiria suas causas básicas e não apenas

evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos nas suas respectivas coletividades.

GUTIERREZ apud BUSS (2000:163) define promoção da saúde como:

“ (...)um conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria nas condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, nos níveis individual e coletivo.”

A educação em saúde deve buscar o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos. Assim, estes devem estar submetidos a processos educativos, e também de aprendizagem, contribuindo para a formação de cidadãos mais conscientes e com melhor qualidade de vida.

Assim, desde 1995, vem sendo desenvolvido um Programa de Odontologia Materno-Infantil, (Promi), que é um programa de promoção de saúde, voltado para prática da odontologia para bebês, onde são matriculadas crianças a partir do nascimento e são acompanhadas até os 4 anos de idade. Isto porque nesta idade elas serão acompanhadas no programa desenvolvido nas escolas infantis do município.

Desde o momento da matrícula, no Promi, as mães dos bebês são incentivadas a aleitarem exclusivamente no peito até os seis primeiros meses. Porém, algumas mães que trabalham ou mesmo por outras razões, introduzem o aleitamento artificial ainda durante o primeiro semestre de vida do bebê.

Também existe uma preocupação quanto à orientação destas mães no que diz respeito à higiene e dieta nutricional dos seus bebês no referido programa.

Em novembro de 2004, foi implantado, um novo programa de odontologia, no Hospital Municipal Universitário (HMU), “Plantando Sorriso”, que foi uma necessidade apontada a partir do Promi.

Este programa surgiu, devido à necessidade de trazer a nutriz rapidamente para a Unidade Básica de Saúde e não perder o aleitamento materno exclusivo. As mães dos bebês ingressavam no Promi quando faziam a vacina BCG, ainda no primeiro mês de vida da criança. Como esta vacina passou a ser feita na maternidade, às mães faziam a matrícula de seus filhos tardiamente. Para evitar este problema o dentista foi inserido na equipe multiprofissional do hospital propiciando a chamada desta mãe com seu bebê para estarem presentes na UBS (Unidade Básica de Saúde) alguns dias após deixarem a Maternidade.

Para esse trabalho, são designados cinco dentistas contratados pelo Hospital Municipal Universitário, com regime de 30 e 40 horas semanal.

A educação em saúde bucal é um fator importante do quadro de Promoção da Saúde. É preciso identificar os limites e as dificuldades do processo educativo.

Até 1994, antes da implantação do Promi, a atuação do odontólogo nas UBS - Unidades Básicas de Saúde era bastante curativa, porque os profissionais atendiam crianças encaminhadas das pré-escolas da rede pública e faziam procedimentos curativos como exodontias e restaurações. A parte preventiva ficava por conta do pessoal de nível técnico que visitava a escola e orientava a professora para supervisionar as crianças na escovação, e também nos bochechos com flúor.

Desta forma, as crianças encaminhadas para a UBS já apresentavam algum problema que requeria procedimento curativo. Assim, o dentista não atuava de maneira direta com a promoção e prevenção da saúde.

O Promi é um Programa que se utiliza de grupos operativos de PICHON.

PICHÓN RIVIÈRE começou a trabalhar com grupos à medida que observava a influência do grupo familiar em seus pacientes. Sua primeira experiência com grupo foi a Experiência Rosário (1958), onde dirigiu grupos heterogêneos através de uma didática interdisciplinar. Seguindo os conceitos da psicologia social, afirmou que o homem desde seu nascimento encontra-se inserido em grupos, o primeiro deles a família se ampliando a amigos, escola e sociedade. Portanto é impossível conceber uma interpretação de ser humano sem levar em conta seu contexto, ou a influência do mesmo na constituição de diferentes papéis que se assume, nos diferentes grupos por que passamos. (BAREMBLITT, 1982).

PICHON desenvolveu, então, a técnica dos grupos operativos. Ele entende por grupo operativo aquele centrado em uma tarefa de forma explícita como aprendizado, cura, diagnóstico de dificuldade, e uma outra tarefa de forma implícita, subjacente à primeira.

Dentro desta concepção, desenvolveu conceitos e instrumentos que possibilitam a compreensão do campo grupal como estrutura em movimento, o que deixa claro o caráter dinâmico do grupo, que pode ser vertical, horizontal, homogêneo, heterogêneo, primário ou secundário. O objetivo da técnica é abordar, através da tarefa, da aprendizagem, os problemas pessoais relacionados com a tarefa, levando o indivíduo a pensar; aprender a pensar, passando de um pensar vulgar para um pensar científico.

A execução da tarefa implica em enfrentar alguns obstáculos que se referem a uma desconstrução de conceitos estabelecidos - desconstrução de certezas adquiridas. Para o grupo implica em trabalhar sobre o objeto-objetivo (tarefa explícita) e sobre si (tarefa implícita), buscando romper com estereótipos e integrar pensamento e conhecimento. (BAREMBLITT, 1982)

O autor ainda relata que antes de entrar em tarefa o grupo passa por um período de resistência, onde o verdadeiro objetivo, da conclusão da tarefa, não é alcançado. Essa postura paralisa o prosseguimento do grupo. Realizam-se tarefas apenas para passar o tempo, o que acaba por gerar

uma insatisfação entre os integrantes, tal período denomina-se pré-tarefa. São tarefas sem sentido onde faltam-lhe a revelação de si mesmo. Somente passado este período, o grupo, com o auxílio do coordenador, entra em tarefa, onde serão trabalhadas as ansiedades e questões do grupo. A partir dessas, aplicam-se estratégias e táticas para produzir mudança.

Foram nas atividades e análise de grupos que PICHÓN desenvolveu os conceitos de verticalidade e horizontalidade. O primeiro se trata da história pessoal de cada integrante, história essa que faz parte da determinação dos fenômenos no campo grupal, por horizontalidade entende-se como a dimensão grupal atual, elementos que caracterizam o grupo.

A intersecção entre a verticalidade e a horizontalidade dá origem aos diferentes papéis que o indivíduo assume no grupo. Os papéis se formam de acordo com a representação que cada um tem de si mesmo que responde as expectativas que os outros têm de nós. Constata-se a manifestação de vários papéis no campo grupal, destacando-se o papel do porta-voz, bode expiatório, líder e sabotador.

Porta-voz: é aquele que expressa as ansiedades do grupo, ele é o emergente que denuncia a ansiedade predominante no grupo a qual está impedindo a tarefa;

Bode expiatório: é aquele que expressa a ansiedade do grupo, mas diferente do porta-voz, sua opinião não é aceita pelo grupo, de modo que este não se identifica com a questão levantada gerando uma segregação no grupo, pode-se dizer dele como depositário de todas as dificuldades do grupo e culpado de cada um de seus fracassos;

Líder: A estrutura e função do grupo se configuram de acordo com os tipos de liderança assumidos pelo coordenador, apesar de a concepção de líder ser muito singular e flutuante. O grupo corre o risco de ficar dependente e agir somente de acordo com o líder e não como grupo;

Sabotador: é aquele que conspira para a evolução e conclusão da tarefa podendo levar a segregação do grupo; (BAREMBLITT, 1982:45)

No início do grupo, os papéis tendem a ser fixos, até que se configure a situação de lideranças funcionais.

Todo grupo denuncia, mesmo na mais simples tarefa, um emergente grupal. Este é exatamente aquilo que numa situação ou outra se enche de sentido para aquele que observa, para quem escuta. O observador observa o existente segundo a equação elaborada por PICHÓN apud (BAREMBLITT, 1982)

O Promi acontece uma vez por semana, na Unidade Básica de Saúde e reuni mães e bebês com alta hospitalar de aproximadamente uma semana. Os bebês são aleitados nos grupos por suas mães e se trabalha as dificuldades para este aleitamento e todas as questões envolvidas quanto a pega, posição, uso de bicos do tipo chupeta e mamadeiras,

Faz parte deste grupo o dentista como líder e a equipe de saúde da Unidade, como enfermeira, fonoaudióloga, psicóloga, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde e as mães dos bebês matriculados na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Bernardo do Campo.

Após a participação das mães no primeiro grupo, elas são agendadas para um próximo grupo após 4 meses. Isto vai dando uma seqüência até os 4 anos de idade da criança. As marcações de retorno podem ocorrer em prazos menores conforme a avaliação de risco estabelecido pelo profissional. No primeiro momento o risco é estabelecido para a perda do aleitamento, e após os 6 meses de idade do bebê e quando este tiver dentes erupcionados, o risco avaliado é para cárie, má-oclusão e doenças periodontais.

Desta forma os grupos são modificados, por conta do risco avaliado, pode ser que uma mãe retorne em 4 meses e outra necessite estar novamente no grupo na próxima semana.

Crianças com necessidades preventivas, como aplicação tópica de flúor, ou necessidades curativas são encaminhadas para atendimento individual com o dentista na UBS.

Foi a partir da implantação do Promi, programa voltado a essas questões da promoção de saúde que a atuação do odontólogo passou por transformações, a saber:

- As crianças chegam à UBS com menos de um mês de idade, conseqüentemente a participação do profissional na prática preventiva é maior que na curativa;
- As mães e suas crianças têm um contato direto com o dentista, favorecendo a relação de confiabilidade e instilando assim, práticas de higiene e hábitos alimentares adequados;
- Nutrizes encaminhadas do HMU, Hospital Amigo da Criança, passam por grupos operativos de PICHON, na maternidade, onde são previamente preparadas, tornando-se assim, predispostas a acatar as determinações do odontólogo da UBS;
- O sucesso da prática, (realizadas pelas mães oriundas do HMU), propiciam a persuasão de outras mães do grupo operativo da UBS que não tiveram o privilégio de conviver em alojamento conjunto na maternidade.

Conforme PINTO (2000), pessoas que têm suas necessidades básicas satisfeitas são muito mais facilmente motivadas e acabam procurando e consumindo ensinamentos educativos de modo voluntário. No entanto, pessoas de todos os grupos, mais carentes ou não da sociedade precisam verdadeiramente de educação em saúde, pois muitas têm o desconhecimento dos princípios elementares de higiene e não conhecem o

valor nutritivo dos alimentos disponíveis. O que vêm sendo discutido é que não basta somente educá-las e sim conscientizá-las.

Importa ressaltar que as crianças retornam a Unidade Básica de Saúde a cada quatro meses. Desta forma, esta família passa a ter um convívio com o dentista e muitas vezes, cria um vínculo a partir deste contato, o que parece estar relacionado à valorização do profissional.

Segundo FREIRE apud PINTO (2000: 312), “conscientização é um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade”.

É importante ressaltar, que é imprescindível, conhecer os problemas de cada comunidade a ser trabalhada, procurando criar soluções alternativas, para que haja conscientização e se torne possível a prática de metodologias educativas. Também é de suma importância encontrar recursos motivadores.

Com base nesse novo cenário surgem as seguintes hipóteses:

a) O cirurgião-dentista tem satisfação no trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, a partir do momento que é reconhecido e valorizado enquanto profissional de saúde.

b) O cirurgião-dentista sente-se mais satisfeito em seu trabalho na medida em que atua na direção de grupos operativos, realizados no Promi, conseguindo perceber a melhoria da qualidade de vida de seus pacientes.

Na medida em que tais razões se confirmem neste estudo, poderão ser oferecidas as seguintes contribuições:

O gestor público terá mais facilidade em definir as diretrizes a serem traçadas para alcançar as metas propostas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde;

As condições de trabalho e o clima organizacional poderão ser melhorados a partir da identificação dos fatores motivacionais;

A integração da equipe poderá ocorrer com mais facilidade.

III. OBJETIVOS

- Descrever aspectos ligados a satisfação profissional dos cirurgiões-dentistas que participam da atenção primária nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Bernardo do Campo.
- Identificar possíveis fatores motivacionais implicados no (Promi) Programa de Odontologia Materno-Infantil, que possam ajudar a prática da promoção da saúde por parte dos dentistas locados nas Unidades Básicas de Saúde.

IV. MÉTODO

Foi escolhida a Análise de Conteúdo, para análise deste estudo, porque por meio dela pretende-se compreender o pensamento do sujeito expresso em sua fala, numa concepção transparente de linguagem. Desta forma, a análise de conteúdo de BARDIN (2006) trabalha com a materialidade lingüística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação.

Enquanto a Análise de Discurso (AD) preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso, a linguagem não é transparente, e sim opaca, por isso, o analista de discurso se põe diante da opacidade da linguagem. O analista ao utilizar a AD fará uma leitura do texto enfocando a posição discursiva do sujeito, legitimada socialmente pela união do social, da história e da ideologia, produzindo sentidos.

Na utilização da Análise de Conteúdo, o que é visado no texto, é justamente uma série de significações que o codificador detecta por meio dos indicadores que lhe estão ligados. Na reflexão realizada, destaca-se como principal diferença entre as duas formas de análise abordadas, que a Análise de Discurso trabalha com o sentido do discurso e a Análise de Conteúdo com o conteúdo do texto.

A grande maioria das pesquisas sociais se baseia em entrevistas e a forma ideal para se interpretar este instrumento apresenta certa subjetividade. Acredita-se que não exista uma análise melhor ou pior, o importante é que se conheçam as várias formas de análise existentes na pesquisa qualitativa e suas diferenças. Assim, se permitirá uma escolha consciente do referencial teórico-analítico, e uma opção com responsabilidade e conhecimento, sobre o melhor tipo de análise para a pesquisa pretendida.

Segundo BARDIN (2006:37), a análise de conteúdo pode ser entendida como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens". Do ponto de vista analítico instrumental este conceito é fundamental para a compreensão dos dados fornecidos nas entrevistas.

Ele permitiu explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens e a expressão deste conteúdo, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares. O objetivo desta abordagem é o de efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens do estudo.

Desta forma, a análise de conteúdo de BARDIN (2006) trabalha com a materialidade lingüística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação.

Nesta pesquisa se recorreu de uma grade fechada segundo LAVILLE & DIONE, (1999), porque as categorias foram definidas a partir de uma teoria de motivação que é a Teoria de ALDERFER (1969).

A interpretação da Análise de Conteúdo poderá ser tanto quantitativa quanto qualitativa, enquanto que na Análise de Discurso a interpretação será somente qualitativa.

Também se pode definir como Análise de Conteúdo o conjunto de técnicas de análise de comunicações voltadas à explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e de expressão deste conteúdo (BARDIN, 2006). Tais técnicas contribuem para afastar os perigos da compreensão espontânea, pelas quais, o pesquisador familiarizado ou não com seu objeto de estudo, pode por a prova interpretação inicial do material. Ainda, a referida análise contribui para o enriquecimento da leitura

descoberta de conteúdos e esclarecimentos de relações não explicáveis somente pela leitura.

A Análise de Conteúdo deste estudo será a partir das transcrições das entrevistas com os odontólogos, que trabalham nas UBS do município de São Bernardo do Campo.

Aqui cabe conceituar a representação social que é um desdobramento da representação coletiva, criada por DURKHEIM.

Entendidas nas Ciências Sociais como categorias que revelam, explicam ou questionam a realidade, as representações sociais são consideradas matérias primas para a análise do social. Mas, é fundamental lembrarmos que cada grupo social tem sua representação particular de acordo com a posição na sociedade e interesses específicos (MINAYO, 1997).

"As representações sociais não são necessariamente conscientes. Podem até ser elaboradas por ideólogos e filósofos de uma época, mas perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz a partir das estruturas e das próprias categorias de pensamento do coletivo ou dos grupos. Por isso, embora essas categorias apareçam como elaboradas teoricamente por algum filósofo, elas são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e também das filosofias correntes, e expressão das contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Por isso mesmo, nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo" (MINAYO, 1997:109).

As representações sociais aparecem como construções contextualizadas de sujeitos sociais a respeito de objetos socialmente

valorizados, podem ser identificadas através dos saberes populares e do senso comum. É uma forma de conhecimento particular que elabora comportamentos e comunicações entre os indivíduos no contexto social.

Sendo uma das formas de apreensão do mundo concreto, ela motiva e facilita a transposição de conceitos e teorias para o plano do saber imediato e permutável, promovendo comportamentos ou visões socialmente adaptados ao conhecimento real. Nela percebe-se uma reflexão coletiva, direta e diversificada.

"Por um lado, a representação toma o lugar da ciência e, por outro, a constitui (ou a reconstitui) a partir das relações sociais envolvidas; de um lado, portanto, através da representação, uma ciência recebe uma duplicação, sombra colocada sobre o corpo da sociedade, e, de outro lado, ela se desdobra - na medida em que está fora do ciclo e no ciclo das transações e dos interesses correntes da sociedade" (MOSCOVICI, 1978:78).

A análise das representações sociais nos permite encontrar não só os elementos estáveis e contraditórios do discurso social, como também a riqueza do simbólico presente no senso comum que traz à tona o sentimento, a emoção, o entendimento e o sentido que os sujeitos sociais dão à sua realidade.

A utilização do conceito de Representações Sociais nos possibilita a compreensão, do significado da motivação no trabalho dos odontólogos que fazem parte da equipe de saúde bucal que pratica programas de promoção de saúde e curativo junto à comunidade, mostrando a possível satisfação profissional e pessoal a partir das necessidades motivacionais apontadas por ALDERFER (1969).

Assim, a partir da referida teoria foi elaborado o instrumento de coleta de dados utilizando os três níveis de necessidades considerados significativos para esta pesquisa.

São eles:

Existência

Relacionamento

Crescimento

Estes níveis de necessidades estão aqui caracterizados como as principais variáveis motivacionais que permeiam a vida profissional dos odontólogos.

Assim, a análise deste estudo trabalhou fazendo a categorização, a partir das entrevistas, a qual implicou em classificar as unidades de registro por diferenciação, atentando para os princípios da homogeneidade, da exclusão mútua e pertinência com o quadro teórico. Tal categorização se deu por critério expressivo (BARDIN, 2006), ou seja, as unidades de registro agrupadas sob mesma categoria devem expressar um significado em comum, construído em decorrência do quadro teórico. Para o exemplo utilizado, a primeira categoria seria: O salário recebido como funcionário público é um valor fundamental para a sobrevivência pessoal e familiar, a qual resume a idéia do salário como fonte principal para sobrevivência pessoal e familiar. Desta forma se sucedeu todas as outras categorias do estudo.

IV.1. SELEÇÃO DA CASUÍSTICA

A realização do presente estudo contou com a participação de 8 sujeitos que fazem parte do quadro de dentistas da rede pública do município de São Bernardo do Campo.

Esta amostra foi intencional porque se buscou profissionais que estão na rede pública há mais de 15 anos, que já vivenciaram gestões diferentes e

IV.2. PROCESSO DE MENSURAÇÃO E COLETA DE DADOS

Para tratar do processo de mensuração e coleta de dados esta seção foi dividida em duas partes:

- Elaboração do instrumento de coleta de dados;
- Considerações ligadas à validade do instrumento de pesquisa delineado.

IV.3. ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Cada variável foi representada por um constructo ou fator cuidadosamente definido. Após sua explicitação, eles foram interpretados como conceitos multifatoriais.

Para representá-los foram elaborados três blocos sendo o primeiro constituído por 3 itens (frases), o segundo por 7 e o terceiro contendo 10 itens (frases) que representam aquelas necessidades incluídas na definição do constructo. Assim, tivemos no total três constructos, perfazendo a soma de 20 itens.

Estes três constructos foram compreendidos da seguinte maneira:

1º - “existência” - consiste em entender as preocupações de garantir as exigências materiais e humanas.

Este constructo está operacionalizado por meio dos seguintes itens:

1. O salário recebido como funcionário público é um valor fundamental para a sobrevivência pessoal e familiar.

2. A relevância da estabilidade no emprego.

3. A importância da segurança pública no local de trabalho.

Para o item três, todos os juízes apontaram este, para o constructo existência, porque está relacionado a segurança. Talvez, para ALDERFER, a segurança mencionada era mais no sentido psicológico. Porém, como todos os juízes avaliaram desta forma o item ficou da forma referida pela técnica de PASQUALI, (1996).

2º- “relacionamento” – entendida como desejo de manter intercâmbios pessoais relevantes. Para tanto, é necessário que o odontólogo sinta-se identificado não apenas como profissional da saúde, mas também como um ser humano valorizado, respeitado e que possui identidade própria.

