



INSTITUTO SUPERIOR DE GESTÃO - ISG

MESTRADO EM GESTÃO

**FATORES CONDICIONANTES DO TRABALHO NA MEDICINA: UM ESTUDO DO
PROFISSIONAL NO MEIO HOSPITALAR PÚBLICO.**

ISALINE AZEVEDO TENORIO

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR ALVARO LOPES DIAS

LISBOA, PORTUGAL

2014

RESUMO

A preocupação das organizações em contar com indivíduos com alto desempenho profissional não é recente, o assunto tem recebido substancial interesse investigativo e editorial nas ultimas décadas. Este estudo pretende identificar fatores condicionantes do trabalho na medicina a partir da percepção dos profissionais médicos. Com este intuito, foi recolhida uma amostra composta por 78 profissionais que laboram em uma unidade hospitalar de emergência da cidade de Arapiraca, Alagoas, Brasil. Para a realização desta pesquisa, recorreu-se a uma metodologia de índole quantitativa, aferimos condições de trabalho, meios a disposição, possibilidade de aumento do conhecimento e desempenho profissional. Os resultados obtidos, através do recurso do programa de análise estatística SPSS, permitem-nos perceber que as condições de trabalho contribuem 66% para o desempenho profissional. Os meios a disposição correlacionam significativamente (51%) e de forma positiva com o desempenho profissional. A possibilidade de aumento de conhecimento também contribui 66% para o desempenho profissional. E não importa o tempo de serviço no hospital ou na medicina, as condições de trabalho, a possibilidade do aumento de conhecimento, e os meios à disposição vão influenciar positivamente o desempenho dos profissionais.. Estes dados podem ter influencia na gestão do trabalho, permitindo as empresas da área da saúde criar estratégias flexíveis para coordenar e redirecionar recursos, conseguindo otimizar a capacidade funcional e a saúde de trabalhadores. Ao mesmo tempo promover eficiência econômica e produtiva para garantir que a habilidade e experiência profissional sejam totalmente utilizadas. Bem como possibilita contribuir com a consolidação da Política de Gestão do Trabalho em Saúde.

PALAVRAS –CHAVE

Gestão do Trabalho Médico, Condições de Trabalho, Motivação, Desempenho Profissional.

ABSTRACT

The concern of organizations rely on individuals with high job performance is not new, it has received substantial investigative and editorial interest in recent decades. This study aims to identify factors responsible for work in medicine from the perception of medical professionals. For this purpose, a sample was collected for 78 professionals who work in a hospital emergency unit of the city of Arapiraca, Alagoas, Brazil. For this research, we used a methodology of quantitative nature, we assess working conditions, means the provision, the possibility of increasing the knowledge and job performance. The results obtained through the use of statistical analysis software SPSS, let us realize that working conditions contributes 66% to the professional performance. The means available to correlate significantly (51%) and positively with job performance. The possibility of increased knowledge also contributes 66% to the professional performance. And no matter the time of service at the hospital or in medicine, working conditions, the possibility of the increase of knowledge, and the means available will positively influence the performance of professional. These data may have influence on the management of work, allowing companies in the health field to create flexible strategies to coordinate and redirect resources, achieving optimal functional capacity and health of workers. While promoting economic and productive efficiency to ensure that skill and experience are fully utilized. Well as possible contribute to the consolidation of the Labor Management Policy in Health

KEYWORDS

Medical Management of Labor, Working Conditions, Motivation, Professional Performance.

A Deus, Luz nos caminhos de todos os que
Nele creem e confiam;

À minha mãe (*in memoriam*) meu exemplo de
vida e fonte inspiradora de Fé, Garra,
Princípios e de Alegria.

À minha Família, esteio de Paz e amparo nas
necessidades, seja qual for.

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir a realização deste momento, minha Luz, clareando e mostrando caminhos nas dificuldades.

A minha família pelo apoio e compreensão dos momentos consecutivos de ausências e pela demonstração de força e união, onde todos envidaram esforços para cuidar uns dos outros, permitindo meus estudos, desde os meus pequenos filhos Catharina, Lucas e Ricardo (nascido na feitura deste trabalho) , meu pai, meus irmãos e suas famílias, meus sogros e minha cunhada Cláudia e sua família.

A meu esposo Raimundo de Araujo Filho, meu anjo, pelo carinho, apoio incondicional e auxílio nas longas horas de discussão e orientações, por suas opiniões acerca da melhor forma de acesso aos médicos, organização do questionário para ficar mais atrativo a categoria, assim como na ajuda da aplicação do mesmo junto aos seus colegas de trabalho na unidade em estudo, sem os quais eu não teria conseguido finalizar essa dissertação.

Ao Professor Dr. Alvaro Dias, pela constante presença apesar da distância, pelas incomparáveis orientações, abrindo meus horizontes para o conhecimento e pela presteza e incentivo sempre demonstrados.

A amiga Simone de Oliveira pela amizade, constante preocupação e apoio demonstrados e por partilhar conosco sua sabedoria.

E a todos que direta ou indiretamente cooperaram com a feitura deste trabalho.