Este constructo está operacionalizado por meio dos seguintes itens:

1. O respeito manifesto pelos pacientes como profissional da saúde.

2. A valorização manifesta pelos pacientes como profissional da saúde.

3. As orientações educacionais, nutricionais dadas pelo profissional, recebidas pelos pacientes de forma favorável.

4. O dentista é identificado por seus pacientes.

5. O dentista é tratado com educação pelos pacientes.

6. O dentista sente-se satisfeito em perceber sua atuação como agente de mudança na qualidade de vida de seus pacientes.

7. O dentista sente-se acolhido pela equipe em seu posto de trabalho.

3º- “crescimento” – é o desejo intrínseco de desenvolvimento pessoal.

Este constructo está operacionalizado por meio dos seguintes itens:

1. O dentista deve sempre dar o melhor de si.
2. O dentista deve buscar excelência em tudo o que faz.
3. O dentista deve ser preparado para atuar como um agente de mudança.
4. O dentista deve combater o preconceito e as idéias estereotipadas.
5. A instituição pública deve incentivar a pesquisa.
6. Ampliar a qualificação profissional é um requisito indispensável no desempenho da função.
7. A instituição pública deve preocupar-se com a melhoria constante dos recursos materiais e humanos.
8. A busca da excelência deve caracterizar todas as instituições públicas.
9. No exercício da liderança o profissional assume posições de responsabilidade na comunidade.
10. A universalidade do SUS e a realização do trabalho do dentista na UBS.

IV.4. CONSIDERAÇÕES LIGADAS À VALIDADE DO INSTRUMENTO DE PESQUISA DELINEADO: ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS

Os parâmetros mais básicos na construção de um instrumento de pesquisa dizem respeito à análise dos itens e a validade e confiabilidade do instrumento, afirma PASQUALI (1996:81-82) ao tecer comentários sobre Parâmetros Psicométricos da Medida.

“Esta análise é feita por juízes e visa estabelecer a compreensão dos itens (análise semântica) e a pertinência dos mesmos ao atributo que pretendem medir”.

Percebe-se que PASQUALI (1996) apresenta uma abordagem não apenas teórica, de mera busca de conhecimentos, mas também prática, indicando todos os passos necessários para a elaboração de um instrumento de medida. Esclarece que, embora a análise semântica seja usualmente chamada análise de conteúdo, a denominação correta é análise de constructo, já que sua utilização tem por fim “verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s)”.

Fazendo referência à análise semântica, diz que a principal preocupação deve ser:

“primeiro, verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população-meta, e por isso , a amostra para esta análise deve ser feita com este estrato; segundo, para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-meta (para garantir a chamada “validade aparente do teste”). (PASQUALI, 1996:82).

Prosseguindo em sua orientação, adverte para a análise de conteúdo, explicando que nessa modalidade de análise...

“os juízes devem ser peritos na área do constructo, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão (...) Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere”. (PASQUALI, 1996:82).

À luz das teorias, em especial desses modelos referenciais, submetemos à análise semântica todos os itens que compõem a Escala de Avaliação das Necessidades Motivacionais, com o objetivo de validar a sua compreensão.

Foram convidados, aleatoriamente, 10 cirurgiões-dentistas, da própria rede municipal, que não faziam parte da amostra selecionada para o estudo específico, a fim de atuarem como juízes, desta forma, procederam a análise teórica dos itens. A validação foi feita com o concurso destes juízes que opinaram sobre a existência ou não de correspondência entre os itens e os fatores, cujos resultados estão no Anexo A.

A identificação foi feita a partir da elaboração de uma tabela de dupla entrada, com os itens arrolados na margem esquerda e os traços no cabeçalho, contendo, portanto, o número de linhas correspondentes ao número de itens elaborados e o número de colunas correspondentes ao número de juízes convidados.

Cada juiz colocou na frente de cada item o número correspondente ao fator que ele julgou adequado.

Ao final, foi verificada a frequência com que um mesmo fator foi indicado para cada item.

Deste modo, foi identificado o IC – índice de confiança para cada item.

No anexo B estão os resultados dos procedimentos para validação dos itens que formaram a **Escala de Avaliação das Necessidades Motivacionais (EANM)**. Dos 20 itens, todos foram selecionados uma vez que apresentaram Índice de Concordância igual ou maior que 80%. O trabalho dos juízes resultou, portanto na manutenção dos 20 itens.

IV.5. A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada durante o mês de outubro de 2007, por meio de um instrumento conforme Anexo C, juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido conforme Anexo D.

A primeira parte tem como objetivo levantar dados pessoais (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, tempo de trabalho profissional no serviço público e outras atividades profissionais) para caracterizar o universo pesquisado. A segunda parte visa avaliar a Satisfação das Necessidades Motivacionais a partir de 20 itens que integram os 3 constructos elaborados com base na teoria de ALDERFER (1969).

Os procedimentos metodológicos recomendados por PASQUALI (1996), para o ajuizamento dos itens componentes dos constructos, foram realizados com todos os cuidados necessários.

Esta pesquisa tem por delineamento um levantamento, por se tratar de um grupo de profissionais envolvidos em programas de saúde pública, no caso, dentistas que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Bernardo do Campo. Apresenta uma revisão bibliográfica, porque tem um estudo fundamentado na literatura científica.

Este trabalho vem delinear um estudo exploratório, segundo GIL (1999), por pesquisar a satisfação de um grupo específico de profissionais da saúde que atuam diretamente na atenção primária da Secretaria da Saúde do município de São Bernardo do Campo. O público-alvo é o grupo dos dentistas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde do referido município.

O sujeito da pesquisa é composto por 27 profissionais que atuam na atenção primária das Unidades Básicas de Saúde participando do atendimento curativo e do Programa de Odontologia Materno-Infantil do município de São Bernardo do Campo.

Para identificar as hipóteses mencionadas e por se tratar de uma pesquisa qualitativa, foram feitas entrevistas semi-estruturadas com 8 (oito) dos 27 (vinte e sete) profissionais de odontologia, que atuam em todas as atividades das Unidades Básicas de Saúde. Estas entrevistas têm um caráter qualitativo, onde se buscou variáveis motivacionais que estivessem relacionadas no desempenho profissional.

V. RESULTADOS e DISCUSSÃO

V.1. Caracterização da população de servidores

Em São Bernardo do Campo existem 30 (trinta) Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sendo que não existe atendimento odontológico em 3 delas. Desta forma, apenas 27 destas UBS é que tem profissionais da odontologia fazendo atenção básica. (ANEXO E)

Algumas Unidades Básicas tem profissionais que trabalham 40 horas semanais, outras Unidades, têm profissionais trabalhando 30 horas, e ainda outras com 20 horas semanais. Nas Unidades que os profissionais fazem 40 horas semanais, apenas um dentista fica nos períodos manhã e tarde. Em Unidades onde os profissionais que trabalham, têm uma carga horária de 20 horas semanais, geralmente encontram-se dois profissionais, um no período da manhã e outro no período da tarde. Já para as unidades, onde os profissionais têm uma carga horária de 30 horas semanais, encontra-se o mesmo no período matutino, ou seja, das 07h00min às 13h00min horas, e em alguns casos há outro profissional com 20 horas semanais após as 13h00min horas.

As 30 (trinta) Unidades Básicas de Saúde do município de São Bernardo do Campo são dispostas em regiões diferentes, procurando atender toda a população do município de forma descentralizada.

As Unidades selecionadas para a amostra foram: UBS da Vila Marchi, UBS do Alvarenga, UBS do Farina, UBS do Ferrazópolis, UBS do Planalto, UBS do Baeta Neves, UBS da Vila Euclides e UBS da Vila União. (Anexo F).

Estas Unidades foram escolhidas em função do perfil do profissional, conforme o critério de inclusão e exclusão, estabelecido a seguir:

O universo considerado para este estudo foi composto pelos profissionais que exerciam o atendimento de todos os programas da atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde. No Programa de Odontologia Materno-Infantil (Promi), o odontólogo trabalha com promoção de saúde, por meio de grupos operativos e é realizado em um período da semana. Por esta razão alguns dentistas não fazem parte desta atividade. Então, foram considerados para o universo desta pesquisa os 27 profissionais que atuam na atenção básica diretamente. Realizando todos os programas das Unidades Básicas de Saúde.

A amostra foi composta por oito profissionais, e foi intencional, onde a intenção era trabalhar com pessoas que tivessem mais de 15 anos de prefeitura e que já participavam do Promi pelo menos há cinco anos. Também profissionais que já tivessem trabalhado em outros períodos que não se fazia programas de prevenção e promoção de saúde e que já tivessem passado por outros setores odontológicos como pronto-socorro ou pronto atendimento odontológico.

A idade dos sujeitos pesquisados está caracterizada da seguinte forma:

Entre 40 e 45 anos = 4 profissionais

Entre 46 e 50 anos = 4 profissionais

Quanto ao gênero, nota-se uma predominância de mulheres, sendo 6 mulheres e dois homens.

No que se refere ao estado civil observou-se que dos oito entrevistados apenas um é viúvo, enquanto os demais são casados.

Em relação aos dependentes, pode-se identificar que a maioria dos entrevistados tem pelo menos um dependente.

Para caracterizar se o profissional tem outro vínculo empregatício a entrevista identificou que apenas dois dos entrevistados trabalham em consultório particular e um deles em consultório de terceiros.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição pública referida no estudo, foi observado que quatro dos pesquisados estão entre 15 a 20 anos no serviço na atenção básica das Unidades Básicas de Saúde do município de São Bernardo de Campo. Enquanto quatro destes entrevistados estão entre 21 a 25 anos no serviço.

Na formação profissional observou-se que apenas três dos entrevistados possuem título de especialização, enquanto os demais apenas são graduados.

Em relação ao aprimoramento acadêmico foi constatado que a totalidade dos profissionais não está no momento realizando nenhuma atividade acadêmica.

Na segunda parte da coleta de dados foi realizada entrevista semi-estruturada conforme o Anexo C. Para analisar os dados deste estudo foi utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2006).

Desse modo, a partir da elaboração dos constructos, foram desenvolvidos 20 itens (Anexo A) que serviram como roteiro para a realização das entrevistas e também como elementos definidores das categorias utilizadas na análise qualitativa da pesquisa, apresentados a seguir:

1. O salário recebido como funcionário público é um valor fundamental para a sobrevivência pessoal e familiar.

As considerações feitas pelos entrevistados em relação a esta questão são as seguintes:

Sujeito 1:

“O salário, recebido como funcionário público está deixando muito a desejar, o que desestimula muito em relação à profissão porque saber que você ganha à mesma coisa que muita gente que não tem graduação nenhuma acho que isto é desestimulante. Atualmente em relação a prefeitura eu estou insatisfeita, porque como sou viúva, sou arrimo de família tenho uma filha e uma mãe que dependem de mim. Para mim está pesando muito. Acredito que ninguém ama a profissão com o bolso vazio. O salário é importante, é legal desde que você tenha dinheiro suficiente. Você se empenha a fazer um curso caro, tem uma responsabilidade muito grande...”

Sujeito 2:

“Em relação ao salário, eu dependo dele totalmente que é minha única fonte de renda e já estive muito satisfeita, pois há 23 anos quando eu entrei na prefeitura, era muito bom, muito, eu optei em ficar só na prefeitura, porque dava. Em relação a outros municípios, hoje está até defasado.

Sujeito 3:

“Não temos tido acompanhamento em relação aos outros salários que vão aumentando. Uma série de fatores estacionou o salário do funcionário público ao longo de muitos anos. Tá mais difícil administrar este dinheiro que há tempos atrás. Ele é importante para minha sobrevivência pessoal porque eu necessito dele para pagar contas”.

Sujeito 4:

“Se você for se basear no mercado não está tão ruim. Claro que se ganhássemos mais estaríamos mais estimulados. O salário não é importante para minha sobrevivência.”

Sujeito 5:

“O profissional que é bem remunerado e com dignidade tem incentivo para trabalhar, é super-importante. Pelo trabalho que exerço aqui, deveria ganhar mais. Estou descontente, também não compactuo da idéia que porque não estou ganhando bem vou fazer de qualquer jeito, sem qualidade. É lógico, que perco estímulo, mas não compactuo desta idéia. Com certeza o salário é a troca do que você tem”.

Sujeito 6:

“Já foi bom. Quando eu entrei era muito bom. Porém, na odontologia, mesmo defasado é uma segurança, porque é complicado. Ou é consultório, ou dar aulas ou serviço público ou nada. Consultório não tem férias, 13º salário e, principalmente, nos períodos mais fracos do consultório,

dezembro, janeiro. Agora, eu sinto falta aqui na prefeitura de um incentivo para quem faz mais, premiar, fazer um incentivo de alguma forma”.

Sujeito 7:

“O salário não é condizente pela carga de trabalho, pela localização, pelas condições, talvez não foge da realidade , mas poderia estar melhor. Que está baixo , está. Não tenho outro emprego, por enquanto, este que é o certo. Eu e minha família dependemos dele”.

Sujeito 8:

“Defasagem muito grande de salário, o profissional deveria ser mais bem reconhecido. A gente trabalha, é honesto e deveria ser reconhecido com aumento de salário. Eu graças a Deus não sustento minha casa. Se tivesse que bancar meu carro, seguro, IPVA, IPTU!? Quando entrei na prefeitura dava para comprar um carro a cada dois meses.”

Alguns discursos parecem se relevantes, a saber:

- “O salário não é condizente pela carga de trabalho”
- “Defasagem muito grande de salário, o profissional deveria ser mais bem reconhecido”
- “Uma série de fatores estacionou o salário do funcionário público ao longo de muitos anos.”
- “O profissional que é bem remunerado e com dignidade tem incentivo para trabalhar, é super-importante.”

Praticamente, todos os sujeitos sentem-se mal remunerados e quer nos parecer que acreditam não ter estímulo financeiro para o trabalho. Relatam um descontentamento com o salário. Acreditam não ser condizente com o investimento que fizeram ao longo da carreira. Ainda, relatam que o salário recebido, no momento, não permite mais atualização e capacitação profissional.

Por outro lado, BERGAMINI (2005), fala: O empregado que reclama salário dentro de qualquer organização ou instituição, é porque não acredita que esta possa lhe trazer outra satisfação que não a remuneração.

A autora ainda relata que pessoas desconhecedoras do comportamento humano acreditam que o problema pecuniário resolvido nada mais há que ser levado em consideração. Essas pessoas pensam que a grande motivação de quem trabalha é o dinheiro. Sendo assim, o homem trabalha porque precisa dele, e quanto mais ganhar, maior será o seu potencial motivacional. Essa posição deve ser reanalisada porque tem um enfoque simplista, infantil e acima de tudo acientífico.

Para ALDERFER apud CASADO (1998) o salário parece estar associado a uma exigência material o que poderia corresponder ao primeiro degrau de MASLOW.

2. A relevância da estabilidade no emprego.

Para essa categoria é possível salientar as seguintes falas:

Sujeito 1:

“A estabilidade é uma coisa que sempre foi legal que atraiu a gente. Hoje, é uma preocupação, tenho 15 anos, tenho estabilidade, se eu quiser sair da prefeitura não posso em função do FUPREM (Fundo de Previdência Municipal). Se eu fosse uma funcionária de CLT, talvez eu tivesse esta posição, faria um levantamento de fundo. Hoje se eu tivesse possibilidade, eu iria para outra profissão, sairia da odontologia. É uma vantagem, porém você está amarrada por este salário”.

Sujeito 2:

“A estabilidade é muito importante e realmente foi o que me segurou aqui.”

Sujeito 3:

“Você tendo estabilidade dá tranquilidade para ter uma retaguarda mínima, quando tenho problemas de saúde como já tive. Para a vida profissional e particular, para minha vida é super importante. Estabilidade é importante!”

Sujeito 4:

“Meu marido trabalha na rede privada, sofre pressões de desemprego na gerência de administração em geral, assim a estabilidade é cômoda.”

Sujeito 5:

“É bom, mas não é porque está estável que vai encostar o corpo”.

Sujeito 6:

“Estabilidade sempre é bom, mas quem faz é a gente. A instabilidade não é problema. Como estatutário, é claro que tem a lei que garante, mas você tem que cumprir as suas obrigações.”

Sujeito 7:

“Estabilidade é ilusório. Não existe estabilidade. Você vê colegas que já foram mandados embora por N razões. Estabilidade é uma coisa que não existe. Depende da vontade de quem está no comando”.

Sujeito 8:

“Eu comi capim galguei este emprego, por estes 24 anos da minha vida, já dei plantão no PS, No PA do Alvarenga, não gostaria de perder. Acho que é relevante a questão da estabilidade.”

Ao analisarmos as falas podemos perceber que algumas situações se repetem:

- “A estabilidade é uma coisa que sempre foi legal que atraiu a gente” “Estabilidade sempre é bom”
- “Acho que é relevante a questão da estabilidade.”
- “A estabilidade é cômoda”

Apenas um sujeito relata não ter estabilidade no serviço, os demais acreditam que o serviço público é estável.

MALVEZZI (2000) relata que na década de 80 havia estabilidade das condições sociais, portanto, maior controle do homem.

As mudanças foram tantas, que aumentou a incerteza e ambigüidade social. Pessoas que não se preocupavam com a estabilidade passaram a dar importância.

Para MCGREGOR (1973) os meios de se satisfazer as necessidades fisiológicas humanas pela organização podem ser proporcionados ou recusados pela organização. O próprio emprego é um desses meios, assim como o salário, as condições de trabalho e os benefícios adicionais.

Isso permite explicar segundo BERGAMINI (2005:156) que

“ao se pagarem bons salários, ao se cuidar do ambiente de trabalho, ao se proporcionar estabilidade de emprego, e caso se ofereçam vários outros benefícios adicionais, as pessoas parecem não estar interessadas senão em despende um esforço mínimo; para aquele que recebe tais vantagens, a organização não faz senão aquilo que é sua obrigação, isto é, tratar bem o funcionário.”

Para o profissional da odontologia, vale lembrar que a faculdade não prepara os sujeitos para a realidade do mercado de trabalho. Na opinião de SANSONI (2001) o estudante sai com o diploma na mão, vaidade no cérebro e alheio ao mundo selvagem da concorrência.

Depois de formados, os sujeitos se confrontam com o sistema público de saúde, que lhes apresenta uma realidade de trabalho diferente da imaginada no período da faculdade. Há falta de infra-estrutura, excesso de pacientes, ou seja, uma demanda grande de pessoas com necessidades odontológicas e baixa remuneração.

Entretanto, no serviço privado, com a concorrência grande, passa-se ter dificuldades na inserção do mercado e os sujeitos acabam contando com a estabilidade do serviço público como vantagem para suas vidas.

3. A importância da segurança pública no local de trabalho.

Como resultados das entrevistas realizadas, seguem os seguintes depoimentos:

Sujeito 1:

“A segurança é zero. A gente ainda tinha GPM (Guarda da Polícia Municipal) antigamente que dava respaldo para gente. Depois, quando tinha um pai mais nervoso, pedia para o guarda ficar na porta. Às vezes até entrava. Há umas semanas atrás, eu estava saindo, tinha um casal brigando aqui na minha porta, o marido estava quase batendo na mulher. Você não pode se meter porque, de repente, o cara puxa uma peixeira, te acerta e ao mesmo tempo você não tem a quem recorrer. Chama o guarda. Não tem. Eles impõem respeito, querendo ou não. Aqui, você está à mercê, não precisa nem puxar a peixeira, é só apontar o dedo para a gente que já entregamos tudo. Foi uma pena terem tirado o GPM!”

Sujeito 2:

“Hoje a segurança é muito ruim. Eu acho que a prefeitura foca o patrimônio e não o profissional. Hoje as pessoas são muito agressivas. A gente sente muito claramente que todos os funcionários estão inseguros.”

Sujeito 3:

“Eu acho que é importante o GPM. Não tem mais e é uma pena. O paciente às vezes chega estressado e passa um pouco de insegurança. Hoje do jeito que a coisa funciona está muito ao Deus dará.”

Sujeito 4:

“Outro dia as meninas quase apanharam na farmácia porque ia fechar. Eu não tenho este problema. É raro, mas a figura do GPM era boa, diferente para nos sentirmos mais seguros.”

Sujeito 5:

“Eu me sinto insegura, vários casos de pessoas que pegaram coisas. Tenho medo! Já roubaram bolsa de médico, cheques de armário. Tenho muito medo, até mesmo carro, procuro vir com carro menor.”

Sujeito 6:

“Não existe, antes tinha um GPM agora não tem mais segurança nenhuma.”

Sujeito 7:

“Segurança, já foi pior ainda não é das melhores. Aqui no consultório, não para de sumir coisas. Eu tinha um manequim, roubaram até o manequim, fio dental, não para, aqui a janela não fecha. Um dos piores problemas daqui é a segurança, tanto que ninguém queria vir para cá. A gente está aqui quase de castigo. Há 14 anos, e não saio daqui. Estou sozinho aqui. Ninguém quer trocar comigo. Ainda quem está na recepção é pior”.

Sujeito 8:

“Não temos nada. Uma vez, tínhamos guarda da prefeitura, agora nem este GPM temos. Não temos segurança nenhuma”.

De todos os discursos é importante ressaltar:

- “A segurança é zero”
- “....agora não tem mais segurança nenhuma.”
- “Hoje, a segurança é muito ruim”.

Os fatores que satisfazem às necessidades básicas de conforto físico, segurança, estabilidade do emprego, convivência social agradável representam praticamente uma obrigação da organização. (BERGAMINI, 2005).

Como já foi mencionado este item entrou neste constructo, porque uma vez ajuizado pela técnica de PASQUALI (1996), houve uma concordância na manutenção do mesmo para o constructo Existência que se refere ao primeiro nível de motivação para ALDERFER(1969) apud CASADO(1998).

Fica caracterizado no discurso dos sujeitos que a segurança pública é um item relevante de satisfação para o trabalho. Até mesmo para que se possa praticar uma melhor qualidade de vida

4. O respeito manifesto pelos pacientes como profissional da saúde.

A seguir são apresentados os depoimentos dos entrevistados:

Sujeito 1:

“Eu faço no paciente o que eu faria na boca da minha filha, para deixar minha cabeça tranqüila no travesseiro. Olha! Por incrível que pareça, o pessoal reclama né. Aqui no Farina eu acho nota 10. O paciente aqui é um paciente humilde, e é extremamente agradecido por aquilo que você faz por ele. Desde que você o respeite. Oi, tudo bem? Senta. Nossa que sapatinho bonitinho! Uma criança que você faz este tipo de elogio, ainda, nossa você ganhou a criança. Paciente com nível mais elevado é um pouco mais difícil. Eu tenho uma reciprocidade muito grande. Estou aqui desde 98, os pacientes me conhecem, o irmão mais velho já veio. Eu gosto muito. Não tenho problemas de relacionamento.”

Sujeito 2:

“Eu nunca tive nenhum problema, nunca fui desrespeitada por nenhum paciente. Eu acho que eles confiam e respeitam o profissional. Eles nos dão à valorização que a gente não tem financeiramente. Como pessoa e profissional a gente se realiza sim, pelo o que ele passa para gente.”

Sujeito 3:

“Acho que eu que criei este respeito, não foi sempre assim, acho que sou respeitada não porque o serviço criou isto, eu que criei. Existe respeito.”

Sujeito 4:

“Quanto ao respeito com os profissionais de nível superior existe educação. Diferente das pessoas da área da enfermagem, recepção, nem parece às pessoas que estiveram no consultório com a gente. Você tem curso superior é outro comportamento.”

Sujeito 5:

“Nunca tive problemas com nenhum paciente.”

Sujeito 6:

“Meu relacionamento é bom. Quando você é mais novo, você não tem muita paciência para algumas coisas e depois você aprende a lidar com algumas circunstâncias.”

Sujeito 7:

“Respeito é difícil falar. Você vai achar pessoas que dão respeito e outras que não dão respeito nenhum. Tem gente que invade sala, se acham no direito de cobrar tudo, que profissional tem obrigação de fazer todo o trabalho. Assim como ela trabalha, eu também estou aqui fazendo o meu trabalho. Sou o único profissional aqui. Tem coisas que fico irritado. Tem horas que a gente perde a linha. Hoje mesmo veio uma mãe que não tinha nada de urgência, para variar era um dente que estava nascendo atrás do outro e mais nada, nem cárie tinha. Veio falando que eu estava falando grosso. É meu jeito de falar. Falo assim desde pequeno. Talvez pelo fato que eu sou japonês. Alemão fala do mesmo estilo, sou conhecido por ser turrão neste posto. O pior que ela falava alto e eu tinha que falar mais alto, para ela escutar. Ela veio com uma pré-ideia, que para mudar foi difícil. Este problema tem em qualquer lugar.”

Sujeito 8:

“Era mais fácil antes. Com a abertura deste presidente, as pessoas me dizem pago imposto, pago seu salário, são arrogantes. Já foi mais fácil este relacionamento. Somos iguais a todos. Já tiveram mais respeito por nós profissionais”.

Algumas falas aparecem:

- “Quanto ao respeito com os profissionais de nível superior existe educação. Diferente das pessoas da área da enfermagem...”
- “Eu acho que eles confiam e respeitam o profissional”
- “Você vai achar pessoas que dão respeito e outras que não dão respeito nenhum.”
- “Existe respeito.”

Assim a partir destes discursos pode se pensar no Item Relacionamento que é o segundo nível de ALDERFER apud

CASADO(1998), onde se tem uma primeira abordagem de intercâmbios sociais.

Em março de 2006, na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, foram aprovadas 111 Resoluções para os eixos temáticos: Valorização, Humanização e Saúde do Trabalhador.

Assim, uma das Resoluções é:

“Estabelecer mecanismos de gestão do trabalho em saúde onde os trabalhadores se constituam como construtores e se reconheçam como pertencentes ao ambiente de trabalho, incorporando a humanização em suas diversas dimensões (ética, cooperação, respeito e solidariedade), que deverá estar expressa nas suas práticas.” (ROLLO, 2007:50)

Nos depoimentos dos sujeitos se percebe o respeito como ferramenta da comunicação. Fica bastante evidente que o profissional percebe divergências nos comportamentos dos usuários no que tange a relação paciente-profissional. Mas, ainda se nota que a formação acadêmica interfere nesse relacionamento como justifica a fala do sujeito 4. “Quanto ao respeito com os profissionais de nível superior existe educação. Diferente das pessoas da área da enfermagem, recepção, nem parece às pessoas que estiveram no consultório com a gente. Você tem curso superior é outro comportamento.”

5. A valorização manifesta pelos pacientes aos profissional da saúde.

Os depoimentos a seguir foram extraídos das entrevistas:

Sujeito 1

“Eles são extremamente agradecidos. Percebo valorização profissional. Eu atendi uma senhorinha, e ela saiu dizendo Oh! Doutora, eu não senti nada! Eu não fiz, mais que minha obrigação, mas para ela eu sou a melhor dentista do mundo. Porque ela não é tratada deste jeito por outros dentistas que ela foi”.

Sujeito 2

“Eu acho que eles confiam muito na gente, eles nos dão a valorização que a gente não tem financeiramente, como pessoa e profissional. A gente se realiza sim, pelo o que ele passa para gente”.

Sujeito 3

“A valorização é boa, não na parte econômica, mas com o público, se tem algum problema, a gente consegue conversar sem se estranhar um ao outro. Eles acreditam no trabalho que esta sendo feito”.

Sujeito 4

“Não posso generalizar, eu sinto que eles valorizam o serviço. Raramente eu escuto: Não posso ir a outro lugar. Não sinto falta de valorização. Esta unidade é uma unidade de população mais carente sentem-se muito gratificados. Em unidades mais centrais, as pessoas fazem pouco caso, mas a maioria valoriza”.

Sujeito 5

“Há valorização por parte do paciente a e também do profissional para o paciente. É uma troca. O paciente considera o profissional e fico satisfeito com isso”.

Sujeito 6:

“Como em todos os casos, alguns dão valor, outros não. “

Sujeito 7:

“Valorização existe, podem até falar mal, mas respeitam o profissional. Dão valor”.

Sujeito 8:

“Perdeu um pouco, não podemos generalizar. Hoje muita gente chama pelo nome sem Dr. Ou Dra. É diferente”.

Algumas falas que chamaram nossa atenção são agrupadas:

- “Percebo valorização profissional. “
- “Como em todos os casos, alguns dão valor, outros não. “
- “Há valorização por parte do paciente a e também do profissional para o paciente. É uma troca.”
- “...eles valorizam o serviço.”
- “eles nos dão a valorização que a gente não tem financeiramente, como pessoa e profissional.”
- “A valorização é boa, não na parte econômica, mas com o público,...”

Este item da valorização profissional se enquadra no nível de Relacionamento da Teoria de ALDERFER(1969) e deixa claro a importância da relação com as pessoas no trabalho, permitindo assim estabelecer este item como um fator de satisfação para o trabalho.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu o ano de 2006 e a próxima década como a de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. (ROLLO, 2007)

A política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, criada em 2003, tem como uma de suas diretrizes a Valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Entretanto, um entrave para essa valorização ainda é a baixa legitimidade do SUS perante a sociedade. Apesar dos resultados obtidos na ampliação do acesso e na melhoria dos indicadores de saúde do país.

Nos próprios depoimentos pode-se notar que muitos profissionais sentem-se valorizados pela população. Porém, ainda fica um desafio como comenta ROLLO (2007), melhorar a gestão do SUS, mobilização dos trabalhadores, gestores e usuários no cotidiano das práticas de atenção e gestão na saúde, processos moleculares de mudanças nos seus territórios de trabalho, de modo a garantir o compartilhamento de uma vida digna de ser vivida por e para todos.

Segundo BERGAMINI (2005), o reconhecimento de cada um como personalidade ímpar mostra-se cada vez mais como elemento decisivo na conquista das pessoas, com relação aos seus compromissos com o trabalho. A autora ainda alerta para a questão de estar vinculado a um grupo ou assumir objetivos comuns de uma organização, não leva ninguém a assumir verdadeiramente os seus objetivos.

Dessa forma, a questão da valorização profissional parece ser um fator importante para a satisfação e motivação profissional, porém deve ser levado em consideração todas as situações envolvidas no desempenho profissional, ou seja, individualmente ou na equipe.

6. As orientações educacionais, nutricionais dadas pelo profissional, recebidas pelos pacientes de forma favorável.

Como resultados das entrevistas realizadas, seguem os seguintes depoimentos:

Sujeito 1:

“Acho que a questão de educar é difícil. Mas, a gente vê que com o tempo a gente consegue ganhar. A gente vê no Promi (Programa de Odontologia Materno Infantil), no começo você falava, falava, falava...não via reciprocidade. Agora como o Promi já está aqui muitos anos, o paciente já vem no primeiro grupo, e fala assim: Não estou usando chupeta porque a minha vizinha falou que não é bom, porque minha vizinha já veio no Promi. É um povo que se consegue atingir melhor. Ensinar e acatar. Eu tenho uma cunhada que tem um bebê e para atingir a cabeça dela é muito mais difícil do que as mães aqui. Tem reciprocidade sim, mas é uma coisa de ...ao longo do tempo, não é uma coisa de uma hora para outra. Tem que falar, falar, falar.....daí você consegue, entendeu?”

Sujeito 2:

“Essa parte educacional é fundamental. Eles entendem, eles buscam isso, tem pouca divulgação, quanto mais tiver melhor. Eu acho que é por aí a parte educacional. Eles recebem muito bem, até mesmo o adolescente que é sempre pior para eles estarem aceitando as coisas. A saúde é muito precária no nível educacional”.

Sujeito 3:

“Eu consigo passar para eles a educação de higiene, nutricional, mas acho que eles não conseguem entender o meu discurso, mas ainda sinto dificuldades, não sei se o problema é meu ou deles. Às vezes mudo e não consigo atingir. Tá todo mundo olhando para mim e percebo que não estão entendendo, aí mudo. Se você não perceber isto na hora, sua clientela sai descontente com a sua atuação”.

Sujeito 4:

“Pela própria escolaridade as pessoas têm dificuldade de entendimento do processo de educação”.

Sujeito 5:

“Varia muito de paciente, para paciente. Mas, ele assimila 40 -50% do que você passa. É um trabalho de formiguinha. Eu ainda não estou plenamente satisfeita. No Promi, voltei agora para os grupos de retornos e controle e espero ter um ‘feedback’ melhor. Quando era só o primeiro grupo, eu passava para outro profissional. Agora, eu estou percebendo o controle, e hoje mesmo, percebi uma avaliação do que foi conversado no primeiro grupo. Nos grupos, dou toda liberdade para perguntar e procuro falar numa linguagem para todos entenderem. Agora vou poder avaliar o que eles estão fazendo, se tenho que mudar alguma coisa. Como antes eu não tinha mais contato com os pacientes do primeiro grupo, eu falava demais e agora acho que vai dar uma inter-relação melhor”.

Sujeito 6:

“A grande maioria altera os hábitos, mudam. Outros dizem que moram no quintal da mãe ou da sogra e acabam se curvando à vontade da sogra ou da mãe por esta dependência”.

Sujeito 7:

“Educação nutricional, e higiene as pessoas não tem informação. Na média geral aceitam bem. Por outro lado, sempre tem gente que você pode falar, falar, e não vão mudar. Acho que a grande maioria, a gente consegue reverter.”

Sujeito 8:

“Orientações de dieta e higiene as crianças assimilam mais que as mães. Elas acham que a responsabilidade é do profissional. A grande maioria das mães do Promi assimila melhor”.

Nos discursos dos sujeitos pode-se perceber que todos os profissionais concordam com a importância da questão educação em saúde. Entretanto, sentem algumas dificuldades na abordagem destes pacientes, para que se façam entender.

Assim algumas falas de relevância podem ser agrupadas:

- “Acho que a questão de educar é difícil.”
- “Acho que a grande maioria, a gente consegue reverter.”
- “A grande maioria das mães do Promi assimila melhor”.
- “Nos grupos, dou toda liberdade para perguntar e procuro falar numa linguagem para todos entenderem.”
- “Essa parte educacional é fundamental.”
- “Acho que a questão de educar é difícil. Mas, a gente vê que com o tempo a gente consegue ganhar. A gente vê no Promi (Programa de Odontologia Materno Infantil)....”

Conforme a II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (1993), a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação.

O modelo de saúde bucal vigente no Brasil, caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira.

Educação e Saúde são uma condição e ao mesmo tempo uma consequência do exercício da cidadania, portanto, pressupostos básicos para o seu exercício responsável.

Também aqui percebe-se que o profissional sente diferença na atuação dele quando participa mais ativamente de atividades educativas, como é o caso dos grupos do PROMI, diferentemente da situação de atividades curativas isoladas.

Para a construção da humanização do trabalho no SUS (Sistema Único de Saúde), foi solicitado por parte dos gestores da saúde que se estimulasse a promoção de saúde nos locais de trabalho, pois essas questões interferem na qualidade dos serviços prestados à população. (SANTOS-FILHO & BARROS, 2007)

Este item valorização também faz parte do nível Relacionamento de ALDERFER (1969), mesmo porque fica evidente nos discursos, principalmente o sujeito 5 quando se refere que “No Promi, voltei agora para os grupos de retornos e controle e espero ter um ‘feedback’ melhor. Quando era só o primeiro grupo, eu passava para outro profissional. Agora, eu estou percebendo o controle, e hoje mesmo, percebi uma avaliação do que foi conversado no primeiro grupo”. O intercâmbio entre o profissional e o paciente nesta situação é relevante para o dentista.

7. O dentista é identificado por seus pacientes.

Para essa categoria destacam-se as seguintes falas:

Sujeito 1:

“Existe identificação. Uma vez eu estava na Rua Marechal, e o paciente falou: Olha lá minha dentista! Para mim é legal, porque eles vêem o dentista como um monstro, não é? Eles me vêem como amiga, vem todos sorrindo para mim, porque apesar de ser uma coisa chata, eu também acho que dentista é chato, mas assim, eu gosto de criança. É como falo: Elogiar um sapato velho que está no pé, pronto, você já ganhou o amor dele”.

Sujeito 2:

“A gente é uma referência, tanto é que eles nos procuram, até para alguma coisa que não nos diz respeito, a gente é um referencial aqui na prefeitura.

Fora daqui as pessoas também nos identificam, é a mesma coisa e acho que isso é muito bom”.

Sujeito 3:

“Existe identificação muitas vezes. É bom!. Esta é Doutora Fulana a Senhora é minha dentista. No primeiro dia da inauguração do AEO (Ambulatório de Especialidades Odontológicas), tinha um segurança que eu atendi no Promi. Ele veio falar comigo: Oi, Dra. Eu percebo que a grande maioria se identifica de forma contente comigo. Isto porque eu criei este vínculo. Inicialmente, todos vêm com o pé atrás. Depois conforme vão te conhecendo as coisas vão mudando. A criança não tem esta atitude, mas o acompanhante tem”.

Sujeito 4:

“Eu me sinto identificada pelo fato de atender pessoas que já foram meus pacientes. Agora trazem os filhos”.

Sujeito 5:

“No serviço público os adultos vem para um tratamento só. Com as crianças é um pouco diferente, porque se tem mais controle da situação para a manutenção e aí há identificação”.

Sujeito 6:

“Fora daqui eles me cumprimentam e dizem: Oi Doutor! Por exemplo, me encontram no Wall Mart e eles falam: Oi Doutor! Olham para o carrinho, e dizem: O senhor vai me dar bronca. Mas a identificação é positiva”.

Sujeito 7:

“Até no centro de São Bernardo, você passeia, falam assim: Olha o dentista. Até artista famoso tem este lado bom e ruim, às vezes você não quer ser reconhecido. Falam Olha o dentista! Ou vem fazer a consulta no meio da rua. Este lado é ruim. Com tempo você fica conhecido mesmo. É gostoso não é? Tem carinho pelo menos os que falam, estão falando de bom grado. Não é pejorativo.”

Sujeito 8:

“A identificação acontece, dizem: Olha lá a dentista! No supermercado: Oi tia, você está aqui?”

Alguns entrevistados fizeram colocações relevantes para este item:

- “Existe identificação.”
- “Com tempo você fica conhecido mesmo. É gostoso não é? Tem carinho pelo menos os que falam, estão falando de bom grado. Não é pejorativo.”
- “...a identificação é positiva”.
- “Existe identificação muitas vezes. É bom!”
- “...Com as crianças é um pouco diferente, porque se tem mais controle da situação para a manutenção e aí há identificação”.

Este item Identificação é considerado também parte do nível Relacionamento da Teoria de ALDERFER (1969), pois tem a questão da relação social do profissional com o paciente que é de relevância para o estudo em questão.

A identificação que o profissional percebe, feita pelo paciente quer nos parecer que é um fator de satisfação, uma vez, que ele se sente a partir disso, uma valorização pessoal. Vale aqui ressaltar o discurso do sujeito 7 mencionando que às vezes ele como um artista gostaria de passar despercebido, no entanto, ele mostra a sua satisfação pelo fato de ser identificado com respeito.

Também no discurso do sujeito 5 há uma situação interessante quando ele menciona que o fato de não ter acompanhado os adultos se permite menos identificação, com este grupo.

8. O dentista é tratado com educação pelos pacientes

Os depoimentos referentes a essa categoria são os seguintes:

Sujeito 1:

“O paciente às vezes tem um limiar zero, as vezes um problema destrói todo aquele relacionamento. Hoje mesmo aconteceu, eu precisei sair para levar uma paciente de emergência ao Ambulatório de Especialidades, uma mãe chegou e eu não estava e a mulher fez um “sarseiro”. Mas, da próxima vez que ela vier, eu vou conversar com ela, para ela entender que era uma emergência. Não sei se ela vai entender, mas a grande maioria entende”.

Sujeito 4:

“Quanto à educação com os profissionais de nível superior existe educação. Você tem curso superior é outro comportamento”.

Sujeito 5:

“Os pacientes são educados, alguns às vezes te chamam pelo nome porque se sentem mais íntimos”.

Sujeito 7:

“Acho que eles respeitam bastante. Aquela coisa, uns vão se achar um pouquinho mais e vão querer entrar. E na média sou bem tratado. Todos os funcionários de nível superior são bem tratados. O pessoal lá de baixo a maioria, até a enfermagem é mal tratada. Mas é muito pessoal.”.

Sujeito 8:

“Alguns, tratam.”

No caso desta categoria é possível perceber que 3 dos entrevistados não quiseram fazer nenhum tipo de comentário a respeito da questão de como são tratados pelos pacientes. Parece existir certo desconforto para abordar esse assunto.