TABELA DE ABREVIATURAS

CONASS -	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde do Brasil
JCQ -	Job Content Questionnaire
MENP/SUS -	Mesa Estadual de Negociação Permanente dos SUS
OMS –	Organização Mundial de Saúde
P.	Página
PIB –	Produto Interno Bruto
SUS –	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	p.
LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE TABELAS.....	11
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. TEMÁTICA	13
1.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	15
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo Geral	16
1.3.2. Objetivos Específicos	16
1.4. ABORDAGEM METODOLOGICA	17
1.5. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	18
2. REVISÃO DA LITERATURA E MODELO TEÓRICO	19
2.1. CONCEITOS ESSENCIAIS	19
2.1.1. Desempenho Profissional	19
2.1.2. As Condições do Trabalho	21
2.1.3 Possibilidade do Aumento do Conhecimento	23
2.1.4 Os Meios Disponíveis aos profissionais	24
2.1.5. Tempo de Serviço	25
2.2. ESTADO DA ARTE	26
2.2.1. O sistema de saúde no Brasil e seus recursos humanos.	26

2.2.2. Fatores motivadores e de satisfação no trabalho	28
2.2.3. Produtividade em saúde	30
2.3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
2.3.1. As condições do trabalho e o desempenho profissional . . .	35
2.3.2. A possibilidade de aumento do conhecimento e o desempenho profissional	37
2.3.3. Os meios disponíveis ao profissional e o desempenho profissional	39
2.3.4. O tempo de serviço e o desempenho profissional	41
2.4. MODELO CONCEITUAL	43
3. METODOLOGIA	45
3.1. PROCEDIMENTOS E DESENHO DA INVESTIGACAO	46
3.2. AMOSTRA, POPULACAO E PARTICIPANTES	46
3.3. MEDIDAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHIMENTO DE DADOS E VARIÁVEIS	47
3.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	49
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	50
4.1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS	47
4.2. CONFIABILIDADE DOS DADOS	52
4.2.1. Bloco II – Aumento do Conhecimento	56
4.2.2. Bloco III – Meios à Disposição	58
4.2.3. ClOCO IV – Condições de Trabalho	59
4.3. VALIDAÇÃO DAS HIPÓTESES: CORRELAÇÕES E REGRESSÕES LINEARES.	60

4.3.1. Validação da Hipótese 1	62
4.3.2. Validação da Hipótese 2.	63
4.3.3. Validação da Hipótese 3	63
4.3.4. Validação da Hipótese 4	64
4.3.4.1. Variável Moderadora Tempo de Serviço no Hospital	65
4.3.4.2. Variável Moderadora Tempo de Serviço na Medicina	66
5. CONCLUSÕES	68
5.1. DISCUSSAO E IMPLICACOES PARA A TEORIA	69
5.2. IMPLICACOES PARA A GESTAO	70
5.3. LIMITACOES E FUTURAS INVESTIGACOES	72
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	79

LISTA DE FIGURAS**p.**

Figura 1.- Modelo Conceitual de Investigação com Relações Hipotéticas	44
---	----

LISTA DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Idade dos entrevistados	47
Tabela 2 – Sexo dos entrevistados.	48
Tabela 3 – Formação dos entrevistados.	48
Tabela 4 - Tempo de formado (última formação).	49
Tabela 5 - Vínculo com o hospital	49
Tabela 6 - Tempo de serviço no hospital	50
Tabela 7 - Tempo de serviço na medicina	50
Tabela 8 - Carga horária semanal no hospital	50
Tabela 9 - Carga horaria semanal de trabalho.....	51
Tabela 10 - Tempo para a família	51
Tabela 11 – Alfa de Cronbach para o grupo Motiva o meu trabalho.	53
Tabela 12 - Alfa de Cronbach para o grupo Aprendizagem Contínua	54
Tabela 13 - Alfa de Cronbach para o grupo Expectativas e Demandas.	54
Tabela 14 - Alfa de Cronbach para o grupo Interferem no meu trabalho I	55
Tabela 15 - Alfa de Cronbach para o grupo Interferem no meu trabalho II.	55
Tabela 16 - Alfa de Cronbach para o grupo bloco IV	56
Tabela 17 – Coeficientes de Correlação Linear (Pearson) para as variáveis.	57
Tabela 18 – Coeficientes de Regressão Linear para as variáveis que serão utilizadas na validação das hipóteses.....	58
Tabela 19 – Variável tempo de serviço no hospital.....	61
Tabela 20 – Teste Qui-quadrado para as variáveis tempo de serviço no hospital e desempenho profissional.	61
Tabela 21 – Variável tempo de serviço na medicina	62

Tabela 22 – Teste Qui-quadrado para as variáveis tempo de serviço na medicina e desempenho profissional	62
--	----

1. INTRODUÇÃO

1.1. TEMÁTICA

A operação dos serviços de saúde no Brasil apresenta uma série de deficiências cujas explicações devem ser buscadas em diferentes campos. Embora tais explicações exijam enfoque mais amplo, este trabalho abordará o aspecto de recursos humanos, especificamente no que diz respeito às formas de sua utilização nos estabelecimentos de saúde.

Leite (2014) identifica que 45% dos brasileiros apontam a saúde como principal problema do país, superando educação, desemprego, corrupção entre outros.

Há necessidade de superar entraves e limitações dos processos de gestão do trabalho tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde e que com enorme frequência, estão associados ao baixo desempenho das organizações de saúde e de seus profissionais, assim como as práticas de gerência do trabalho nesse serviço.

O hospital, como espaço de produção de saúde, é uma organização complexa, tanto pelos vários fins, pelas várias organizações que existem dentro de uma só, como pelos diversos interesses e *locus* de poder existentes no mesmo ambiente.

Para Cecílio & Mendes (2004) a organização hospitalar é um território extremamente complexo, pelo cruzamento de múltiplas racionalidades, tendo que conviver com normas de políticas de saúde e políticas governamentais, competindo como empresas de serviços em cenários globalizados.

A escolha da categoria médica, como foco do estudo, se deve à própria característica do trabalho em saúde, no qual o médico continua tendo papel dominante.

E os conflitos gerados entre as necessidades e comportamentos dessa categoria

com as necessidades e comportamentos da área de gestão hospitalar, principalmente no que concerne à gestão do trabalho, e desempenho profissional, geram dificuldades ímpares a uma gestão eficaz da estrutura organizacional.