Dois sujeitos deixaram transparecer nas suas falas que as pessoas com formação universitária têm um diferencial no tratamento feito pelos usuários.

Algumas falas são destacadas:

- . “Todos os funcionários de nível superior são bem tratados. O pessoal lá de baixo a maioria, até a enfermagem é mal tratada.”
- “Os pacientes são educados, alguns às vezes te chamam pelo nome...”
- “Quanto à educação com os profissionais de nível superior existe educação.”

Este item também faz parte do nível Relacionamento da Teoria de ALDERFER(1969). Trata-se aqui da relação profissional–paciente e mostrando a importância desta situação do relacionamento e convívio social no trabalho.

9. O dentista sente-se satisfeito em perceber sua atuação como agente de mudança na qualidade de vida de seus pacientes.

Como resultados das entrevistas realizadas, seguem os seguintes depoimentos:

Sujeito 1:

“No Promi a gente vê mais isto. Para o paciente no tratamento curativo esta questão é menor porque o dentista fala num monólogo. No Promi a gente vê porque, desde 98, estamos atuando assim. Lembra aquela avó que falou: Minha filha já disse para a outra, que teve bebê agora, para vir no programa da UBS. Então, mães que já vem sem a chupeta porque sabem que a vizinha contou, que a cunhada já veio... A parte do Promi é uma coisa que me realiza muito. Hoje o que se dá valor no serviço público é tapar buraco. Eu sei que precisa. Mas, na realidade o que faz no Promi, poderia se fazer com as gestantes e com os idosos. A satisfação é quando a gente vê os frutos”.

Sujeito 2:

“Eles compram a idéia da gente, depois eles modificam hábitos, não são todos, mas uma grande maioria. A incidência é bem satisfatória”.

Sujeito 3:

“Tenho frustrações porque não consigo ser um agente de mudança ainda”.

Sujeito 4:

“Quanto a ser um agente de mudança é muito limitado. Mas, é gratificante. Aqueles poucos que você consegue mudar, mesmo uma pequena mudança, este passa a ser um multiplicador. Não vou mudar a cabeça de todo mundo. Esta minha fase já passou, entendeu?”

Sujeito 5:

“Eu estou apta a ser multiplicador para passar técnicas de higiene e dieta”.

Sujeito 6:

“Tenho consciência que já mudei a qualidade de vida de muita gente. Não só na saúde bucal, mas também na saúde geral. Assim, me sinto gratificado porque estou aqui para isso. No Promi, estamos fazendo isso há quanto tempo? Alguns resultados a gente vê, mudar é difícil, mas qualquer mudança que a gente faça já é gratificante”.

Sujeito 7:

“A gente tem contato uma vez e quem volta se percebe melhora nas condições, o leite em pó o dinheiro, questão de escovar, a chupeta que vai ter que usar aparelho. Vai gastar. Às vezes até a gente fala umas besteiras no meio para eles darem valor. Para passar idéias boas. Para mim até vai bem! Você sabe que o meu problema de coluna até desapareceu porque eu ponho para fora e não fico guardando para mim.”

Sujeito 8:

“Agente de mudança? No Promi tudo o que você fala elas te consideram muito, elas acatam. Falar da chupeta, da mamadeira, elas acatam.”

Este item mudança de qualidade de vida dos pacientes, pode-se dizer que é um fator relevante para o desempenho profissional. Faz parte do nível Relacionamento da Teoria de ALDERFER(1969), uma vez que a percepção do profissional como agente é uma forma de avaliar a comunicação e a relação social dele como profissional e o paciente.

Foram relatadas várias situações que se percebeu satisfação dos profissionais na mudança comportamental dos pacientes.

O sujeito 7 relata que não tem mais problemas de coluna depois que passou a trabalhar com grupos operativos nesta questão da educação.

Alguns discursos foram apontados para tal situação:

- “No Promi tudo o que você fala elas te consideram muito, elas acatam.”
- “A gente tem contato uma vez e quem volta se percebe melhora nas condições....”
- “No Promi, estamos fazendo isso há quanto tempo? Alguns resultados a gente vê, mudar é difícil, mas qualquer mudança que a gente faça já é gratificante”.
- “....é gratificante. Aqueles poucos que você consegue mudar, mesmo uma pequena mudança....”

Para DEJOURS (1997), a organização do tempo em fases de trabalho e descanso respeita as necessidades da economia psicossomática, protege o corpo contra a sobrecarga comportamental, que poderia ser prejudicial, e possibilita ao sujeito, meios de canalizar suas pulsões durante o trabalho. Sendo assim, a livre organização do trabalho torna-se essencial para o equilíbrio psicossomático e da satisfação. Por outro lado, o trabalho rígido, imposto aparece como um obstáculo à saúde do trabalhador.

Nesse sentido, quando se faz grupos operativos, o profissional tem certa liberdade na sua atitude e sente-se de certa forma livre das tensões impostas pela própria instituição nas suas atividades cotidianas.

Quando se trabalha com promoção de saúde, ou seja, num âmbito maior do que a prevenção se percebe que os sujeitos pesquisados têm um discurso equivalente quando se referem à visão educacional dessa

população. Dessa forma, quando percebem que conseguiram atingir a população no sentido de construir uma nova visão, sentem-se satisfeitos. Por outro lado, pela dificuldade de comunicação que muitas vezes percebem sentem-se limitados e frustrados.

Em relação ao PROMI se percebe nos discursos que a atuação é relevante e a participação na relação dentista-paciente se torna um fator de satisfação para o profissional. Pois, ele passa a ver a relevância da relação social como mostra o nível de Relacionamento da Teoria de ALDERFER (1969).

Segundo SAWAIA,(1994:157) a saúde é uma questão eminentemente sócio-histórica e conseqüentemente ética, porque é um processo da ordem da convivência social e vivência pessoal, deixando de ser, não a doença ou estado pleno de bem-estar, para tornar-se possibilidade objetiva e subjetiva de estar sempre buscando este estado.

O autor ainda afirma que "saúde é a possibilidade de ter esperança e potencializar esta esperança em ação. Promover a saúde equivale a lutar contra todas as formas históricas de violência do corpo e da alma, geradoras de servidão e heteronomia."

Sendo assim, MORIN (2001) constata que a instituição ou organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e de desenvolver suas competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar.

10. O dentista sente-se acolhido pela equipe em seu posto de trabalho

A partir das entrevistas seguem os seguintes relatos:

Sujeito 1:

“Aqui é muito legal, o pessoal é muito recíproco”.

Sujeito 2:

“Eu acho difícil, sempre tem a diferença entre dentista e médico. A auxiliar na UBS dá preferência ao médico, coisa que eu não senti no AEO, porque quando ela já tem especificamente o atendimento odontológico não tem a questão de fazer com má vontade. Eu acho que só funciona a coisa quando é multiprofissional um ajuda o outro e a gente depende um do outro. Todos devem falar a mesma linguagem e ter os mesmos conhecimentos. Muitas vezes falta informação, o funcionário não sabe por que está fazendo aquilo. Existe o respeito pessoal, mas não o profissional. O paciente, por exemplo, vai a farmácia aplicar uma benzetacil e o funcionário da farmácia não explica e não interage com o paciente. O paciente não é bobo, ele percebe que não existe equipe”.

Sujeito 3:

“Não tenho problemas com a equipe”.

Sujeito 4:

“A relação é boa. Esta UBS é muito coesa. O funcionário da recepção, da enfermagem trabalha com espírito de equipe. A postura do dentista, como profissional da UBS, já teve uma época que era a parte. Hoje, com a figura do gerente mudou um pouco. Facilitou. Vamos atender adolescentes. Então, chama o pediatra, e agora, vamos olhar e orientar no consultório médico, trabalhando como equipe multiprofissional”.

Sujeito 5:

“Muda muito aqui, a parte técnica é um pouco complicada. Quanto às pessoas é bom”.

Sujeito 6:

“Eu sou um dos poucos que permanecem aqui na UBS. O resto entra e sai, mas eu sempre me dei bem com todo mundo. No geral, o relacionamento é muito bom com o paciente e funcionário. Eu escuto que muita gente bate de frente. Mas, com o meu jeito, meu estilo, eu não tenho este tipo de problema; não sei se porque sou claro com a gerente, com a enfermeira, nunca tive este tipo de problema”.

Sujeito 7:

“Aqui é difícil! A gerente não consegue nem resolver as questões burocráticas e administrativas. Não consegue melhorar a equipe. As pessoas aqui não param. Trabalhar como equipe é igual no esporte futebol, voleibol. As pessoas não gostam e não ficam. Aí é difícil. Formam painéis e mandam para outros lugares. Eu trabalhava em outro posto e as pessoas formavam uma equipe, iam comer churrasco na associação sem pensar em trabalho. Agora tem especialidade, UBS atenção primária e PS. Fica difícil de administrar”.

Sujeito 8:

“Eu nunca tive problemas em UBS alguma. Também nunca fui dentista de ficar só no consultório. Eu aqui, organizava as reuniões com café da manhã, cabia a mim agora não está mais dando tempo”.

Para este item “Acolhimento pela equipe”, que é o último dos itens para o nível Relacionamento da Teoria de ALDERFER (1969) algumas falas são evidenciadas:

- “Eu acho que só funciona a coisa quando é multiprofissional um ajuda o outro e a gente depende um do outro.”
- “Trabalhar como equipe é igual no esporte futebol, voleibol.”
- “ Eu acho que só funciona a coisa quando é multiprofissional um ajuda o outro e a gente depende um do outro. Todos devem falar a mesma linguagem e ter os mesmos conhecimentos.”

Para DEJOURS (1997:40), “*o trabalho em equipe e a participação num grupo de operações cujo sentido é compreendido pelo conjunto dos funcionários tornam possível a realização de defesas coletivas*”.

Desde 1980, vem se modificando a forma de atendimento nos serviços de saúde. Esse processo tem exigido mudanças na área de recursos humanos, como organização do trabalho e conformação das equipes de saúde. Objetivando maior resolutividade, produtividade e ênfase no desempenho da função.

O trabalho em equipe é um desafio para os gestores na formação de profissionais de saúde, porque existia uma preocupação muito grande com a atuação individual, principalmente médicos, enfermeiros e odontólogos.

Hoje, a preocupação é maior para as atividades em equipe na área da saúde, pois é preciso habilitar para o trabalho multiprofissional.

Dessa forma, o cenário da formação educacional das escolas médicas, enfermagem, odontologia precisam criar novos modelos para prepararem esses profissionais para o mercado, dando ênfase no trabalho em equipe e nas ações de promoção, vigilância e prevenção. Assim, ganha expressão a questão da educação continuada. (FARIA & VIANA, 2002)

Mais uma vez a evidência mostra que o trabalho realizado no Promi traz mais satisfação uma vez que é feito em grupos e fazendo parte de uma equipe, o profissional sente-se valorizado diante dos colegas e dos pacientes.

No discurso do sujeito 8 “Eu nunca tive problemas em UBS alguma. Também nunca fui dentista de ficar só no consultório”. Nota-se uma preocupação dele na participação junto com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde. Se nos voltarmos para a política de saúde bucal antes do posicionamento do SUS, a questão do profissional era muito mais individualizada e o dentista ficava muito mais isolado no consultório e não tinha chance de prestar serviço junto da equipe de saúde da Unidade.

11. O dentista deve sempre dar o melhor de si.

Como resultados das entrevistas realizadas, seguem os seguintes depoimentos:

Sujeito 1:

“Eu faço na boca do paciente, aquilo que eu faria na boca da minha filha. Às vezes a gente não consegue e fico frustrada comigo mesma”.

Sujeito 2:

“Eu costumo fazer o melhor que posso, geralmente com isso me sinto bem comigo mesma.”

Sujeito 3:

“Procuro dar o meu melhor, porém este pode não ser o que a chefia acha de melhor, então se me pedirem para ir por outro caminho eu recuo”.

Sujeito 4:

“No Japão existem provas de avaliação e com isso o profissional acaba aprendendo a fazer sempre o melhor.”

Sujeito 5:

“Procuro fazer o melhor, mas estimulada você vem com outra alegria para o trabalho”.

Sujeito 6:

“Temos que dar o melhor de si em tudo que fazemos. Na prefeitura eu procuro trabalhar da mesma maneira que no consultório. Claro que tenho limitação de estrutura, não tenho os mesmos instrumentos, materiais do consultório no serviço público”.

Sujeito 7:

“Todo mundo tenta dar o melhor de si. Mas fica difícil com o equipamento e insumos que você recebe. Não sei quem compra, acho que não sabe o que está comprando, porque se não, não compraria um material tão ruim. Quem consegue deixar alguma coisa na boca por mais de três meses. É de chorar, qualquer profissional recém formado que venha trabalhar aqui seria difícil”

Sujeito 8:

“Ou eu faço alguma coisa bem feito ou não faço. Se o paciente vem remarcar no Promi eu procuro saber por que faltou. Se está tudo bem com a criança. Isto para mim é importante”.

Todos os sujeitos concordam em dar o melhor de si. Entretanto, os discursos relatam que existe precariedade no serviço quanto à qualidade dos insumos e instrumentos necessários.

Assim alguns discursos apontados aqui nos direcionam para esta análise:

- “Todo mundo tenta dar o melhor de si”
- “Temos que dar o melhor de si em tudo que fazemos”
- “Eu costumo fazer o melhor que posso”

Entretanto, nas falas também se vê que os sujeitos são unânimes em dizer que a qualidade dos equipamentos e insumos deixam a desejar para a qualidade do serviço.

Este item cabe no terceiro nível da Teoria de ALDERFER(1969), que é o Crescimento que permite o desejo intrínseco de desenvolvimento pessoal, equivalente a auto-realização.

Para CHANLAT (1996), o serviço público, sobretudo aquele relacionado aos serviços sociais, saúde e educação, podem ser classificados no modo gestão tecnoburocrático, no qual se encontra forte hierarquia, divisão de trabalho parcelada, presença de normas e padrões formais, grande importância atribuída aos especialistas, centralização de poder, pouca autonomia para cargos inferiores, limitação na expressão.

Desta forma, a ação humana neste tipo de organização ou instituição é bastante limitada pelas normas existentes, ficando o trabalhador impedido, muitas vezes de responder às demandas ou situações inesperadas, que não foram previstas na concepção.

CHANLAT (1996) resume esta questão dizendo: “fazer bem o que se tem que fazer ainda que impedido de fazê-lo”.

12. O dentista deve buscar excelência em tudo o que faz.

As seguintes idéias foram encontradas nas entrevistas realizadas com os sujeitos:

Sujeito 1:

“Aqui no serviço tem muitos profissionais muito melhores que aí fora, a gente aqui busca a excelência”.

Sujeito 2:

“Na técnica precisa estar sempre se atualizando, buscando excelência...”.

Sujeito 3:

“Eu estou buscando a excelência. Até volto para retomar se for necessário. As mudanças devem acontecer, não quer dizer que é correto, ou o melhor caminho, mas tem que respeitar e aceitar a mudança. Se não for o melhor, vamos juntos tentar retomar, porque a proposta de mudança é boa. Tem que procurar mais, sempre melhorar”.

Sujeito 4:

“Eu estacionei, eu estou numa fase que quero me aposentar, fiz uma opção na minha carreira pela área pública, fechei consultório. Agora apareceu um estímulo com a mudança da administração, estou numa fase de expectativa. Eu me acomodei estes anos todo, minha vida estava sem perspectivas, agora parece que mudou. Vamos aguardar”.

Sujeito 5:

“Todo profissional tem que estar atualizado, a gente tem que estar aberto a tudo”.

Sujeito 6:

“Muitos aqui da prefeitura, não vejo se aprimorarem. Talvez, acabaram se acomodando. Como eu tenho consultório me aprimoro lá e conseqüentemente aqui também”.

Sujeito 7:

“Pela minha idade já passei da fase da busca da excelência, de ambição e tudo mais. Agora procuro manter um padrão. Pela minha idade já passou. Até 35 anos, entre 30- 35 anos você busca aquele padrão. Agora, eu procuro um padrão. Manter o que eu consegui chegar.”

Sujeito 8:

“Eu tenho que fazer o melhor de mim. Mas, a excelência? Acho que não vale a pena, porque você nunca está satisfeita com você mesma”.

A partir dos discursos podemos perceber que alguns têm importância significativa para a análise deste estudo. Assim segue:

- “Todo profissional tem que estar atualizado. “
- “Tem que procurar mais, sempre melhorar”.
- “Na técnica precisa estar sempre se atualizando, buscando excelência...”.

Para o nível Crescimento da Teoria de ALDERFER (1969), este item Busca da Excelência pode mostrar que alguns estão abertos a esta situação. Por outro lado, algumas falas demonstram que tinham um comportamento pouco motivado. Como:

- “Pela minha idade já passei da fase da busca da excelência, de ambição e tudo mais. Agora procuro manter um padrão.”
- “Eu me acomodei estes anos todo, minha vida estava sem perspectivas, agora parece que mudou. Vamos aguardar”.
- “...Mas, a excelência? Acho que não vale a pena, porque você nunca está satisfeita com você mesma”.

O homem é um ser histórico-social, que constrói, transforma a sociedade em que vive e é moldado por ela, num movimento dinâmico e indivisível. Isso implica em não dissociar o indivíduo e a sociedade na explicação de fenômenos ocorridos na vida das pessoas. (TAVARES, 2003)

Para AGUIAR (1984) o comportamento motivado é aquele que se aceita como voluntário do indivíduo. Sendo assim, o trabalho é considerado um comportamento voluntário, ou seja, as escolhas que os indivíduos fazem

em relação ao seu comportamento no trabalho estão relacionadas às diferentes respostas voluntárias possíveis.

LOCKE (apud CODA (1986) propõe como definição para satisfação no trabalho 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.

Sendo assim, o trabalho torna-se uma fonte de realização e prazer, quando vem de encontro dos significados dos desejos humanos e pode, inclusive, ser usado como compensação para suas carências em outros contextos. (GROSSEMAN, 2001)

Nos discursos dos sujeitos pode-se perceber que alguns afirmam que há necessidade da busca da excelência, enquanto outros falam da falta de incentivo por parte da instituição.

Quer nos parecer que a instituição tem um grande peso nesse contexto, por conta da política e do planejamento e da gestão, e gera uma atitude pouco positiva para alguns sujeitos na questão abordada, que é a busca da excelência.

13. O dentista deve ser preparado para atuar como um agente de mudança.

Com as entrevistas realizadas os seguintes relatos foram encontrados:

Sujeito 1:

“Não tenho resposta para esta questão de agente de mudanças”.

Sujeito 2:

“A gente tem esse papel, eles compram a idéia da gente depois eles modificam hábitos, não são todos, mas uma grande maioria. A incidência é

bem satisfatória, isso no geral, pois o profissional acaba trabalhando toda a família, a mudança do hábito na família”.

Sujeito 3:

“Tenho frustrações porque não consigo ser um agente de mudança ainda. Por isso, eu acho que precisa muita coisa para este suporte”.

Sujeito 4:

“O dentista é um grande agente de mudança porque ele atua mudando hábitos até fora do consultório e muda a qualidade de vida”.

Sujeito 5:

“O profissional tem que estar preparado a ser multiplicador, para passar técnicas de higiene e dieta”.

Sujeito 6:

“Tenho consciência que já mudei a qualidade de vida de muita gente não só na saúde bucal e também na geral e assim me sinto gratificado porque estou aqui para isso. O dentista tem que ser preparado para ser um agente de mudança”.

Sujeito 7:

“Tem um lado crítico que sim, mas não nasci com este espírito de ser um propagador. Tem pessoas que já nasceram para ser líder, já passou minha fase de líder de um grupinho. Acho quem com a idade você fica meio cansado, você luta, luta, luta, você acaba assimilando mais coisas, fica mais chato. As coisas não mudam às vezes mudam temporariamente. É um ciclo sobe e desce.”

Sujeito 8:

“Quando veio o Promi, me reascendeu uma chama, porque eu Juro por Deus eu já estava cansada. Carregou a bateria, deu animo.”

Para este item Agente de Mudança que está relacionado ao nível Crescimento da Teoria de ALDERFER (1969), pode se perceber nas falas:

- “ As coisas não mudam às vezes mudam temporariamente. É um ciclo sobe e desce.”

- “O dentista tem que ser preparado para ser um agente de mudança”.
- “O profissional tem que estar preparado a ser multiplicador,...”
- “O dentista é um grande agente de mudança porque ele atua mudando hábitos até fora do consultório e muda a qualidade de vida”.
- “...o profissional acaba trabalhando toda a família, a mudança do hábito na família”.

Segundo SOUZA E SAMPAIO (2007), a atenção básica é colocada como prioritária no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde, definida como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Nessa definição são reafirmados alguns princípios do SUS: saúde como direito e cidadania, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social.

Assim, o que se vê no decorrer desse processo é que a assistência primária à saúde das populações que durante décadas foi relegada a um plano secundário na agenda política entra no rol das prioridades, refletidas em investimentos e ações. (SOUZA & SAMPAIO, 2002)

Praticamente todos os discursos dos sujeitos neste item revelam a satisfação de trabalhar com promoção de saúde e participar da mudança de qualidade de vida de seus pacientes, como pode ser visto na fala do Sujeito 4: “O dentista é um grande agente de mudança porque ele atua mudando hábitos até fora do consultório e muda a qualidade de vida”.

Por outro lado, apenas o Sujeito 3 relata: “Tenho frustrações porque não consigo ser um agente de mudança ainda. Por isso, eu acho que precisa muita coisa para este suporte”.

14. O dentista deve combater o preconceito e as idéias estereotipadas.

Estes depoimentos foram registrados a partir das entrevistas realizadas:

Sujeito 1:

“Outro dia, dois pais que eram diferenciados não queriam participar com idéias preconceituosas do serviço público. Logo que começaram a participar, o negócio começou a pegar fogo. Eles amaram! Quando saíram, disseram: Nossa! O serviço público é diferente eu gostaria de passar no pediatra aqui. Aqui no serviço tem muitos profissionais muito melhores que aí fora”.

Sujeito 2:

“Para combater idéias preconceituosas têm que estar aberto e há vinte e tantos anos que eu me formei. As coisas mudam. Tem que procurar evoluir. Todo profissional tem que estar atualizado, a gente tem que estar aberto a tudo, a estar ouvindo. Eu ouço e acho que o paciente tem o direito de ser diferente de mim. Necessariamente, não sou obrigada a concordar, eu não sou ninguém para julgar”.

Sujeito 3:

“Quanto ao paciente, se for tecnicamente, temos que ter capacidade técnica para convencê-lo, porque acho que tenho capacidade técnica para isto”.

Sujeito 4:

“Tenho uma amiga que dá aulas, e ela disse que é importante colocar o aluno para atender os pacientes especiais e romper estas barreiras preconceituosas deste tipo de paciente. Eu não posso querer que o paciente use enxaguatório bucal se ele não tem condições nem de comprar fio dental. Eu já tive colegas que disseram que não gostam de atender pobre, então o que está fazendo aqui? É papel do dentista combater estas idéias preconceituosas de colegas e da população, não é fácil, mas deve ser trabalhado”.

Sujeito 5:

“Procuro colocar as idéias mais coerentes e na medida do possível trabalhar contra a resistência de alguns”

Sujeito 6:

“Alguns preconceitos existem e se eu não tivesse uma influência como tenho hoje. As pessoas costumam levar isso em consideração. Claro que, para alguns, vai entrar por um ouvido e sair pelo outro. A grande maioria ouve. Alguns já têm conceitos formados, se o profissional fala, pode perceber que as pessoas procuram mudar”.

Sujeito 7:

“Os profissionais estão sempre combatendo isto. A briga é grande porque a população é muito ignorante. A gente está sempre tentando. Aí, eu fico com a fama de ser ignorante. Eu tento mudar.”

Sujeito 8:

“Acho que quebrar a cabeçinha deles não tenho este direito. A criança, por exemplo, raramente acha que dentista é chato. O adulto é difícil mudar. As idéias eu bato na tecla, mas se a mãe quiser dar a mamadeira e chupeta depois de tudo. O que eu posso fazer?”

Os depoimentos a seguir expressão o item Combater o Preconceito e as Idéias Estereotipadas que faz parte do nível Crescimento da Teoria de ALDERFER (1969).

- “Os profissionais estão sempre combatendo isto. A briga é grande porque a população é muito ignorante.”
- “A grande maioria ouve. Alguns já têm conceitos formados, se o profissional fala, pode perceber que as pessoas procuram mudar”.
- “Procuro colocar as idéias mais coerentes e na medida do possível trabalhar contra a resistência de alguns”.
- “Quanto ao paciente, se for tecnicamente, temos que ter capacidade técnica para convencê-lo.”
- “Para combater idéias preconceituosas têm que estar aberto.”

Para se trabalhar em promoção de saúde na comunidade por meio de grupos operativos, é preciso fazer uma abordagem na educação e para tanto à comunicação é imprescindível.

Os depoimentos dos sujeitos mostram que os conceitos são muitas vezes valores e crenças de uma cultura que muitas vezes são difíceis de serem mudados. Entretanto alguns como o Sujeito 6 relatam que as pessoas escutam e procuram mudar suas posturas.

Outros sujeitos interpretaram a questão como sendo mudanças nas técnicas e posturas como profissionais. O Sujeito 2 por exemplo relata: “Para combater idéias preconceituosas têm que estar aberto e há vinte e tantos anos que eu me formei. As coisas mudam. Tem que procurar evoluir. Todo profissional tem que estar atualizado, a gente tem que estar aberto a tudo, a estar ouvindo”.

Em um segundo momento relata as questões do paciente: “Eu ouço e acho que o paciente tem o direito de ser diferente de mim. Necessariamente, não sou obrigada a concordar, eu não sou ninguém para julgar”.

É importante ressaltar que a Instituição passa por uma mudança de gestão na área da saúde. Na odontologia durante 15 anos o gestor foi o mesmo e a gestão se manteve a mesma neste período. Desde junho de 2007 foi conduzido à Secretaria da Saúde um novo Secretário e em seguida houve a mudança da coordenação da odontologia. Houve inclusive mudanças de procedimentos técnicos e de recursos humanos.

15. A instituição pública deve incentivar a pesquisa.

Como resultados das entrevistas realizadas, seguem os seguintes depoimentos:

Sujeito 1:

“A instituição deve se preocupar com a pesquisa apesar de que eu não tenho muita facilidade para este lado, mas é lógico que tem que se preocupar”.

Sujeito 2

“O Setor Público que deve ir atrás. Tem que capacitar para que a gente fale a mesma língua. Tudo que tiver de novidade e atualização, pesquisas”.

Sujeito 3:

“Para conseguir uma prática atual precisamos correr muito porque foram muitos anos devendo alguma coisa. Pesquisa precisa ter para renovar.”

Sujeito 4:

“Na odontologia precisamos de mais pesquisas e incentivos por parte da instituição.”

Sujeito 5:

“A instituição deve ser vista como empresa. Precisa trabalhar a pesquisa sempre”.

Sujeito 6:

“A instituição não motiva a estudar, precisava dar incentivo à pesquisa.”

Sujeito 7:

“A prefeitura não abre caminho. Só querem produção. No começo tinham umas idéias diferentes. Todas as inovações são inócuas. As vezes está começando a engatilhar derruba tudo. Acho que é difícil, não sei o que acontece. É como o futebol você muda o técnico e não muda nada. Até mesmo no Egito as pirâmides, em baixo delas existiam outras e não respeitavam os mortos deles nem na época dos faraós que dirá hoje?

Sujeito 8:

“Incentivar a pesquisa, a instituição deve muito. Renovar, fazer curso, fazer palestrinha com os pais com as crianças, professoras, não ficar aqui enfiado no consultório”.

Algumas falas evidenciam o que os entrevistados pensam a respeito da questão da pesquisa como incentivo feito pela instituição:

- “A instituição deve se preocupar com a pesquisa”
- “Incentivar a pesquisa, a instituição deve muito.”
- “...precisava dar incentivo à pesquisa.”

- “Precisa trabalhar a pesquisa sempre”.
- “Tudo que tiver de novidade e atualização, pesquisas”.
- “A instituição deve se preocupar com a pesquisa...”

Este item do Incentivo a Pesquisa feito pela Instituição foi abordado como nível de Crescimento da Teoria de ALDERFER (1969), e praticamente todos os pesquisados concordam que deve acontecer este incentivo e faz parte assim da produtividade do ambiente de trabalho que ele faz parte.

Na área médica, o SUS incentiva a residência médica que é considerada a melhor forma de aprimoramento profissional e de especialização em medicina. Sua característica básica de treinamento em serviço, sob supervisão, consolida o aprimoramento e o aprendizado e principalmente permite o desenvolvimento de habilidades e a vivência de atitudes que regem a conduta médica. Assim a residência médica tem a modalidade de ensino de pós-graduação com a supervisão de profissionais de altíssimo gabarito. (Lei 6932, 7 jul.1981)

Uma vez que existe essa residência como curso de pós-graduação, os trabalhos científicos são incentivados pelas organizações porque há necessidade para a conclusão dos mesmos. (SOUZA & SAMPAIO, 2002)

Tomando como base a medicina, poderia se falar que na odontologia isso também poderia ocorrer, trazendo até mesmo residências na área com incentivo da Instituição.

Entretanto nas falas dos sujeitos pesquisados se observa que há falta de incentivo por parte da Instituição e que deveria acontecer para se ter mais qualificação profissional.

16. Ampliar a qualificação profissional é um requisito indispensável no desempenho da função.

Seguem os discursos encontrados nas entrevistas realizadas:

Sujeito 1:

“A gente não faz porque não se têm “paitrocinio” se deveriam aproveitar melhor os profissionais que se tem na rede. Eu não sou especialista, mas tenho habilidades com crianças, muitas vezes o profissional não tem c/o pagar um curso, mas a odontologia é muito elitista, os cursos são muito caros”.

Sujeito 2:

“As pessoas que gerenciavam há três anos, tinham uma maneira de pensar. Outra cabeça, hoje as coisas mudaram. Antigamente extração era prioridade hoje em dia não, mudou o conceito de muita coisa a qualificação profissional e o Setor Público que deve ir atrás tem que capacitar para que a gente fale a mesma língua tudo que tiver de novidade e atualização, pesquisas”.

Sujeito 3:

“Tem que procurar mais sempre, melhorar. Tem sempre que estar capacitando às pessoas e incentivar a fazer alguma coisa que veja resultados é o grande estímulo profissional”.

Sujeito 4:

“Na odontologia, claro que é preciso mais treinamento para formar o profissional. Não era muito estimulada a parte de capacitação. Teve agora e precisava ser uma rotina. Porque para pagar é tudo muito caro, eu tentei fazer um curso de pacientes especiais e era muito caro, 1000 reais por mês não dá para pagar, então a instituição deve procurar capacitar mais”.

Sujeito 5:

“Reuniões e capacitações para reciclar o corpo clínico, são importantes. Parece que com a técnica de ART (Restauração Atraumática) eu percebo que estamos sendo preparados para uma resolutividade maior e assim me sinto mais satisfeita”.

Sujeito 6:

“Aprimoramento é importante se não pela instituição por si mesmo. Se não, vai trabalhar simplesmente pelo salário do final do mês. Não sei se eu tivesse só na prefeitura, se eu iria atrás porque a prefeitura não dá este tipo de motivação. É que eu me conheço e acho que teria ido atrás. A instituição não motiva a estudar, precisava dar incentivo à pesquisa. Agora, parece que está melhorando isto, fazendo os profissionais se atualizarem”.

Sujeito 7:

É difícil Deveria ter. Material ultrapassado, que dirá renovação. Não sei o que passa na cabeça desse pessoal. Quando tem motivo político, tudo anda. Eu vejo na minha cidade, em Mogi, levou tanto tempo para fazer a estrada para Dutra. Depois o Sr Alkimin fez a duplicação rapidinha, porque tinha vontade política. O que falta na prefeitura é o marketing. Tem gente que vende até pircing na língua, porque não o nosso serviço? A propaganda que fazem é até destrutiva, enfeiam a coisa, Aqui não renovam, não trocam nada. Vê o outro lado da Fundação dão o avental, a cesta básica. Você trabalhando lado a lado, você vê que na prefeitura não tem nada disso.

Sujeito 8:

“A Instituição deve se preocupar com os recursos materiais e humanos, com certeza”.

Para este item: Ampliar a Qualificação Profissional é um Requisito Indispensável no Desempenho da Função, tem como correspondência o nível Crescimento da Teoria de ALDERFER (1969), visto que isto pode sugerir o desenvolvimento de novas habilidades. Assim as falas seguintes nos indicam estas questões:

- “A Instituição deve se preocupar com os recursos materiais e humanos, com certeza”.
- “Aprimoramento é importante se não pela instituição por si mesmo.”
- “Reuniões e capacitações para reciclar o corpo clínico, são importantes.”
- “.... a instituição deve procurar capacitar mais”.

- “Tem sempre que estar capacitando às pessoas e incentivar a fazer alguma coisa que veja resultados é o grande estímulo profissional”.
- “...e o Setor Público que deve ir atrás tem que capacitar para que a gente fale a mesma língua tudo que tiver de novidade e atualização,...”

No serviço público a questão da qualificação profissional ainda é vista de uma forma bastante precária.

Por mais que o SUS esteja envolvido no contexto da qualificação profissional, ainda é sabido das dificuldades no investimento para esta área de Recursos Humanos.

Com Programa de Saúde da Família, o Ministério da Saúde muito tem procurado investir para a formação de profissionais.

Para SOUZA & SAMPAIO (2002), a prática multiprofissional e interdisciplinar propõe para as equipes e para os profissionais o desafio de mudança dos processos de trabalho. No entanto, esse novo profissional exige mudanças no campo de formação e capacitação, pois quer seja o médico, o enfermeiro ou o odontólogo foram formados para um mercado de especialistas e prática fragmentada.

Para os autores há necessidade de pólos de formação e capacitação na formação e educação permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família, iniciado em 1997.

Para os profissionais médicos, foi criado uma especialidade de saúde da família, o que proporciona para estes profissionais um reconhecimento dentro das entidades médicas e da própria categoria, permitindo uma situação de valorização do status deste trabalhador. (ZURRO & PEREZ, 1999)

Entretanto, alguns municípios ainda são resistentes as propostas, apesar dos incentivos financeiros.

No caso do município de São Bernardo do Campo existem neste ano de 2008, três Unidades de Saúde da Família, sendo que o odontólogo não está inserido na equipe de saúde da família. O serviço de odontologia faz parte da Unidade como atenção básica das Unidades Básicas de Saúde e não como Unidade de Saúde da Família.

Nos discursos dos sujeitos se percebe uma insatisfação neste quesito de incentivo por parte da instituição para a qualificação profissional.

Na fala do Sujeito 6, quer nos parecer, que o profissional tem procurado se qualificar por conta própria, ele revela que procurou qualificação porque trabalha em consultório próprio, e se trabalhasse apenas no serviço público, talvez não tivesse feito capacitação e cursos de especialização profissional.

Fica evidente nas falas que este item realmente desenvolve habilidades e até refere-se a criatividade mostrando satisfação no ambiente de trabalho.

17. A instituição pública deve preocupar-se com a melhoria constante dos recursos materiais e humanos.

Os discursos obtidos com as entrevistas são:

Sujeito 1:

“Demorou, para se preocuparem em trocar os instrumentais (...). Tem sempre que estar capacitando as pessoas e incentivar a fazer alguma coisa que veja resultados. É o grande estímulo profissional.”

Sujeito 2:

“Agora a instituição está começando a caminhar para uma melhoria nos recursos humanos e materiais, o que é muito bom”.

Sujeito 3:

“Recursos materiais e humanos sempre consegue uma evolução (...)”

Sujeito 4:

“Poderia estar melhorando a parte de recursos materiais e humanos”.

Sujeito 5:

“Reuniões e capacitações para reciclar o corpo clínico. E quanto aos materiais, melhorar a qualidade de resina, por exemplo. Parece que com a técnica de ART eu percebo que estamos sendo preparados para uma resolutividade maior e assim me sinto mais satisfeita”.

Sujeito 6:

“Agora, parece que está melhorando isto, fazendo os profissionais se atualizarem. A instituição deve ser vista como uma empresa. Para você ter um bom funcionário precisa dar estímulo, ou salário, ou qualquer outra coisa, mas um incentivo é importante. Está se tentando melhorar, mas ainda é preciso muito mais”.

Sujeito 7:

“O equipamento e insumos que você recebe. Não sei quem compra acho que não sabe o que está comprando, porque se não, não compraria um material tão ruim. Seria tão bom se a Instituição se preocupasse com material e equipamentos.”

Sujeito 8:

“O material é muito ruim e deve ser melhorado. Equipamentos? Não sei quanto tempo a cuspeira está vazando. Seria importante valorizar os recursos materiais e também humanos da instituição. ”.

Para o item A Instituição Pública Deve Preocupar-se com a Melhoria Constante dos Recursos Materiais e Humanos, refere-se ao nível de Crescimento da Teoria de ALDERFER (1969), onde se buscou com este item abordar a questão da produtividade interna ou no ambiente de trabalho. A seguir justifica-se com as seguintes falas:

- “Seria importante valorizar os recursos materiais e também humanos da instituição.”

- “Seria tão bom se a Instituição se preocupasse com material e equipamentos.”
- “A instituição deve ser vista como uma empresa. Para você ter um bom funcionário precisa dar estímulo,...”
- “...a instituição está começando a caminhar para uma melhoria nos recursos humanos e materiais, o que é muito bom”.
- “Tem sempre que estar capacitando as pessoas e incentivar a fazer alguma coisa que veja resultados. É o grande estímulo profissional.”

Conforme FARIA & VIANA (2002), a necessidade de requalificação, educação continuada dos profissionais que já estão inseridos no serviço de saúde é atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Constituição Federal de 1988.

A Coordenação da Política de Recursos Humanos/Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) promoveram a articulação de iniciativas dos diferentes setores do Ministério da Saúde para a formação profissional em saúde, nas várias habilitações requeridas.

Assim, foram desencadeados movimentos para a formação de técnicos com outras competências necessárias à operação do SUS. São exemplos desses movimentos a formação em nível médio para a Vigilância Sanitária e a formação de Técnicos de Saúde Bucal. Tais iniciativas complementam os movimentos de redefinição dos papéis gerenciais, de regionalização e construção de um novo modelo assistencial.

Em São Bernardo do Campo, ainda não houve formação de técnicos nem para a vigilância e nem para a Saúde Bucal, o que interfere diretamente no desenvolvimento dos programas dessa área.

Por isso, os dentistas quando consideram a questão do investimento nos insumos e na capacitação profissional, demonstram insatisfação nessa área.

Se tivesse mais investimento na área de Recursos Humanos, possivelmente poderiam trazer condições mais satisfatórias. Ainda nos discursos dos entrevistados se percebe o problema dos insumos, parece que na gestão anterior, não havia muita preocupação com essas questões.

No ano 2007 houve mudança de gestão na secretaria da saúde, assim, mudou o chefe de divisão bucal e toda a coordenação técnica da área. Dessa forma, passou a ter uma proposta mais atuante para o desenvolvimento do setor.

18. A busca da excelência deve caracterizar todas as instituições públicas.

Aqui estão os depoimentos encontrados a partir da coleta de dados:

Sujeito 2:

“A Instituição Pública não tem a preocupação de buscar a excelência”.

Sujeito 6:

“Na prefeitura, eu procuro trabalhar da mesma maneira que no consultório, claro que tenho limitação de estrutura, não tenho os mesmos instrumentos, materiais. Claro que não vou ter os mesmos recursos do consultório no serviço público”.

Sujeito 7:

“A prefeitura não abre caminho. Só querem produção. No começo tinham umas idéias diferentes. Todas as inovações são inócuas. Às vezes, está começando a engatilhar derruba tudo.”

Sujeito 8:

“Busca da excelência por parte da instituição? Eles estão aí para isso.”

Este item A Busca da Excelência Deve Caracterizar todas as Instituições Públicas, revela o terceiro nível da Teoria de ALDERFER (1969) que é o Crescimento, uma vez que se refere a questões de produtividades internas do ambiente de trabalho.