Tendo sido escolhido para o estudo uma unidade de emergência, especializada em trauma situada no estado de Alagoas. Tal escolha deve-se ao fato de ser esta a única unidade de saúde especializada no atendimento de traumas, com sua capacidade operacional voltada exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS), refletindo sua condição na geração de saúde do estado. Além do fato da mesma estar sobre gestão estadual e a pesquisadora trabalhar na Secretaria de Estado da Saúde, garantindo maior facilidade de acesso aos profissionais médicos.

Nas últimas três décadas, o Brasil vem passando por um processo de redemocratização, modificações estruturais e exigências sociais, culminando no surgimento do SUS, um sistema de saúde público, universal que tem como princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade a assistência à saúde. Modelo criado para atender a uma demanda constitucional que em seu artigo 5º define que a saúde é um direito de todos (Constituição Federal, 1988).

Identificar fatores que levariam a um melhor desempenho desta categoria poderia minimizar os conflitos existentes, apontar práticas de gestão adequadas, refletir ampliação do acesso e condições de saúde das pessoas.

A produtividade em saúde necessita de maior aprofundamento teórico-conceitual na medida em que o produto final da ação não pode ser considerado apenas do ponto de vista de sua rentabilidade econômica e/ou financeira, nem de aspectos meramente quantitativos, mas na condição de saúde das pessoas.

Assim, o presente estudo se propõe a identificar fatores condicionantes do desempenho do profissional médico. Considerando que se trata de um assunto bastante

amplo, o objetivo não foi o de esgotar, mas de esclarecer alguns pontos. Melhor definição dos produtos esperados, melhor conhecimento do processo de trabalho em saúde e de seus fatores intervenientes permitirão o desenvolvimento de mecanismos de estímulos e avaliação de desempenho mais adequados.

1.2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

É desafio mundial, para todos os sistemas de saúde, buscarem formas de se manterem em funcionamento, tanto financeiramente, quanto quantitativa e qualitativamente; principalmente na área pública, tendo em vista todo o caráter humanitário dos serviços prestados.

Para Pierantoni, Varella & França (2006) a mundialização das economias estabelece novas formas de organização do Estado e reestruturação produtiva assentadas em três grandes eixos: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e da produção e novas formas de gerenciamento.

A gestão do trabalho na saúde pública brasileira é um dos grandes enfrentamentos para a consolidação de um sistema de saúde público e de qualidade. E é interesse da área o entendimento dos fatores condicionantes do desempenho profissional.

Portanto, partindo dessas afirmativas, tem-se o seguinte problema de pesquisa: ***quais são os fatores condicionantes do trabalho do profissional médico que poderão garantir maior desempenho do mesmo no meio hospitalar?*** Este é o questionamento que se busca responder com o presente trabalho.

Diante das dificuldades, conflitos e divergência de interesses da área de gestão do trabalho pergunta-se: O quê os profissionais médicos entendem ser importante para aprimorar seu desempenho? Que medidas promover para estimular os profissionais médicos a alcançarem seus próprios limites de desempenho, visando à melhoria da produtividade com qualidade na produção dos serviços de saúde?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Identificar os fatores condicionantes do trabalho na percepção do profissional médico que poderão garantir maior desempenho em suas atividades no meio hospitalar.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Perceber como as condições de trabalho influenciam no desempenho dos profissionais médicos;
- Perceber como a possibilidade de aumento do conhecimento influencia no desempenho dos profissionais médicos;
- Perceber como os meios à disposição influenciam o desempenho dos profissionais médicos; e
- Identificar como o tempo de serviço interfere nas escolhas das variáveis em estudo.

1.4. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Com o intuito de alcançar os objetivos e responder ao problema do estudo, a pesquisa terá caráter descritivo. A estratégia de investigação é o inquérito e a análise bibliográfica. Esta análise é baseada em revistas de referência, livros e artigos científicos.

O instrumento de pesquisa utilizado é o questionário para a avaliação das variáveis independentes, moderadora e dependentes, elaborado sob a orientação do Professor Doutor Álvaro Lopes Dias.

A amostra é constituída pelos profissionais médicos que trabalham na unidade hospitalar escolhida, no período de março a maio de 2014, independente do vínculo empregatício com a instituição.

Para análise dos dados utilizamos uma ferramenta específica, do programa de *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

1.5. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O presente trabalho está organizado em capítulos, a revisão da literatura, o modelo conceitual de investigação, a metodologia, os resultados e as conclusões.

O primeiro capítulo traz informação acerca do que se pretende estudar, delimita o problema de pesquisa, analisa sua pertinência, apresenta seus objetivos e responde ao problema do estudo.

O segundo capítulo faz referência aos conceitos teóricos desta pesquisa, levantando as teorias de motivação e satisfação no trabalho; produtividade na saúde; trabalho médico e fatores condicionantes do trabalho médico, enumerando o ponto de vista de vários autores, confrontando-os entre si, dando maior ênfase aqueles que servem de base a este estudo. Por fim, faremos o levantamento das hipóteses de investigação e o modelo teórico delineado para este estudo.

O terceiro capítulo refere-se à metodologia, explicita os aspectos inerentes a concretização deste estudo, apresentando os procedimentos metodológicos que nortearam o trabalho. Neste, são descritos o delineamento da pesquisa, a definição da população e amostra e o instrumento de pesquisa utilizado.

No quarto capítulo encontramos a análise e discussão dos resultados, onde se encontram todos os resultados obtidos neste estudo e por fim, uma análise das hipóteses de investigação.

No último capítulo, encontram-se as principais conclusões retiradas do estudo, enfatizando-se as suas implicações, nos termos teóricos e práticos, para a ciência da gestão.

2. REVISÃO DA LITERATURA E MODELO TEÓRICO

2.1. CONCEITOS ESSENCIAIS

2.1.1. Desempenho profissional

A preocupação das organizações em contar com indivíduos com alta *performance* e desempenho profissional não é recente.

Taylor (1970), já alertava no início do século passado, para a necessidade de as empresas contarem com homens eficientes, restringindo-se às questões técnicas relacionadas ao trabalho e às especificações de cargo.

Desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem o sistema, variando de acordo com o que cada instituição estabeleceu como suas metas.

Posteriormente, em decorrência de pressões sociais e do aumento da complexidade das relações de trabalho, as organizações passaram a considerar, não somente questões técnicas, mas também aspectos sociais e comportamentais relacionados ao trabalho, chegando à discussão de competências.

Dutra, Hipólito & Silva (1998)., conceituam competência como a capacidade de uma pessoa de gerar resultados dentro dos objetivos organizacionais, confundindo-se com a ideia de desempenho profissional.

Brandão & Guimarães (2001). corroboram com o alegado quando afirmam que a gestão de desempenho e a gestão de competências se confundem e que ambas as tecnologias

propõem a necessidade de associar a *performance* ou as competências da organização com as de seus membros.

Trazendo conceitos de competência para definir desempenho profissional, Sparrow & Bognanno (1994) afirmam que competência faz referência à um repertório de atitudes que possibilitam ao profissional adaptar-se rapidamente a um ambiente cada vez menos estável e ter uma orientação para a inovação e a aprendizagem permanentes.

Para Zarifian (1996) competência significa ir além das questões técnicas, trata-se da capacidade do indivíduo assumir responsabilidades frente a situações de trabalho complexas em conjunto ao exercício sistemático de reflexividade no trabalho.

Já Epstein & Hundert (2002) definem competência profissional como o uso habitual e criterioso da comunicação, do conhecimento técnico, das habilidades, do raciocínio clínico, das emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade a ser servida.

Na área da saúde, grande é a discussão acerca do desempenho profissional, assim como o desempenho do profissional médico.

Desempenho profissional na área da saúde não é de fácil definição, nem medição. Apesar de não ser recente a tentativa de mensuração do desempenho, à medida que as ideias mudam aumentam os desafios associados ao processo.

Há evidências de que os dados dos resultados de atendimento de pacientes já eram recolhidas no hospital da universidade da Pensilvânia em meados do século XVIII (Leob, 2004).

Avaliar a produção ou desempenho profissional na área da saúde torna-se complexo, por trabalhar com a vida humana, um trabalho extremamente variável e de difícil mensuração dos resultados e pelas atividades dos seus membros serem extremamente profissionalizadas.

Uma definição considerada quase clássica foi formulada por Roemer (1991), o qual relata que um serviço de saúde é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Entretanto, essas cinco grandes categorias que integram a definição não possibilitam a compreensão do funcionamento dos Serviços de Saúde nem dos seus resultados, pois não são explicitadas.

Para Asch & Werner (2007) medição de desempenho tornou-se um dos fundamentos dos esforços atuais para melhorar a qualidade de cuidados de saúde e reforçou a conformidade com praticar as orientações em muitos cenários. Contudo, bom desempenho não necessariamente reflete bom atendimento e a pressão pelo desempenho pode importar sacrifício com o bom atendimento.

2.1.2 As Condições de Trabalho

Condições de trabalho aparecem em fatores causais em diversas teorias de motivação ou satisfação no trabalho, apesar de satisfação no trabalho ser um fenômeno complexo e de difícil definição. Contudo, com conceitos diferentes, horas envolvendo mais amplo, horas mais simples.

Martinez et al (2003) afirmam que já em 1959, Herzberg estrutura um modelo no qual satisfação e insatisfação no trabalho são fenômenos de natureza diversa. A insatisfação seria determinada pela carência ou deficiência de “fatores de higiene” que são aqueles relacionados à remuneração, supervisão, ambiente de trabalho, políticas da empresa, condições de trabalho e relações interpessoais. Já em 1960 Mac Gregor contempla aspectos da organização do trabalho como elementos determinantes das relações homem-trabalho onde o princípio fundamental seria a integração entre os objetivos individuais e organizacionais.

Citam também Locke que classifica as condições de trabalho como eventos de fatores causais da influência na satisfação do trabalho, englobando os recursos disponíveis (tempo, dinheiro, equipamentos, suporte) para realização do trabalho, a jornada de trabalho, as pausas, os turnos de trabalho, as condições físicas (ruído, ventilação, umidade, temperatura, arranjo físico e posto de trabalho) e a segurança (ausência de riscos).

As variações na satisfação no trabalho são resultados de diferenças na natureza do trabalho, tais como demandas da tarefa, papel do indivíduo na organização, relacionamentos interpessoais, possibilidade de desenvolvimento de carreira, clima e estrutura organizacional (Cavanagh, 1992)

Identificamos as condições de trabalho como fatores que merecem atenção especial e que tem levantado grande discussão acadêmica. Definimos como foco de estudo o conjunto de fatores como remuneração, segurança no emprego, trabalho seguro, e autonomia do trabalho.

Por '*remuneração*' seguimos Martinez et al (2003) que seguindo a Teoria de Locke definem pagamento como compreendendo equidade (em comparação ao que outros estão recebendo), quantidade (suficiente para suas despesas no contexto de seu estilo de vida preferido), forma de pagamento e benefícios (assistência médica, aposentadoria, férias, seguro desemprego e outros). O salário que o emprego propicia permite prover as necessidades de base, dá um sentimento de segurança e possibilita ser autônomo e independente.

Os autores também acrescentam a segurança (estabilidade) no emprego como um fator importante no pagamento porque significa uma segurança de recebimento de pagamentos.