Assim as falas a seguir nos mostram o que os pesquisados se referem quanto a estas questões:

- “Claro que não vou ter os mesmos recursos do consultório no serviço público”.
- “Eles estão aí para isso.”
- “A prefeitura não abre caminho. Só querem produção”
- “A Instituição Pública não tem a preocupação de buscar a excelência”.

Conforme resultados apresentados quatro sujeitos não se manifestaram quanto à questão proposta, o que denota certo receio na exposição de idéias que possam ser contrárias à gestão atual.

Dos quatro sujeitos que se expressaram a respeito da referida questão, pode se observar, que acreditam que a Instituição Pública não está preocupada com a busca da excelência.

Desta forma, pode se pensar que os dentistas estão descrentes da situação de ambiente de trabalho, que seria preocupação para Instituição.

19. No exercício da liderança o profissional assume posições de responsabilidade na comunidade.

Com as entrevistas realizadas foram relatados os seguintes discursos:

Sujeito 1:

“Quanto à liderança do dentista, não vejo. Acho que o médico tem muito mais. Não me sinto como líder! Sim, me vejo como alguém da população que está passando um pouco mais de conhecimento para eles. Eu coloco que o melhor para seu filho é isto (,,,) vocês como pais é que vão saber, se colocam ou não. O melhor é isto”.

Sujeito 2:

“A gente passa inconscientemente uma condição de liderança. Eu não tenho propriamente um perfil de líder, mas para o paciente a gente passa a ser uma referência, e conseqüentemente um líder”.

Sujeito 3:

“Eu acho que a minha comunidade me ouve. o papel de líder existe e é importantíssimo para a comunidade. Acho que é importante crescer, crescer, crescer. Termina um ano, e diz o que eu fiz? Tem que continuar a dizer: Foi feito alguma coisa? Trabalhar na educação? Eu gosto deste trabalho da educação ligado à higiene. Mas, atrás disto tem que ter uma equipe muito grande. Para estar na escola precisa de mais para pegar os pais, a professora, a diretora. Uma equipe que vá lá à escola porque as professoras ainda não estão na parceria. Precisa de um trabalho muito grande!”

Sujeito 4:

“O profissional que está naquela UBS está envolvido naquela unidade e muitas vezes ele é um líder, porque ele pode estar junto ao conselho de saúde, mas precisa de tempo para fazer isto. Ver como estão às condições das crianças, ver merenda, uma porção de coisas. Seria o ideal. Estamos bem longe do ideal”.

Sujeito 5:

“Responsabilidade, ser líder, mas se mostrar no mesmo nível do paciente e não dar broncas porque você deixa a pessoa constrangida. Já vi caso de pessoas colocarem que foram ao dentista e este falou: Como você deixou ficar assim? Daí a pessoa se sente muito constrangida”.

Sujeito 6:

“Não me vejo como líder, e sim como uma peça importante da equipe. Gosto de entrar nos grupos de diabetes, eu faço parte do grupo dos hipertensos. Assim tenho um papel importante na comunidade. Acho que todos os dentistas deveriam tentar se inserir nas equipes multidisciplinares, mas tem que fazer parte de todo o sistema, não de maneira independente”.

Sujeito 7:

“Na liderança, deveria ter porque trabalhando em saúde pública, deveria promover saúde. Só que não estamos fazendo isto. Estamos, tapando buraco, remando contra maré. Este serviço quem tem que fazer é a rede privada. A parte de produção para eles é dente arrancado na sua mão e dente obturado na boca, eles não vêem promoção de saúde como produtividade. Acho que lá em cima quem está no poder é que deveria enxergar isso. Quem sabe vai aparecer na Globo que, o material daqui é de quinta categoria e o serviço público deveria estar promovendo saúde.”

Sujeito 8:

“Está questão da liderança, traz muita responsabilidade. Fico triste, se eu tiver que marcar muito longe o retorno da criança. Se faltar, ou se por qualquer razão não pude atender, eu pego a relação dos pacientes e ligo. Eu sei, conheço cada mãe.”

O item No Exercício da Liderança o Profissional Assume Posições de Responsabilidade na Comunidade, pode se relacionar também com o nível de Crescimento da Teoria de ALDERFER (1969), assim algumas falas podem ser colocadas em evidência:

- “Está questão da liderança, traz muita responsabilidade.”
- “Na liderança, deveria ter porque trabalhando em saúde pública, deveria promover saúde.”
- “Acho que todos os dentistas deveriam tentar se inserir nas equipes multidisciplinares, mas tem que fazer parte de todo o sistema, não de maneira independente”.
- “Responsabilidade, ser líder, mas se mostrar no mesmo nível do paciente e não dar broncas porque você deixa a pessoa constrangida.”
- “O papel de líder existe e é importantíssimo para a comunidade.”
- “... para o paciente a gente passa a ser uma referência, e conseqüentemente um líder”.

Nas falas dos odontólogos pode se perceber que muitos relacionam a liderança com a atuação na área da promoção de saúde e que valorizam essa situação. Entretanto, se percebe uma insatisfação na atuação geral deste quesito, se levar em consideração o discurso do sujeito 7, quando diz:

“estamos remando contra a maré, porque a atuação do dentista é tapar buracos.”

O sujeito 6 fala de uma atuação mais contundente nos grupos operativos que realiza e manifesta valorização quando participa da equipe da Unidade Básica de Saúde.

Segundo BERGAMINI (2005) um líder simplesmente tem um grupo de seguidores, retrata que um indivíduo exerce uma ação sobre outro fazendo que os sigam de vontade própria, sem sofrer qualquer tipo de coação interna ou externa.

A autora ainda afirma que o líder é aquele que tem a habilidade de conduzir pessoas de forma natural e a missão do mesmo é coordenar atividades de cada membro em particular, a fim de que a produtividade grupal flua de maneira normal, ao mesmo tempo em que se verifica harmonia na participação de cada membro do grupo.

Trabalhando esses conceitos teóricos de liderança pode se relacionar os discursos dos sujeitos com a visão que os mesmos revelam nos depoimentos.

Assim, a posição de líder comentada por eles é a situação que está envolvida na satisfação do trabalho desempenhado principalmente na área de promoção de saúde quando participam dos grupos operativos e na tentativa de direcionar para educação e prevenção.

Nesse quesito, pode-se revelar o quanto esses profissionais sentem-se valorizados quando atingem esse objetivo de trazerem os pacientes como seus seguidores. Por outro lado, se frustram quando não conseguem essa liderança. Exemplo é o sujeito 4 que relata um momento que o dentista poderia atuar junto ao conselho de saúde, orientando merenda e várias outras situações na ordem da educação.

20. A universalidade do SUS e a realização do trabalho do dentista na UBS.

Sujeito 1:

“Eu acho difícil o atendimento a todos, considerando-se que não estamos capacitados, foram muitos anos só atendendo crianças e agora penso que para tal seria importante investir nesta capacitação. Também a população não está preparada para este atendimento, pois procuram o serviço para prótese e não na fase inicial quando ainda é possível se fazer um tratamento menos invasivo. Eles esperam ter dor para procurar o serviço. É importante educar esta população. Por isso, eu volto insistir que o atendimento como é feito no Promi é mais adequado e traz mais sucesso.”

Sujeito 2:

“Acho que até deve atender nesta universalidade, porém a gente não tem pernas para isso. Não tem profissional, não tem material, instrumental para tal. Temos que estudar bem isso para valorizar este atendimento.

A princípio, vamos abranger é a criança e o adolescente que vem respondendo bem. O adulto não responde bem a este atendimento. Não faz parte da cultura dele. O adulto não valoriza o profissional, só valoriza quando está com dor. O SUS está certo, mas eles não valorizam. Eu atendo qualquer pessoa, gosto mais de atender criança, mas faço porque tenho que fazer, o adulto é mais complicado. A minha satisfação ainda é na prevenção. A gente só muda a cabeça de um país com os resultados. O adolescente hoje está diferente. Ele valoriza o aparelho nos dentes, porque a cultura mudou. Hoje eles estão preocupados com a estética. Daqui a trinta anos, pode ser que a história seja outra. O preventivo é mais barato que qualquer tratamento curativo odontológico.”

Sujeito 3:

“Praticar esse princípio da universalidade é difícil. Até porque os pacientes nem sabem o que significa isso. Eu acho muito difícil mudar esta cultura. Ainda falta muito para se conseguir atingir o ideal. Falta recurso material e humano. Falta capacitação. Enfim, ainda é utopia.”

Sujeito 4:

“É importante investir mais no profissional, e nos recursos materiais. Se não, a gente vai continuar do mesmo jeito. Ou seja, extrair tudo e ficar na dependência das próteses. O que adianta, as pessoas ficam sem os dentes

e não tem condições de fazer uma prótese. A universalidade é legal, mas precisa ter critérios.”

Sujeito 5:

“Acho que é importante que se dê atendimento a todos, porém precisamos de mais recursos humanos e investimentos nas técnicas e capacitação.”

Sujeito 6:

“Tudo isso para mim ainda é um pouco estranho. Eu gosto de atender adultos. No meu consultório particular eu só atendo adultos. Gosto de atender crianças, adolescentes e adultos. Eu me sinto bem em fazer tratamentos curativos e preventivos. Ajudar esta população carente me faz bem. As pessoas ficam agradecidas, principalmente os idosos que ninguém queria atender. Tecnicamente falando me sinto preparado, acredito que dou conta do recado. Mas acho que é importante mais capacitação para a rede toda.”

Sujeito 7:

“Aqui nesta prefeitura é preciso primeiro definir as metas. Não adianta universalizar sem atender prioridades. Colocar prótese? Acho que não é por aí. Falta capacitação, insumos. Estamos muito defasados. As técnicas mudaram, a conduta clínica também mudou. É importante mais capacitação. Oferecer curso e disponibilidade de tempo para os cursos. O que posso fazer agora é essencialmente o básico. Mas a nossa população tem muitas necessidades, e não adianta só maquiar.”

Sujeito 8:

“Acho que é válido, porém precisamos rever técnicas, investir na capacitação e melhorar os recursos materiais. Porém eu prefiro atender as crianças, o meu perfil está mais aí”

Este item se enquadrou no nível Crescimento da Teoria de ALDERFER (1969).

Para isso, agrupamos as seguintes falas:

- “Eu acho difícil o atendimento a todos, considerando-se que não estamos capacitados, foram muitos anos só atendendo crianças e agora penso que para tal seria importante investir nesta capacitação.”
- “A princípio, vamos abranger é a criança e o adolescente que vem respondendo bem. O adulto não responde bem a este atendimento. Não faz parte da cultura dele.”
- “...a nossa população tem muitas necessidades, e não adianta só maquiar.”
- “Tudo isso para mim ainda é um pouco estranho”
- “Praticar esse princípio da universalidade é difícil. Até porque os pacientes nem sabem o que significa isso.”
- “Acho que até deve atender nesta universalidade, porém a gente não tem pernas para isso. Não tem profissional, não tem material, instrumental para tal.”
- “Eu acho difícil o atendimento a todos, considerando-se que não estamos capacitados, foram muitos anos só atendendo crianças e agora penso que para tal seria importante investir nesta capacitação.”

Vale lembrar que a política da saúde bucal do município de São Bernardo do Campo mudou em 2007, e isto é muito recente. Desta forma, o atendimento aos usuários era feito dando prioridade ao atendimento a criança. Por isso, a dificuldade de alguns profissionais de se posicionar para este atendimento na busca da universalidade, equidade que o SUS estabelece.

Para que se possa analisar este item é importante revisar conceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento

público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os demais eram considerados "indigentes" e eram atendidos apenas em serviços filantrópicos.

Antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde

(Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

O Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais.

Universalidade

"A saúde é um direito de todos", como afirma a Constituição Federal. Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover *atenção* à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei.

Integralidade

A atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

Equidade

Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei

Orgânica fala em *igualdade*, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela *eqüidade* do SUS.

Dessa forma, pode-se perceber que os odontólogos quando falam à respeito dos princípios doutrinários, eqüidade, universalidade e integralidade parecem não conhecerem na íntegra a proposta do SUS.

Existe uma forte tendência de se dar atendimento as crianças e não aos adultos. Isto porque no município de São Bernardo do Campo vem se dando ênfase ao atendimento infantil há bastante tempo.

O discursos dos sujeito 2 demonstra este fato: “A principio, vamos abranger é a criança e o adolescente que vem respondendo bem. O adulto não responde bem a este atendimento. Não faz parte da cultura dele. O adulto não valoriza o profissional, só valoriza quando está com dor. O SUS está certo, mas eles não valorizam. Eu atendo qualquer pessoa, gosto mais de atender criança, mas faço porque tenho que fazer, o adulto é mais complicado. A minha satisfação ainda é na prevenção.”

Já o sujeitos 7 e 8 fazem referência a necessidade de capacitação para se conseguir estas metas propostas pelo SUS.

“Aqui nesta prefeitura é preciso primeiro definir as metas. Não adianta universalizar sem atender prioridades. Colocar prótese? Acho que não é por aí. Falta capacitação, insumos. Estamos muito defasados. As técnicas mudaram, a conduta clinica também mudou. É importante mais capacitação. Oferecer curso e disponibilidade de tempo para os cursos. O que posso fazer agora é essencialmente o básico. Mas a nossa população tem muitas necessidades, e não adianta só maquiagem.”

“Acho que é válido, porém precisamos rever técnicas, investir na capacitação e melhorar os recursos materiais. Porém eu prefiro atender as crianças, o meu perfil está mais aí”

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para se identificar os fatores motivacionais e a satisfação profissional dos dentistas que fazem atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, utilizou-se dos três níveis propostos por ALDERFER(1969): Existência, Relacionamento e Crescimento.

Existência: foram abordados pelos 3 primeiros itens da coleta de dados e teve a preocupação de garantir as exigências materiais humanas básicas. Correspondem as necessidades fisiológicas e de segurança de MASLOW. A partir da análise pôde se observar que os profissionais acham o salário um fator relevante para a satisfação profissional.

Ainda nesse item, a questão da estabilidade demonstra que a maioria dos sujeitos acha a estabilidade importante e alguns colocam que é por conta desta estabilidade que não buscam outras possibilidades de emprego.

No último item deste nível se pesquisou a segurança pública que demonstrou também ser um fator relevante para a satisfação no trabalho.

Quanto ao segundo nível de ALDERFER(1969), o Relacionamento, sete itens foram analisados. Dessa forma, os discursos evidenciaram as satisfações e insatisfações relacionadas a essas questões.

Vale salientar a relação do profissional com a equipe de trabalho.

A partir de alguns discursos pôde-se observar que o trabalho desempenhado no Promi (Programa de Odontologia Materno-Infantil) por ser um trabalho de equipe multiprofissional revela maior satisfação.

É dentro deste nível, Relacionamento, que muitas vezes apareceu à satisfação do trabalho também vinculado ao Promi, por ser uma forma de praticar promoção de saúde, quando o cirurgião-dentista participa dos grupos operativos, onde se permite interferência na qualidade de vida dos pacientes, trazendo realização profissional e conseqüentemente satisfação.

Pôde-se identificar ainda, por meio dos discursos analisados que a atuação no Promi reflete de uma forma positiva no processo de educação e aceitação do paciente.

Observa-se uma possível realização no trabalho, quando os sujeitos revelam que o paciente acata o que se preconiza. Pois, um grau de satisfação do odontólogo nesta atitude do usuário em relação ao que está sendo preconizado pelo profissional é evidente.

A valorização parece ser outro fator de satisfação para o profissional, ela pode aparecer tanto de forma individualizada como também na equipe.

Também neste item Relacionamento, a relação profissional-paciente tem relevância e analisando os discursos pôde se salientar que alguns profissionais revelam dificuldades de relacionamento pela diferença de nível cultural entre eles.

Desta forma, vale aqui, salientar que a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os seus princípios e diretrizes, presentes na sua formulação, impulsionaram importantes mudanças na prática odontológica realizada nos serviços públicos municipais, por conta da descentralização.

Um importante efeito foi à realocação dos recursos odontológicos lotados em unidades escolares, para a rede de Unidades de Saúde para atenção básica, possibilitando em outros aspectos, condições para uma integração vertical e horizontal mais adequada das ações de saúde bucal junto aos demais programas de saúde e aos níveis de atenção do sistema.

O terceiro nível de ALDERFER (1969), o Crescimento, que é o desejo intrínseco de desenvolvimento pessoal, equivalente à necessidade de auto-realização e ao componente interno de estima de MASLOW, foi trabalhado na pesquisa nos últimos dez itens do Instrumento de Coleta de Dados.

Os três níveis, Existência, Desenvolvimento e Crescimento atuam simultaneamente nesta teoria e não como MASLOW que uma surge depois de outra satisfeita. Outra situação importante é que há existência de um componente de regressão na dinâmica da motivação, fazendo com que a falta de satisfação de uma necessidade aumente a importância das necessidades de níveis mais baixos.

Os discursos apontam para falta de capacitação técnica, dificuldades nas questões de tempo e falta de insumos para se realizar um trabalho melhor que evidencia insatisfação profissional.

A função de gerir a Saúde, em qualquer esfera institucional, coloca vários desafios que precisam ser enfrentados.

Ao assumir suas atribuições, o gestor se depara com uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, que podem ser abordadas de maneiras igualmente variadas, dependendo de combinações entre técnicas, métodos, tecnologias, equipamentos e recursos humanos disponíveis para a organização dos processos de trabalho, além de uma grande diversidade de itens e recursos com os quais terá de lidar em seu cotidiano.

Cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais.

Assim, as estratégias para a melhor condução dos sistemas de saúde terão que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão.

O caminho comum trilhado pelos gestores da saúde é a busca por soluções que os ajudem a viabilizar o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes, atendendo aos princípios do SUS.

Uma etapa importante nesse processo é a construção de um Plano Municipal de Saúde (PMS), consoante com os planos Estadual e Nacional de Saúde (preservando a autonomia do gestor local), que seja fruto de pactuação entre os atores em cena no território e que estabeleça claramente as responsabilidades de cada um, na efetivação do projeto de saúde.

A partir da identificação de fatores de satisfação dos dentistas da rede municipal de São Bernardo do Campo, este estudo possibilita aos gestores uma visão para direcionar os programas de saúde para as equipes multiprofissionais (médicos, dentistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, agentes comunitários de saúde, psicólogos e toda a equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde), e não mais usar de programas estanques e direcionados a cada profissional específico.

Nesse sentido, é importante trabalhar com as linhas de cuidado propostas pelo Ministério da Saúde, a partir dos ciclos de vida e direcionar programas à população com ênfase à promoção de saúde, por meio de grupos operativos, dando assistência individual a fim de suprir as necessidades dos grupos trabalhados pelas equipes, na busca por uma qualidade de vida cada vez melhor para todos os munícipes.

VII.REFERÊNCIAS

AGUIAR M.A.F. **Psicologia aplicada à administração: Uma Introdução à Psicologia Organização**. São Paulo: Atlas, 1984.

ALDERFER, C. **Na empirical test of a new theory of human needs. Organizayional behavior and human performance**, New York, 1969.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho** - ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho, São Paulo, Bomtempo, 2001.

ARCHER, E.R. O mito da motivação. IN: **Psicodinâmica da vida organizacional**. Trad. e coord. Cecília W. Bergamini e Roberto Coda. São Paulo, Atlas, 1997.

ARGYRIS, C. **Personality and Organization**, New York: Harper Collins, 1957

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70, 2006.

BAREMBLITT, G. - **Grupos** - teoria e técnica. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BERGAMINI, MC. **Psicologia Aplicada à Administração de Empresas**, 4 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

BOUILLERCE, B. ROUSSEAU, F. **Saber se Motivar: Na Vida e no Trabalho**, São Paulo: Larousse, 2004

BERGER P. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**, Petrópolis, Vozes, 1998.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: A Degradação do Trabalho no Século XX**, Rio de Janeiro, Zahar, 1980.

BUSS P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5:163-77.

CASADO, T. **Tipos psicológicos: uma proposta de instrumento para diagnóstico do potencial humano nas organizações**. São Paulo: FEA/USP.1998. Tese de doutorado.

CASTELLS, M. **A era da informação: economia, sociedade e cultura – A Sociedade em Rede**, São Paulo, Paz e Terra, 2000, vol.1.

CARONE, I. A questão dos paradigmas nas ciências humanas e o paradigma da estrutura das objetivações sociais de AGNES HELLER. In: LANE STM & SAWAIA B. B. (orgs) – **Novas Veredas da Psicologia Social**. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1994.