Defendemos que a '*Segurança no emprego*' está relacionada tanto ao vínculo empregatício, como a garantia dos direitos trabalhistas. No Brasil, o trabalhador ao ingressar

no serviço público, adquire estabilidade, e a garantia dos direitos trabalhistas, contudo muitos são prestadores de serviço com vínculo informal, sem qualquer garantia e convive com constante ameaça de emprego.

No mercado de trabalho da saúde no Brasil convive-se com vínculos informais de trabalho, contudo para Antunes in Pierantoni, Varella & França (2006) a sociedade do capital necessita cada vez menos do trabalho estável e utiliza-se cada vez mais de formas diversificadas.

2.1.3. Possibilidade de aumento do conhecimento

Não é recente a tentativa de entender o trabalho, desde as pesquisas realizadas por Emery (1964, 1976) e Trist (1978), foi apresentado que o trabalho deveria apresentar seis propriedades para estimular o comprometimento daquele que o realiza: a variedade e o desafio; a aprendizagem contínua; uma margem de manobra e a autonomia; uma contribuição social que faz sentido; o reconhecimento e o apoio e um futuro desejável.

Segundo o modelo de Hackman & Oldham (1976) para descrever o trabalho, três características contribuem para dar sentido ao trabalho: a variedade das tarefas - entendida como a capacidade de um trabalho requerer uma variedade de tarefas que exijam uma variedade de competências; a identidade do trabalho - a capacidade de um trabalho permitir a realização de algo do começo ao fim, com um resultado tangível, identificável e o significado do trabalho - a capacidade de um trabalho ter um impacto significativo sobre o bem-estar ou sobre o trabalho de outras pessoas, seja na sua organização, seja no ambiente social.

Assim, o trabalho deve ser razoavelmente exigente, incluir variedade, deve oferecer oportunidades de aprendizagem em uma base regular, deve invocar a capacidade de decisão

da pessoa. deve ser reconhecido e apoiado pelos outros na organização permitir a união entre o exercício de atividades e suas consequências sociais deve permitir a consideração de um futuro desejável, incluindo atividades de aperfeiçoamento e orientação profissional.

Morin (2001) define a autonomia como a capacidade de um trabalho deixar uma boa margem de liberdade, de independência e de discrição à pessoa para ela determinar as maneiras de realizá-lo, traz consigo o sentimento de responsabilidade pela realização das tarefas e pela obtenção dos objetivos fixados.

Entendemos a possibilidade de aumento do conhecimento traz consigo a autonomia no trabalho, uma variedade de tarefas, o trabalho ser significativo e gerar possibilidades e estimular o aumento do conhecimento.

2.1.4. Os meios disponíveis aos profissionais

Entendemos como meios à disposição do profissional hospitalar o parque tecnológico, os materiais (médico-cirúrgicos, químico-farmacêuticos, laboratoriais, expedientes, de manutenção entre outros), equipamentos e recursos humanos disponíveis na estrutura hospitalar para que o profissional médico desenvolva seu trabalho.

Para Morin (2001) a incorporação de novas tecnologias, no setor saúde, não significa, economia da força de trabalho. Ao contrário, o setor é de trabalho intensivo. Não foi encontrado ainda nada que substitua o cuidado humano, imprescindível para a recuperação dos doentes.

Percebe-se que o parque tecnológico difere em cada estrutura hospitalar, assim como o processo de manutenção preventiva e/ou corretiva. Morin (2001) ainda defende que comumente os hospitais públicos incorporaram muitas tecnologias presentes também na rede hospitalar privada, contudo os aparelhos de última geração são raros nos hospitais públicos e

o parque tecnológico por vezes está mais antigo ou em piores condições de uso, seja processo de manutenção seja corretiva ou preventiva

Já com relação aos recursos humanos, Pierantoni *et al.* (2006) defendem que um dos maiores desafios para a consolidação do SUS é a má distribuição da força de trabalho, assim como a difícil fixação do profissional no meio institucional. Os profissionais da área da saúde vagueiam entre as várias ofertas de trabalho, não se fixando em nenhum local, as equipes de trabalho variam com frequência.

2.1.5. Tempo de Serviço

Entendemos como tempo de serviço o tempo em anos que o médico tem de trabalho, desde o início de sua carreira profissional como tal, desde que passou a fazer parte da força de trabalho e ser economicamente ativo com a medicina, não importando a formalização de vínculo empregatício, ou mesmo formalização do tempo de serviço para fins de aposentadoria.

O tempo de serviço pode atrelar-se a possibilidade do envelhecimento funcional, defendido por Bellusci & Fischer (1999) que o entendem como a perda de capacidade para o trabalho e trazem que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que modificações nos vários sistemas do corpo humano levam a uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles, com diminuição na capacidade funcional dos indivíduos que pode gerar conflitos entre a capacidade funcional e as exigências do trabalho.

2.2. ESTADO DA ARTE

Antes de iniciar a discussão acerca do desempenho profissional faz-se necessário uma rápida apresentação do cenário brasileiro de trabalho para o profissional da saúde.

Fatores condicionantes do trabalho na medicina estão diretamente relacionados aos fatores motivadores e de satisfação dos trabalhadores e o desempenho do profissional médico está diretamente relacionado a definição de produtividade no campo da saúde.

Assim, para discorrer acerca do desempenho profissional e das variáveis inter-relacionadas não podemos deixar de destacar a discussão e as várias teorias existentes acerca da motivação e da satisfação no trabalho, assim como a produtividade em destaque nas discussões acerca do processo de produção da saúde.

2.2.1. O sistema de saúde no Brasil e seus recursos humanos

O processo de implantação do SUS e a trajetória de descentralização tem no financiamento, responsabilidade na gestão e pacto intergestores seu foco maior (Pierantoni *et al.*, 2006).