CHANLAT F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: Davel EPB e Vasconcelos JGM- **Recursos Humanos me Subjetividade**. Petrópolis: Vozes; 1996.

CHIAVENATO I. **Administração de recursos humanos**. 2 ed. São Paulo: Atlas; 1981. A motivação humana p 79-100.

_____. **Administração de recursos humanos**. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2003.

CODA, R. **Satisfação no trabalho e características das políticas de recursos humanos para executivos**. São Paulo, 1986, Tese (Doutorado em Economia e Administração), Universidade de São Paulo.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**, São Paulo, Oboré, 1997.

DE MASI, D. **O ócio criativo**, Rio de Janeiro, Sextante, 2000.

DHILLON H.S. Health promotion and community action for health in developing countries. Geneve: WHO. s/d.

DIAMOND GA, DENTON TA, **A strategy to improve the quality of health care and control costs through reimbursement incentives**. JACC 22:343-352, 1993.

DUBRIN A.J. **Fundamentos do Comportamento Organizacional**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

DUSSAULT, G. **A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e Vigências**, Rev. Administração Publica, Rio de Janeiro, n.2, vol.26, FGV, 1992.

JAEGER, W. **Paidéia: A formação do homem grego**, São Paulo, Martins Fontes, 1986.

JENKINS C.D. **Health for all by the year 2000: a challenge to behavioural sciences and health education**. Hygie 1990; 9:8-12.

FANTINO, A.M.C. Um aspecto social da orientação vocacional: prestígio e escolha de cursos. In: BOHOSLAVSKY, R. (Org.) **Vocacional: teoria, técnica e ideologia**. São Paulo: Cortez, 1983.

FARIA, R. & VIANA, A.L.D. Experiências Inovadoras de Capacitação de Pessoal para Atenção Básica no Brasil: Balanço, Limites e Possibilidades dos Pólos. In: Negri, B; Faria, R. Viana, A.L.D. (Orgs.) **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio**, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRIEDMANN, G. **O trabalho em migalhas**, São Paulo, Perspectiva, 1972.

FROMM, E. **O Conceito Marxista do Homem**, Rio de Janeiro, Zahar, 1962.

FURTADO, C. **Brasil: a construção interrompida**, 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GARCIA, I.S. Las Intervenciones Preventivas Basadas en El Apoyo Social In: **Psicologia e Comunidade**; MONTERO M. Caracas, Venezuela; 1997.

GIL, A. C. **Pesquisa Social, Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, Atlas, 5 edição, São Paulo, 1999.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

GROSSEMAN, S. **Satisfação com o trabalho**: Do desejo à realidade de ser médico, Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Tese de Doutorado, 2001.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**, São Paulo, Loyola, 1994.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**, São Paulo: Paz e Terra, 1972.

HELLER, A. & FEHER, F. **A condição política pós-moderna**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

HIRATA, H. Os mundos do trabalho, In: CASALI et alli, **Empregabilidade e Educação: novos caminhos no mundo do trabalho**, São Paulo, EDUC, 1997.

KLIKSBERG, B. A gerência na década de 90. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 22(1):59-85, jan/mar,1988.

LABOREM EXERCENS – **Carta encíclica sobre o trabalho humano** João Paulo II, São Paulo, Loyola, 1981.

LAURELL. A. C. & NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde – trabalho e desgaste operário**, São Paulo: Hucitec, 1989.

LAVILLE, C. & DIONNE, J. **A construção do saber – Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**, Porto Alegre, UFMG, 1999.

LEFEVRE F. & LEFEVRE AMC **Promoção de Saúde: a negação da negação**, Vieira Lent, Rio de Janeiro, 2004.

LEOTIEV, D. Positive Personality Development: Approaching personal autonomy. In: CSIKSZENTMIHALYIM M.& CSIKSZENTMIHALYI M (eds), **A life worth living: contributions to positive psychology**. New York: Oxford University Press, 2006.

MACGREGOR, D. **Motivação e Liderança**. São Paulo: Brasiliense, 1973.

MAITLAND I. **Como motivar pessoas**. Tradução: SADE, P.M.; CAPPELI G., São Paulo: Nobel, 2001.

MALVEZZI, S. Psicologia Organizacional: da administração científica à globalização, uma história de desafios. In: MACHADO, C. M. MELO, V. FRANCO & N. SANTOS. **Interfaces da Psicologia**. Universidade de Évora. Portugal, 2000.

MARTINS, P. E. M. O trabalho e as Organizações Pós-Industriais: Maldição de Sisifo ou Divertimento dos Jocis? In: **Administração de Negócios**. Rio de Janeiro, VII (40): 474-9, 4/7 out 1994: Política e Administração. Rio de Janeiro, 2(4): 114-7, 1994.

MARTIN-BARÓ, I. **Accion e Ideologia**: psicologia social desde Centroamérica. 2.ed. El Salvador: UCA Editores, 1985.

MARX, K. **O Capital – Crítica da Economia Política**, livro 1 – O Processo de Produção do Capital, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil S. A., 1989, 13ª Edição.

MÉDICI, A. C. Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. **Cadernos RH Saúde**, v. 1, n. 3, p.41-46, 1993.

MEGGINSON, L.C.; MOSLEY, D.C., PIETRI, J.P. **Administração**, São Paulo: Harbra, 1998.

MINAYO, G. C. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Rio de Janeiro, **Caderno de Saúde Pública**, 1997; 13 (supl.2).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA/GM Nº 2261 DE 22 DE SETEMBRO DE 2006) Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Manual do gestor** 2007.

MILLS, W. **A Nova Classe Média**, Rio de Janeiro, Zahar, 1969.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 2001; 41(3).

NARVAI, P. C. **Saúde Bucal: Assistência ou Atenção? Odontologia em SILOS-Sistemas Locais de Saúde da Rede CEDROS**. Reelaborado após Oficina, São Paulo, 1992.

NOGUEIRA, R. P. . **El Proceso de Producción de Servicios de Salud**. Washinfon: Méd. Salud,, DC, v. 25, n. 1, 1991.

PASQUALI, L. **Teoria e Métodos de Medida em Ciências do Comportamento**, Brasília, UNB, INEP, 1996.

PINTO V.G. **Odontologia Social**, São Paulo: Santos; 2000.

RIFKIN, J. **O fim dos empregos – o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho**, São Paulo, Makron Books, 1995.

RITZ, M.R.C. **Qualidade de vida no trabalho: construindo, medindo e validando uma pesquisa**. Dissertação (Mestrado em Qualidade) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROLAND, B. & FRANCES, B. **Feedback**, São Paulo: Abril Marcas Ltda, 2002.

ROUSSEAU, D. **Organizational Behaviour in the New Organizational Era**. Annal review of Psychology,48, 1997.

RUBERY, J., Blurring the Boundaries to the Employment Relationship: from single to multiple employers relationship. In: MARCHINGTON, M; GRIMSHAW, D.; RUBERRY, J. & WILLMOTT, H. **Fragmenting Work**. UK, Oxford University Press. 2005.

SANSONI, R. Esculápios no chão. **Revista do CREMESP**, Florianópolis, n 77, p.10, jan./fev.2001.

SANTOS-FILHO, S. & BARROS, M. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. São Paulo, 2007.

SATO, L. **Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus**, dissertação de Mestrado-Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1991.

SAWAIA, B.B. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: Lane STM, Sawaia BB (orgs.)- **Novas Veredas da Psicologia Social**. SP: Educ/Brasiliense; 1994.

SCHULTZ, T. W. **O capital humano**: investimentos em educação e pesquisa. Tradução: Marco Aurélio de Moura Matos; revisão técnica: Ricardo Tolipan. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

SERRANO, D.P. **A Teoria dos dois fatores de Herzberg**, São Paulo, 2006, Disponível em: <http://www.portaldomarketing.com.br/> Acesso em 12 de novembro de 2007.

SOARES M.L.P.V. **Abordagem Social**: Vencendo a desnutrição, São Paulo: Salus Paulista; 2002.

SOUZA, H.M. & SAMPAIO, L.F.R. Atenção Básica, Política, Diretrizes e Modelos Coetâneos no Brasil. In: Negri, B.; Faria, R.; Viana, A.L.D. (orgs.) **Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.opas.org.br>

SPECTOR, P.E. **Psicologia nas organizações**, 2 ed. São paulo: Saraiva, 2002.

TAVARES, D. S. **O sofrimento no trabalho entre servidores públicos: uma análise psicossocial do contexto do trabalho em um tribunal judiciário federal**, Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

THURLER, L. **SUS - Legislação e questões comentadas**, 1.^a edição. Rio de Janeiro, Editora Campus, 2007. <http://www.livrodosus.com.br>

VIANNA, C. **MOTIVAÇÃO, QUALIDADE DE VIDA E PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO**, Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1999.

VILS, L. **Coleção Gestão empresarial**-Como motivar sua equipe. São Paulo, Editora Três Ltda, 2006.

ZANELLI, J.C. **Psicologia, Organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência – Por Uma Nova Lógica**, São Paulo, Atlas, 2001.

ZURRO, A. M. & PÉREZ, J. F.C. **Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica**, 4 ed. Barcelona: Ediciones Harcourt, 1999.

ANEXO A

ÍNDICE DE CONFIABILIDADE

Instruções

Estamos elaborando uma medida de percepção das necessidades motivacionais dos cirurgiões-dentistas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da rede pública do município de São Bernardo do Campo que, teoricamente, é composta por três fatores:

- 1. EXISTÊNCIA**
- 2. RELACIONAMENTO**
- 3. CRESCIMENTO**

Elaboramos três conjuntos de itens para representar, especificamente, cada um dos três fatores integrantes dos níveis de necessidades de ALDERFER.

Solicitamos sua colaboração para atuar como juiz, avaliando se um determinado item representa, ou não, um determinado fator correspondente a um valor organizacional.

Para atuar como juiz você deverá agir da seguinte forma:

- 1- Leia atentamente as definições dos três fatores que fazem parte das necessidades motivacionais apresentados abaixo;
- 2- Com as definições à sua frente, leia cada item e coloque, dentro do parêntese que o antecede, o número correspondente ao fator que, na sua opinião, ele representa. Quando você encontrar algum item que não corresponde a nenhum dos três fatores, deixe o parêntese em branco.

Agradecemos a sua colaboração.

Valquíria de Souza Djehizian

DEFINIÇÃO DOS TRÊS FATORES QUE COMPREENDEM AS NECESSIDADES MOTIVACIONAIS PARA ALDERFER

1 - “EXISTÊNCIA” - consiste em entender as preocupações de garantir as exigências materiais e humanas.

2 - “RELACIONAMENTO” – entendida como desejo de manter intercâmbios pessoais relevantes. Para tanto, é necessário que o odontólogo sinta-se identificado não apenas como profissional da saúde, mas também como um ser humano valorizado, respeitado e que possui identidade própria.

3 - “CRESCIMENTO” – é o desejo intrínseco de desenvolvimento pessoal.

ITENS

1. () O salário recebido como funcionário público é um valor fundamental para a sobrevivência pessoal e familiar.
2. () A relevância da estabilidade no emprego.
3. () A importância da segurança pública no local de trabalho.
4. () O dentista é respeitado pelos pacientes como profissional da saúde.
5. () O dentista é valorizado pelos pacientes como profissional da saúde.
6. () Os pacientes recebem de maneira favorável as orientações educacionais, nutricionais dadas pelo profissional.
7. () O dentista é identificado por seus pacientes.
8. () O dentista é tratado com educação pelos pacientes.
9. () O dentista sente-se satisfeito em perceber sua atuação como agente de mudança na qualidade de vida de seus pacientes.
10. () O dentista sente-se acolhido pela equipe em seu posto de trabalho.

11. O dentista deve sempre dar o melhor de si.
12. O dentista deve buscar excelência em tudo o que faz.
13. O dentista deve ser preparado para atuar como um agente de mudança.
14. O dentista deve combater o preconceito e as idéias estereotipadas.
15. A instituição pública deve incentivar a pesquisa.
16. Ampliar a qualificação profissional é um requisito indispensável no desempenho da função.
17. A instituição pública deve preocupar-se com a melhoria constante dos recursos materiais e humanos.
18. A busca da excelência deve caracterizar todas as instituições públicas.
19. No exercício da liderança o profissional assume posições de responsabilidade na comunidade.
20. A universalidade do SUS e a realização do trabalho do cirurgião-dentista na UBS.

ANEXO B

Apresentação dos resultados para a construção da
Escala de Avaliação das Necessidades Motivacionais (EANM)

(Os resultados apresentados a seguir estão de conformidade com os critérios adotados por PASQUALI (1996, p. 82), isto é, foi usada uma tabela de dupla entrada com os itens arrolados na margem esquerda, os traços no cabeçalho e um Índice de Concordância (IC) entre os juizes de, no mínimo, 80%).

juiz ➡	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	IC %
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	90
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
4	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	80
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	100
6	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	90
7	2	-	3	2	2	2	2	2	2	2	80
8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	90
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	100
10	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	80
11	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	90
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	100
13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	100
14	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	90
15	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	90
16	3	-	3	3	3	3	3	3	3	1	80
17	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	90
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	100
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	90
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	100

(OBS. Todos os itens obtiveram no mínimo 80% de concordância entre os juizes. Isto significa uma medida que pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere).

Anexo C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Este roteiro está destinado aos cirurgiões-dentistas que, atualmente, se encontram trabalhando nas Unidades Básicas de Saúde do Município de São Bernardo do Campo.

Estes contatos terão como objetivo principal saber se no desempenho das funções ocupacionais os cirurgiões-dentistas têm suas necessidades motivacionais satisfeitas.

1a. Parte - Dados Pessoais

Idade:	Sexo:	Estado civil:
Tem filhos?	Tem outros dependentes?	
Há quantos anos você trabalha como funcionário público municipal?	Trabalha em outro lugar?	
Formação acadêmica:	Estuda atualmente?	

2a. Parte – Avaliação da Satisfação das Necessidades Motivacionais

“Existência”:

Este constructo consiste em entender as preocupações de garantir as exigências materiais e humanas.

Nesta avaliação estão compreendidos os seguintes itens:

1. O salário recebido como funcionário público é um valor fundamental para a sobrevivência pessoal e familiar.
2. A relevância da estabilidade no emprego.
3. A importância da segurança pública no local de trabalho.

Como você avalia estes quesitos?

“Relacionamento”:

Este constructo deve ser entendido como desejo de manter intercâmbios pessoais relevantes.

Está operacionalizado por meio dos seguintes itens:

1. O respeito manifesto pelos pacientes como profissional da saúde.
2. A valorização manifesta pelos pacientes ao profissional da saúde.
3. As orientações educacionais, nutricionais dadas pelo profissional, recebidas pelos pacientes de forma favorável.
4. O dentista é identificado por seus pacientes.
5. O dentista é tratado com educação pelos pacientes.
6. O dentista sente-se satisfeito em perceber sua atuação como agente de mudança na qualidade de vida de seus pacientes.
7. O dentista sente-se acolhido pela equipe em seu posto de trabalho.

Como você avalia estas relações interpessoais?

“Crescimento”

Este constructo deve ser compreendido como o desejo intrínseco de desenvolvimento pessoal e está operacionalizado por meio dos seguintes itens:

1. O dentista deve sempre dar o melhor de si.
2. O dentista deve buscar excelência em tudo o que faz.
3. O dentista deve ser preparado para atuar como um agente de mudança.
4. O dentista deve combater o preconceito e as idéias estereotipadas.

5. A instituição pública deve incentivar a pesquisa.
6. Ampliar a qualificação profissional é um requisito indispensável no desempenho da função.
7. A instituição pública deve preocupar-se com a melhoria constante dos recursos materiais e humanos.
8. A busca da excelência deve caracterizar todas as instituições públicas.
9. No exercício da liderança o profissional assume posições de responsabilidade na comunidade.

Como você avalia essa realidade?

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

10. Considerando o princípio da universalidade do SUS, como você se situa no trabalho que realiza? Qual é a relação da odontologia que você pratica com essa proposta?

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ Aceito participar da pesquisa
“Satisfação Profissional dos Cirurgiões-Dentistas Envolvidos Na Atenção Básica do
Município de São Bernardo do Campo”.

Sei que as respostas dadas por mim nesta entrevista somente serão utilizadas para esta pesquisa e serão guardadas em segredo profissional. O(A) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum documento, ficando portanto, as suas respostas em total anonimato e absoluto sigilo.

Atenciosamente,

ANEXO E

LOCALIZAÇÃO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO NA GRANDE SÃO PAULO

Localizado na Sub-Região Sudeste da Região Metropolitana de São Paulo, São Bernardo do Campo possui 408,45 Km² de área, correspondendo a 49,4% da superfície do Grande ABC; 5% da Grande São Paulo e 0,2% do Estado de São Paulo. 53,7% da área total de São Bernardo encontra-se na área de Proteção aos Mananciais (75,82 Km² ou 18,6% de sua área é ocupada pela Represa Billings). Com relação ao Grande ABC, o Município ocupa 47% da área de proteção aos mananciais.