Apesar desses focos terem sido enxergados como fonte de dissolução de possíveis conflitos e enfrentamentos, o SUS vem lutando para efetivar sua consolidação, enfrentando problemas desde seu financiamento, dificuldade com a estruturação de sua rede de serviços e os inúmeros conflitos gerados na área da gestão do trabalho.

Ainda citando Pierantoni *et al.*, (2006) que agrupam a heterogeneidade geográfica, a heterogeneidade socioeconômica, a concentração de renda e os traços particulares da organização política federativa do Brasil como as principais dificuldades para a efetivação do sistema de saúde brasileiro. As peculiaridades em sua organização federativa deve-se ao fato

da divisão em três níveis de governo, que engloba vinte e seis Estados e o Distrito Federal, e os 5.560 municípios dos quais 77,9% deles com população abaixo de 25 mil habitantes e que residem apenas 23,7% da população total do país.

Para Santos & Santana (2004) a situação dos recursos humanos em saúde varia entre os países da Região das Américas mas há problemas de natureza semelhante em todos eles, como os desequilíbrios na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho, combinados com a deterioração das condições de trabalho, a precariedade dos sistemas de incentivos e a falta de estratégias adequadas de educação permanente dos trabalhadores.

Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde do Brasil com mais de dois milhões de trabalhadores, atuando em quase sete mil estabelecimentos, em mais de cinco mil municípios, o mercado de trabalho em saúde no Brasil é um mercado com características próprias configurando-se em um mercado de profissionais especializados (formais ou práticos), com o uso intenso e diversificado da mão de obra (CONASS, 2004).

A mesma pesquisa analisou as Estruturas de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, e apontou que dos problemas identificados na área, 79% situam-se no campo da gestão do trabalho, tais como: necessidade de contratação de pessoal especializado na área; presença de profissionais pouco qualificados na gestão do trabalho; diversas formas de contratos temporários entre o contingente de saúde; insatisfação geral dos trabalhadores com as carreiras existentes ou, em boa parte, até mesmo ausência de Planos de Carreiras adequados às realidades.

Além dos gestores da área também enfrentarem dificuldades referentes à baixa remuneração e/ou à fixação de profissionais de saúde em áreas longínquas e de difícil acesso.

Para Nogueira (2006), num contexto de forte controle das despesas públicas e de desestruturação do aparato de Estado, iniciado em 1990 no Brasil, os governos locais se empenharam em atender os aspectos do direito à saúde através da implantação e expansão do SUS, mas muitas vezes geraram relações irregulares de trabalho, em detrimento do direito do cidadão de concorrer a cargos públicos abertos a todos e plenamente regulados.

Aprofundando tensões e questões preexistentes, Pierantoni *et al.* (2006) destacam: desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da saúde, tanto quantitativas, como qualitativas; e intensificação e privilegiamento das modalidades de contratação no SUS sem amparo legal, fatores geradores das dificuldades de sustentação do SUS.

Além de um alto índice de precarização em todo o país; de precária estrutura e da necessidade de capacidade gestora tanto do setor educativo como no de prestação de serviços da área da saúde. Portanto, a gestão do trabalho na saúde requer o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores.

2.2.2. Fatores motivadores e de satisfação no trabalho

Steuer (1989) esclarece a diferença entre motivação e satisfação quando define que motivação manifesta a tensão gerada por uma necessidade e satisfação expressa a sensação de atendimento da necessidade.

A satisfação no trabalho tem sido apontada como exercendo influências sobre o trabalhador, que podem se manifestar sobre sua saúde, qualidade de vida, comportamento e produtividade, com consequências para os indivíduos e para as organizações.

Apresentamos um breve relato e levantamento dos trabalhos na área o qual passaremos a utilizar como reflexão:

O primeiro estudo sobre satisfação no trabalho data de 1920. Desde então, a satisfação no trabalho vem sendo amplamente estudada sob diferentes referenciais teóricos. Maslow em 1970 estruturou a teoria que propõe que as necessidades humanas são passíveis de serem hierarquizadas e estipula cinco níveis ascendentes. Já McGregor apresentou a Teoria X e a Teoria Y, na teoria X, o homem é considerado um ser indolente, passivo, irresponsável e resistente à inovações e na Teoria Y, as causas da indolência e falta de responsabilidade estavam relacionadas aos métodos da organização e controle do trabalho. (STEUER, 1989).

Perez-Ramos (1990), afirmam que Locke em 1970 desenvolveu modelo que se fundamenta na concomitância dos “valores” relativa a importância que a pessoa atribui à meta que deseja alcançar e das “metas” que se correlaciona com o objetivo desejado, que são os impulsores que levam o indivíduo a agir, que leva ao desempenho, obtendo resultados que irão servir como *feedback* ou reforço para a atribuição dos valores.

Muitos autores adotam a distinção entre satisfação e insatisfação estabelecida na Teoria da Motivação-Higiene de Herzberg que considera satisfação e insatisfação no trabalho como fenômenos distintos, de natureza diversa, onde a insatisfação é determinada pela carência dos fatores extrínsecos ao trabalho ou “fatores de higiene” (remuneração, supervisão, ambiente de trabalho) e a satisfação é determinada pelos fatores intrínsecos ao trabalho ou “fatores motivadores”, relacionados ao conteúdo do trabalho e aos desafios das tarefas

Martinez et al (2003) trazem a reflexão que a satisfação e insatisfação no trabalho são consideradas como os dois extremos de um mesmo fenômeno, sendo frequentes os estudos que adotam uma medida de satisfação por meio de escalas que vão de um extremo de “muito satisfeito” até o extremo oposto de “muito insatisfeito”.

Seguindo as mudanças, para Gurgel (2001) o mundo do trabalho ao qual assistimos hoje iniciou nas duas últimas décadas do século passado um processo de transformação em latitude e longitude, talvez sem precedentes. Trouxe a necessidade de ampliar as conexões, cuja aplicação no ambiente organizacional vem desafiando de forma cada vez mais ativa as próprias empresas e os demais atores que gravitam em torno do ambiente corporativo.