Fonte: Seção de Pesquisa e Banco de Dados - SA - PMSBC

REGIÃO DA SAÚDE	FEMININO										MASCULINO										Total MF
	FAIXA ETÁRIA (anos) - %										FAIXA ETÁRIA (anos) - %										
	< 1 F	1 a 3 F	4 a 6 F	7 a 10 F	11 a 14 F	15 a 18 F	19 a 29 F	30 a 59 F	60 e mais F	TOTAL (F)	< 1	1 a 3	4 a 6	7 a 10	11 a 14	15 a 18	19 a 29	30 a 59	60 e mais	TOTAL	
1 Taboão	1,08 140	3,88 503	3,55 461	5,64 732	6,51 845	7,28 945	21,15 2744	42,12 5465	8,79 1141	100,00 12.975	1,40 182	4,19 544	4,52 586	6,07 788	6,90 895	8,06 1046	21,21 2752	40,22 5219	7,43 964	100,00 11.839	24.814
2 Rudge Ramos	0,83 107	2,63 340	2,78 360	4,63 599	5,34 691	6,15 796	18,15 2349	43,25 5597	16,24 2102	100,00 12.941	1,06 137	3,57 462	3,25 421	4,79 620	6,20 802	7,19 930	19,84 2567	41,24 5337	12,86 1664	100,00 11.425	24.366
3 Pauliceia	1,09 125	3,38 389	3,80 437	5,19 597	5,83 671	6,96 801	19,52 2246	42,68 4910	11,55 1329	100,00 11.505	1,22 140	3,87 445	3,81 438	5,59 643	6,67 767	8,09 931	20,48 2356	40,70 4683	9,57 1101	100,00 10.655	22.160
4 Mussolini	0,91 103	2,94 334	2,84 323	4,33 492	5,51 626	6,11 694	19,28 2191	42,36 4814	15,72 1787	100,00 11.365	1,20 136	3,78 430	3,28 373	5,20 591	5,38 611	7,25 824	19,27 2190	42,41 4820	12,23 1390	100,00 10.005	21.370
5 Jordanópolis	1,02 92	3,05 276	3,27 296	4,59 415	5,73 519	7,36 666	20,75 1878	43,50 3937	10,73 971	100,00 9.050	1,11 100	3,90 353	4,12 373	5,09 461	6,64 601	8,20 742	21,05 1905	41,54 3759	8,35 756	100,00 8.462	17.512
6 Vila Dayse	0,62 72	2,42 280	2,67 308	4,46 515	5,43 627	5,86 677	18,70 2160	45,20 5222	14,64 1691	100,00 11.552	0,93 107	2,96 342	3,47 401	4,64 536	5,73 662	7,02 811	19,93 2302	42,80 4944	12,52 1446	100,00 10.215	21.767
7 Vila Rosa	1,21 148	3,85 470	4,08 498	5,58 681	6,46 788	7,67 936	18,83 2298	42,68 5208	9,64 1176	100,00 12.203	1,45 177	4,37 533	4,62 564	6,15 750	7,05 860	7,97 973	19,94 2433	40,35 4924	8,10 988	100,00 11.354	23.567
8 Planalto	1,46 240	4,87 800	4,47 734	6,40 1051	7,13 1171	7,85 1289	21,22 3484	38,74 6361	7,86 1291	100,00 16.420	1,92 315	5,00 821	5,15 846	7,01 1151	7,68 1261	8,38 1376	21,21 3483	37,27 6120	6,38 1048	100,00 15.458	31.878
9 Vila Euclides	1,15 127	3,82 422	3,91 432	5,34 589	6,41 707	7,18 792	18,89 2085	41,65 4597	11,65 1286	100,00 11.037	1,29 142	3,90 430	3,94 435	6,07 670	7,21 796	7,95 877	20,27 2237	40,10 4426	9,27 1023	100,00 10.034	21.071
10 Sta.Terezinha	0,98 194	3,23 641	3,34 663	4,80 952	5,54 1099	6,54 1297	17,93 3557	44,68 8864	12,96 2571	100,00 19.839	1,14 226	3,66 726	3,69 732	5,38 1067	6,41 1272	7,61 1510	18,17 3605	44,28 8785	9,66 1916	100,00 17.850	37.689
11 Pq.S.Bernardo	1,46 182	4,70 585	4,15 517	6,36 792	6,61 823	7,62 948	21,62 2691	39,45 4910	8,03 999	100,00 12.446	1,54 192	5,23 651	5,05 629	6,56 816	7,45 927	7,91 984	21,95 2732	37,81 4706	6,50 809	100,00 11.512	23.958
12 Baeta Neves	1,23 153	3,88 482	3,57 444	5,33 663	5,94 738	6,40 796	19,29 2398	42,13 5238	12,23 1520	100,00 12.432	1,51 188	3,94 490	3,61 449	5,36 666	6,51 809	7,42 922	19,76 2457	41,78 5194	10,11 1257	100,00 11.217	23.649
13 Jd. Farina	2,11 345	6,62 1082	6,71 1097	8,81 1440	8,41 1375	8,20 1341	22,64 3701	32,89 5377	3,61 590	100,00 16.348	2,14 350	7,49 1224	6,97 1139	8,90 1455	8,52 1393	8,39 1372	21,56 3525	32,78 5359	3,25 531	100,00 16.062	32.410
14 Vila São Pedro	2,22 541	7,29 1776	7,30 1778	9,42 2295	8,21 2000	8,45 2059	22,39 5454	32,26 7859	2,46 599	100,00 24.361	2,14 521	7,15 1742	7,53 1834	9,31 2268	8,52 2076	8,16 1988	21,34 5199	33,79 8232	2,06 502	100,00 24.361	48.722
15 Ferrazópolis	1,72 110	5,10 325	4,61 294	5,72 365	6,98 445	8,21 524	22,21 1417	37,78 2411	7,67 489	100,00 6.381	1,86 119	4,96 316	4,58 292	6,73 429	7,35 469	7,46 476	24,67 1574	36,24 2312	6,15 392	100,00 6.075	12.456
16 Jd. Silvina	2,04 552	6,34 1715	5,90 1596	7,87 2129	7,72 2089	8,49 2297	22,16 5995	35,40 9577	4,08 1104	100,00 27.055	2,01 544	6,35 1718	6,49 1756	8,05 2178	8,20 2219	8,99 2432	21,34 5774	35,40 9577	3,17 858	100,00 26.915	53.970
17 Jd.Lebion	1,92 359	5,85 1095	5,52 1033	7,09 1327	6,90 1291	7,44 1392	22,19 4152	38,77 7254	4,32 808	100,00 18.710	2,12 397	5,96 1115	6,05 1132	7,66 1433	7,68 1437	7,47 1398	20,60 3854	39,52 7394	2,94 550	100,00 17.501	36.211
18 Demarchi	1,30 216	4,07 676	4,33 720	6,29 1045	7,05 1172	7,99 1328	19,31 3210	42,99 7145	6,67 1109	100,00 16.621	1,40 233	4,45 740	4,59 763	6,70 1114	7,79 1295	8,60 1429	18,53 3080	42,50 7064	5,44 904	100,00 15.678	32.299
19 Vila Marchi	1,21 223	3,78 695	3,95 727	5,58 1026	6,42 1181	7,27 1337	20,53 3776	43,02 7913	8,24 1516	100,00 18.394	1,40 258	4,14 762	4,20 773	6,28 1155	6,94 1277	8,10 1490	20,29 3732	41,95 7716	6,70 1232	100,00 17.089	35.483
20 Alves Dias	1,43 249	4,43 772	4,62 805	6,37 1110	7,19 1253	7,95 1385	20,57 3584	40,11 6989	7,33 1277	100,00 17.424	1,33 232	5,16 899	5,16 899	6,80 1185	7,63 1329	8,74 1523	20,13 3507	38,55 6717	6,50 1133	100,00 16.298	33.722
21 Jd.Nazareth	1,44 110	4,73 361	5,01 382	6,25 477	7,67 585	7,86 600	22,78 1738	37,68 2875	6,58 502	100,00 7.630	2,04 156	4,84 369	5,74 438	7,14 545	7,28 555	7,97 608	22,59 1724	36,68 2799	5,72 436	100,00 7.208	14.838
22 Alvarenga	1,82 437	5,59 1343	5,71 1372	7,74 1859	7,95 1910	8,22 1975	21,05 5057	37,05 8901	4,87 1170	100,00 24.023	1,86 447	6,00 1441	5,73 1377	8,34 2004	8,37 2011	8,30 1994	20,35 4889	37,42 8989	3,63 872	100,00 23.351	47.374
23 Jd.Ipê	2,09 430	5,85 1204	5,78 1190	7,62 1569	7,75 1595	8,39 1727	23,13 4762	35,68 7345	3,71 764	100,00 20.586	2,21 455	6,52 1342	6,01 1237	8,01 1649	7,58 1560	8,58 1766	21,12 4348	36,51 7516	3,46 712	100,00 19.826	40.412
24 Batistini	2,62 160	6,79 414	6,17 376	8,58 523	8,29 505	8,25 503	22,58 1376	32,76 1997	3,96 241	100,00 6.096	2,07 126	7,58 462	7,36 449	8,51 519	8,65 527	7,71 470	21,24 1295	33,91 2067	2,97 181	100,00 6.061	12.157
25 Vila União	2,25 322	7,12 1017	6,78 969	8,53 1219	8,50 1215	8,32 1189	22,39 3199	33,33 4763	2,78 397	100,00 14.289	2,36 337	7,55 1079	6,85 950	9,27 1325	8,24 1177	7,55 1079	20,58 2941	35,43 5063	2,37 339	100,00 14.311	28.600
26 Jd.Orquídeas	1,93 214	5,70 633	5,93 659	7,36 818	8,42 935	9,21 1023	21,40 2377	36,29 4031	3,76 418	100,00 11.109	1,91 212	6,12 680	5,48 609	8,11 901	8,63 959	8,80 978	20,83 2314	37,24 4137	2,88 320	100,00 10.989	22.098
27 Jd.Represa	2,28 267	6,77 794	6,44 755	8,37 981	8,01 939	8,22 964	22,36 2622	33,60 3940	3,95 463	100,00 11.726	2,05 240	6,64 779	7,04 826	8,49 996	8,23 965	8,03 942	21,20 2486	34,69 4068	3,63 426	100,00 11.694	23.420
28 Riacho Grande	1,92 274	6,57 936	6,98 995	8,66 1234	8,49 1210	8,09 1153	20,86 2973	33,29 4745	5,14 733	100,00 14.253	2,15 306	6,87 979	6,95 991	8,72 1243	8,97 1278	8,24 1174	19,85 2829	34,20 4875	4,05 577	100,00 14.437	28.690
29 Finco	1,83 108	4,92 291	5,64 333	7,51 444	7,13 421	8,12 480	21,60 1276	36,31 2146	6,94 410	100,00 5.909	1,67 99	5,40 319	5,38 318	7,13 421	7,99 472	8,16 482	22,14 1308	36,36 2149	5,77 341	100,00 5.822	11.731
30 N. Sta.Cruz	2,27 118	7,57 395	6,89 360	8,80 459	9,62 502	8,42 439	18,69 975	32,27 1684	5,47 285	100,00 5.219	2,36 123	6,77 353	6,58 343	9,07 473	8,82 460	8,35 436	17,83 931	33,58 1753	6,64 521	100,00 5.521	10.740
TOTAL	1,56 6550	4,89 20533	4,86 20407	6,63 27839	7,05 29603	7,65 32122															

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000

* Estimativa SP 111

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO SEGUNDO AS REGIÕES DA SAÚDE - 2007*

REGIÃO DA SAÚDE	MASCULINO									
	FAIXA ETÁRIA (anos) - %									TOTAL
	< 1	1 a 3	4 a 6	7 a 10	11 a 14	15 a 18	19 a 29	30 a 59	60 e mais	
1	1,40	4,19	4,52	6,07	6,90	8,06	21,21	40,22	7,43	100,00
Taboão	166	496	535	719	817	954	2511	4762	880	11.839
2	1,06	3,57	3,25	4,79	6,20	7,19	19,84	41,24	12,86	100,00
Rudge Ramos	121	408	371	547	708	821	2267	4712	1469	11.425
3	1,22	3,87	3,81	5,59	6,67	8,09	20,48	40,70	9,57	100,00
Pauliceia	130	412	406	596	711	862	2182	4337	1020	10.655
4	1,20	3,78	3,28	5,20	5,38	7,25	19,27	42,41	12,23	100,00
Mussolini	120	378	328	520	538	725	1928	4243	1224	10.005
5	1,11	3,90	4,12	5,09	6,64	8,20	21,05	41,54	8,35	100,00
Jordanópolis	94	330	349	431	562	694	1781	3515	707	8.462
6	0,93	2,96	3,47	4,64	5,73	7,02	19,93	42,80	12,52	100,00
Vila Dayse	95	302	354	474	585	717	2036	4372	1279	10.215
7	1,45	4,37	4,62	6,15	7,05	7,97	19,94	40,35	8,10	100,00
Vila Rosa	165	496	525	698	800	905	2264	4581	920	11.354
8	1,92	5,00	5,15	7,01	7,68	8,38	21,21	37,27	6,38	100,00
Planalto	297	773	796	1084	1187	1295	3279	5761	986	15.458
9	1,29	3,90	3,94	6,07	7,21	7,95	20,27	40,10	9,27	100,00
Vila Euclides	129	391	395	609	723	798	2034	4024	930	10.034
10	1,14	3,66	3,69	5,38	6,41	7,61	18,17	44,28	9,66	100,00
Santa Terezinha	203	653	659	960	1144	1358	3243	7904	1724	17.850
11	1,54	5,23	5,05	6,56	7,45	7,91	21,95	37,81	6,50	100,00
Pq.São Bernardo	177	602	581	755	858	911	2527	4353	748	11.512
12	1,51	3,94	3,61	5,36	6,51	7,42	19,76	41,78	10,11	100,00
Baeta Neves	169	442	405	601	730	832	2216	4686	1134	11.217
13	2,14	7,49	6,97	8,90	8,52	8,39	21,56	32,78	3,25	100,00
Jd. Farina	344	1203	1120	1430	1368	1348	3463	5265	522	16.062
14	2,14	7,15	7,53	9,31	8,52	8,16	21,34	33,79	2,06	100,00
Vila São Pedro	521	1742	1834	2268	2076	1988	5199	8232	502	24.361
15	1,86	4,96	4,58	6,73	7,35	7,46	24,67	36,24	6,15	100,00
Ferrazópolis	113	301	278	409	447	453	1499	2202	374	6.075
16	2,01	6,35	6,49	8,05	8,20	8,99	21,34	35,40	3,17	100,00
Jd. Silvina	541	1709	1747	2167	2207	2420	5744	9528	853	26.915
17	2,12	5,96	6,05	7,66	7,68	7,47	20,60	39,52	2,94	100,00
Jd.Leblon	371	1043	1059	1341	1344	1307	3605	6916	515	17.501
18	1,40	4,45	4,59	6,70	7,79	8,60	18,53	42,50	5,44	100,00
Demarchi	219	698	720	1050	1221	1348	2905	6663	853	15.678
19	1,40	4,14	4,20	6,28	6,94	8,10	20,29	41,95	6,70	100,00
Vila Marchi	239	707	718	1073	1186	1384	3467	7169	1145	17.089
20	1,33	5,16	5,16	6,80	7,63	8,74	20,13	38,55	6,50	100,00
Alves Dias	217	841	841	1108	1244	1424	3281	6283	1059	16.298
21	2,04	4,84	5,74	7,14	7,28	7,97	22,59	36,68	5,72	100,00
Jd.Nazareth	147	349	414	515	525	574	1628	2644	412	7.208
22	1,86	6,00	5,73	8,34	8,37	8,30	20,35	37,42	3,63	100,00
Alvarenga	434	1401	1338	1947	1954	1938	4752	8738	848	23.351
23	2,21	6,52	6,01	8,01	7,58	8,58	21,12	36,51	3,46	100,00
Jd.Ipê	438	1293	1192	1588	1503	1701	4187	7238	686	19.826
24	2,07	7,58	7,36	8,51	8,65	7,71	21,24	33,91	2,97	100,00
Batistini	125	459	446	516	524	467	1287	2055	180	6.061
25	2,36	7,55	6,65	9,27	8,24	7,55	20,58	35,43	2,37	100,00
Vila União	338	1080	952	1327	1179	1080	2945	5070	339	14.311
26	1,91	6,12	5,48	8,11	8,63	8,80	20,83	37,24	2,88	100,00
Jd.Orquídeas	210	673	602	891	948	967	2289	4092	316	10.989
27	2,05	6,64	7,04	8,49	8,23	8,03	21,20	34,69	3,63	100,00
Jd.Represa	240	776	823	993	962	939	2479	4057	424	11.694
28	2,15	6,87	6,95	8,72	8,97	8,24	19,85	34,20	4,05	100,00
Riacho Grande	310	992	1003	1259	1295	1190	2866	4937	585	14.437
29	1,67	5,40	5,38	7,13	7,99	8,16	22,14	36,36	5,77	100,00
Finco	97	314	313	415	465	475	1289	2117	336	5.822
30	2,36	6,77	6,58	9,07	8,82	8,35	17,83	33,58	6,64	100,00
Núcleo Santa Cruz	130	374	363	501	487	461	984	1854	367	5.521
TOTAL	1,70	5,31	5,27	7,09	7,52	8,08	20,55	38,39	6,09	100,00
	6787	21199	21039	28305	30022	32257	82041	153262	24313	399.225

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO SEGUNDO AS REGIÕES DA SAÚDE - 2007*

REGIÃO DA SAÚDE	MASCULINO									
	FAIXA ETÁRIA (anos) - %									
	< 1	1 a 3	4 a 6	7 a 10	11 a 14	15 a 18	19 a 29	30 a 59	60 e mais	TOTAL
1	1,40	4,19	4,52	6,07	6,90	8,06	21,21	40,22	7,43	100,00
Taboão	166	496	535	719	817	954	2511	4762	880	11.839
2	1,06	3,57	3,25	4,79	6,20	7,19	19,84	41,24	12,86	100,00
Rudge Ramos	121	408	371	547	708	821	2267	4712	1469	11.425
3	1,22	3,87	3,81	5,59	6,67	8,09	20,48	40,70	9,57	100,00
Pauliceia	130	412	406	596	711	862	2182	4337	1020	10.655
4	1,20	3,78	3,28	5,20	5,38	7,25	19,27	42,41	12,23	100,00
Mussolini	120	378	328	520	538	725	1928	4243	1224	10.005
5	1,11	3,90	4,12	5,09	6,64	8,20	21,05	41,54	8,35	100,00
Jordanópolis	94	330	349	431	562	694	1781	3515	707	8.462
6	0,93	2,96	3,47	4,64	5,73	7,02	19,93	42,80	12,52	100,00
Vila Dayse	95	302	354	474	585	717	2036	4372	1279	10.215
7	1,45	4,37	4,62	6,15	7,05	7,97	19,94	40,35	8,10	100,00
Vila Rosa	165	496	525	698	800	905	2264	4581	920	11.354
8	1,92	5,00	5,15	7,01	7,68	8,38	21,21	37,27	6,38	100,00
Planalto	297	773	796	1084	1187	1295	3279	5761	986	15.458
9	1,29	3,90	3,94	6,07	7,21	7,95	20,27	40,10	9,27	100,00
Vila Euclides	129	391	395	609	723	798	2034	4024	930	10.034
10	1,14	3,66	3,69	5,38	6,41	7,61	18,17	44,28	9,66	100,00
Santa Terezinha	203	653	659	960	1144	1358	3243	7904	1724	17.850
11	1,54	5,23	5,05	6,56	7,45	7,91	21,95	37,81	6,50	100,00
Pq.São Bernardo	177	602	581	755	858	911	2527	4353	748	11.512
12	1,51	3,94	3,61	5,36	6,51	7,42	19,76	41,78	10,11	100,00
Baeta Neves	169	442	405	601	730	832	2216	4686	1134	11.217
13	2,14	7,49	6,97	8,90	8,52	8,39	21,56	32,78	3,25	100,00
Jd. Farina	344	1203	1120	1430	1368	1348	3463	5265	522	16.062
14	2,14	7,15	7,53	9,31	8,52	8,16	21,34	33,79	2,06	100,00
Vila São Pedro	521	1742	1834	2268	2076	1988	5199	8232	502	24.361
15	1,86	4,96	4,58	6,73	7,35	7,46	24,67	36,24	6,15	100,00
Ferrazópolis	113	301	278	409	447	453	1499	2202	374	6.075
16	2,01	6,35	6,49	8,05	8,20	8,99	21,34	35,40	3,17	100,00
Jd. Silvina	541	1709	1747	2167	2207	2420	5744	9528	853	26.915
17	2,12	5,96	6,05	7,66	7,68	7,47	20,60	39,52	2,94	100,00
Jd. Leblon	371	1043	1059	1341	1344	1307	3605	6916	515	17.501
18	1,40	4,45	4,59	6,70	7,79	8,60	18,53	42,50	5,44	100,00
Demarchi	219	698	720	1050	1221	1348	2905	6663	853	15.678
19	1,40	4,14	4,20	6,28	6,94	8,10	20,29	41,95	6,70	100,00
Vila Marchi	239	707	718	1073	1186	1384	3467	7169	1145	17.089
20	1,33	5,16	5,16	6,80	7,63	8,74	20,13	38,55	6,50	100,00
Alves Dias	217	841	841	1108	1244	1424	3281	6283	1059	16.298
21	2,04	4,84	5,74	7,14	7,28	7,97	22,59	36,68	5,72	100,00
Jd.Nazareth	147	349	414	515	525	574	1628	2644	412	7.208
22	1,86	6,00	5,73	8,34	8,37	8,30	20,35	37,42	3,63	100,00
Alvarenga	434	1401	1338	1947	1954	1938	4752	8738	848	23.351
23	2,21	6,52	6,01	8,01	7,58	8,58	21,12	36,51	3,46	100,00
Jd.Ipê	438	1293	1192	1588	1503	1701	4187	7238	686	19.826
24	2,07	7,58	7,36	8,51	8,65	7,71	21,24	33,91	2,97	100,00
Batistini	125	459	446	516	524	467	1287	2055	180	6.061
25	2,36	7,55	6,65	9,27	8,24	7,55	20,58	35,43	2,37	100,00
Vila União	338	1080	952	1327	1179	1080	2945	5070	339	14.311
26	1,91	6,12	5,48	8,11	8,63	8,80	20,83	37,24	2,88	100,00
Jd.Orquídeas	210	673	602	891	948	967	2289	4092	316	10.989
27	2,05	6,64	7,04	8,49	8,23	8,03	21,20	34,69	3,63	100,00
Jd.Represa	240	776	823	993	962	939	2479	4057	424	11.694
28	2,15	6,87	6,95	8,72	8,97	8,24	19,85	34,20	4,05	100,00
Riacho Grande	310	992	1003	1259	1295	1190	2866	4937	585	14.437
29	1,67	5,40	5,38	7,13	7,99	8,16	22,14	36,36	5,77	100,00
Finco	97	314	313	415	465	475	1289	2117	336	5.822
30	2,36	6,77	6,58	9,07	8,82	8,35	17,83	33,58	6,64	100,00
Núcleo Santa Cruz	130	374	363	501	487	461	984	1854	367	5.521
TOTAL	1,70	5,31	5,27	7,09	7,52	8,08	20,55	38,39	6,09	100,00
	6787	21199	21039	28305	30022	32257	82041	153262	24313	399.225