Todos os atores sejam empregados, fornecedores, consultores, acionistas, prestadores de serviço e outros são instigados, continuamente, a pensar em novas soluções para enfrentar velhos problemas e a buscar soluções criativas para os novos, os esforços e os investimentos de toda ordem tem um endereço certo e prioritário: os resultados – a produtividade.

Todas estas observações e outras teorias não abordadas aqui evidenciam a complexidades destas relações, que podem correr em via de mão dupla e sofrer influência de outros fatores, relacionados ou não ao trabalho.

Para Delcor, et al. (2004), o trabalho humano possui um duplo caráter: por um lado é fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade dos sujeitos; por outro, pode também se transformar em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde

Não é nossa intenção abordar nesse estudo esses fatores com cunho patogênico, apenas a influência positiva de alguns fatores sobre a produtividade

2.2.3. Produtividade em saúde

Além de toda a complexidade com o tema satisfação e motivação do trabalho culminando no desempenho profissional, temos a dificuldade em avaliar desempenho na área da saúde.

Alguns autores (Guimarães, 1998; Oliveira-Castro, Lima & Veiga, 1996) sustentam que as organizações deveriam dispor de instrumentos de avaliação de desempenho em seus diversos níveis, do corporativo ao individual, quando tratam da gestão de desempenho.

Da mesma forma, na gestão de competências, as proposições de Prahalad & Hamel (1990) e Durand (1998) seguem o mesmo caminho, sugerindo a existência de competências organizacionais e humanas.

O interesse pela gestão do desempenho dos profissionais de saúde está estreitamente associado aos diferentes movimentos de controle e garantia de qualidade dos serviços de saúde. Este interesse resulta diretamente da necessidade de coordenar objetivos institucionais em situações em que as organizações são complexas e os profissionais têm tradicionalmente grande autonomia (Marshall & Davies, 2000).

Avaliar a produção ou desempenho profissional na área da saúde torna-se complexo, por trabalhar com a vida humana, um trabalho extremamente variável e de difícil mensuração dos resultados e pelas atividades dos seus membros serem extremamente profissionalizadas.

Como dito anteriormente desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem o sistema, variando de acordo com o que cada instituição estabeleceu como suas metas. Dado que os objetivos e metas para os sistemas de saúde são diversos, do mesmo modo que as dimensões de análise, há dificuldade no consenso teórico acerca do tema e a proposição de modelo específico.

Melhor definição dos produtos esperados, melhor conhecimento do processo de trabalho em saúde e dos seus fatores intervenientes permitiriam o desenvolvimento de mecanismos de estímulos e avaliação de desempenho mais adequados.

A avaliação de desempenho dos serviços de saúde foi o objeto central do *World Health Report 2000- WHR 2000* (WHO, 2000) que, apesar de muito criticado, teve o mérito de colocar essa questão no centro do debate sobre as reformas setoriais.

McIntyre, Rogers & Heier (2001) e Colton (2000) descrevem vários períodos distintos na evolução da mensuração, que se confundem com a evolução da ciência da administração: 1850-1915; a Revolução Industrial e a administração científica; 1915-1935: burocracias e organizações; 1935-1960: recursos humanos, controle estatístico de processo, e expansão dos cuidados de saúde; 1960-1980: *status quo* e 1980 até os dias atuais para apresentar a qualidade da organização do cuidado.

Para Viacava *et al.* (2004) existem grandes diferenças nos modelos de gerenciamento do desempenho, instituídos pelos países, dependendo dos arranjos institucionais, do mix público/privado e do tipo de coordenação do sistema – controle gerencial público (Reino Unido, Canadá, Austrália) ou centrado em incentivos de mercado (EUA). De uma maneira geral, pode ser centralizado (Reino Unido), descentralizado (EUA), ou misto (Austrália, Canadá).

Alegam ainda que a participação do profissional médico nesses processos de avaliação e gerenciamento de desempenho é importante e presente em todos os sistemas e explicita a necessidade de lidar com as questões relativas ao monopólio profissional sobre a prática médica, à auto regulação e à dominância desse profissional no que concerne à avaliação da qualidade técnica da atenção.

Essas questões, o domínio exercido por estes profissionais em toda a sistemática de saúde e a dificuldade em geri-los, despertam a necessidade de aprofundamento e entendimento do comportamento médico, sua produtividade, principalmente no que concerne aos fatores motivadores e de satisfação no trabalho da categoria.

Deve-se ter cuidado ao utilizar medidas para avaliar o desempenho em saúde. Para Elias & Navarro (2006) algumas medidas de desempenho têm limitado o benefício clínico, medidas de desempenho são projetadas para melhorar a conformidade com as orientações, podendo-se dar prioridade igual a todas as medidas não priorizando o principal.

Possíveis deficiências nos processos de avaliação de desempenho na área de saúde, que podem vir a ameaçar a segurança do paciente, podem ser evitadas com a definição de alguns termos que são usados para categorizar comportamentos profissionais.

Para Leape & Fromson (2006), o Conselho de Acreditação para graduação Médica e o Conselho Americano de Especialidades Médicas tem organizado o conceito de competência em conjuntos de "competências", em áreas específicas, incluindo aqueles que se aplicam a todos os médicos e aqueles que são únicos para cada especialidade. Uma deficiência em qualquer destes domínios pode ser referida como uma “discompetência”, que é um conceito útil porque ninguém é totalmente incompetente. Fizeram ainda, levantamento dos programas de avaliação de desempenho americanos e estruturaram em sete condições comportamentais monitoradas nesses programas, quais sejam: dependência química, saúde mental, problemas de saúde, má conduta sexual e violação de limites, doença física, más práticas e litígios e gerenciamento do estresse.

Para Santana (1999) 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 ou 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 frequente.

Enfim, entendemos quanto difícil é avaliar o desempenho profissional ou a produtividade dos profissionais da saúde, já que não há entendimento teórico acerca do que mensurar especificamente.

Ficamos com a definição de Gurgel (2001) que defende que a produtividade é consequência, vem sempre depois. É resultante da produção de equipes capacitadas,

apaixonadas, de ferramentas apropriadas, de recursos, conhecimento, visão, tecnologia, gestão. Por isso essa variável foi colocada como uma variável dependente.

Observaremos neste estudo a correlação desta variável com as independentes: meios a disposição, aumento do conhecimento e condições de trabalho, podendo sofrer a interferência da variável moderadora tempo de serviço.

2.3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.3.1. Condições de Trabalho e Desempenho Profissional

Para Elias & Navarro (2006) o hospital, de maneira geral, é reconhecido como um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. Apontam-no como local privilegiado para o adoecimento. E alegam ainda que o caráter caritativo religioso das práticas hospitalares, mesmo no modo de produção capitalista, se mantém até os dias atuais, o que origina ambiguidade entre o assistencialismo gerado pelo espírito caritativo e as regras típicas da organização capitalista do trabalho.

A ideia de '*Trabalho seguro*' é de extrema importância no ambiente hospitalar. Pitta (1991) alega que além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos àqueles trabalhadores, tanto na esfera do trabalho quanto fora dela.

O ambiente hospitalar é um ambiente que apresenta aspectos muito específicos como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. (Elias & Navarro, 2006)

A necessidade de funcionamento diuturno, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si só, danificam suas integridades física e psíquica (Pitta, 1991)

Com relação ao profissional médico, muitos estudos têm sido desenvolvidos em termos da influencia do fator remuneração no desempenho, mas não há consenso nos fatores determinantes do comportamento do profissional, necessitando maior aprofundamento.

Para Conceição et al (2001) a literatura disponível identifica níveis apreciáveis de insatisfação profissional dos médicos de família relacionados com o salário, sistema inadequado de incentivos, mau ambiente de trabalho, pouca competência na gestão do centro de saúde e o pouco reconhecimento social dos médicos de família.

As instituições de saúde tem se deparado com situações em que os profissionais da categoria médica rejeitam qualquer forma de controle exógeno, estão insatisfeitos com os sistemas remuneratórios e anseiam por formas mais ‘liberais’ de pagamento por seu trabalho, não concordam com o vínculo empregatício a que se subordinam, desafiando constantemente a área de gestão do trabalho.

Gosden et al. (2001) afirmam que existem evidências de que o comportamento médico é influenciado pela forma como eles são pagos. As evidências sugerem que os médicos pagos por unidade de serviço/procedimento provêm maior quantidade de serviços de cuidados primários do que os médicos pagos por capitação ou salário.

No entanto, não há evidências sobre sua influência no *status* de saúde dos pacientes e nos resultados clínicos, não se podendo inferir que estas mudanças seriam benéficas para os pacientes.

Um trabalhador submetido a um elevado nível de tensão, uma forte sobrecarga de trabalho e a diversos sofrimentos físicos e psíquicos tem sua capacidade laborativa alterada. Provavelmente quanto melhor o investimento nas condições de trabalho, melhor o desempenho do profissional, assim apresentamos a primeira hipótese do presente estudo: .

H₁ - As condições de trabalho influenciam positivamente o desempenho do profissional médico;

2.3.2. Possibilidade de Aumento do Conhecimento e Desempenho Profissional

Gurgel (2001) afirma que o novo mundo do trabalho recoloca em evidência a importância do conhecimento e, por conseguinte, das pessoas, para o atingimento e manutenção do sucesso das organizações no mundo contemporâneo. Trazendo por novidade o fato que o recurso financeiro começar a ceder para o conhecimento o lugar que sempre ocupou como principal recurso estratégico das organizações.

Na complexidade das organizações as pessoas são os agentes de transformação. Através de sua interação tomam a decisão e realizam mudanças que interferem no sujeito e no coletivo em todas as dimensões.

Em meio século, o mundo organizacional se transformou, passando da era do capital para a era do conhecimento que privilegia o aprendizado, qualidade e produtividade. Compreende que a longevidade de uma organização depende do seu maior ou menor grau de aprendizagem e mudança e do empenho de cada um dos seus integrantes.

Ainda Gurgel (2001, p.145) cita um estudo da *American Manangement Association* que constatou que as organizações que aumentaram seus orçamentos de treinamento, sobretudo depois de anunciar demissões, tinham duas vezes mais probabilidade de apresentar melhores lucros e maior produtividade do que as empresas que não aumentaram essa verba. Aquelas que intensificaram o treinamento revelaram resultados impressionantes: 79% aumentaram seus lucros a longo prazo e 70% a produtividade

Focault (1979) declara que o médico, em seu trabalho, penetra em diferentes instâncias de poder e sua competência se baseia no conhecimento das doenças e dos doentes, no saber científico que permite sua intervenção.

Este saber científico permite, também, que os médicos mantenham uma certa autonomia em relação à organização, podendo haver conflito de interesses entre a atuação médica e os interesses da gestão. .

O médico provavelmente entende que a responsabilidade definida no seu papel exige também um correspondente poder e autoridade no desempenho de suas atividades, o que significa maior complexidade no relacionamento médico-hospital (Cecílio, 1997).

Sendo o hospital um espaço de promoção da saúde e cura, o médico pode passar a ser o principal responsável pela organização hospitalar (Vendemiatti, 2010)

Conceição et al (2001) alega que fatores como oportunidades de formação e trabalho em equipe aumentam a satisfação profissional

Assim apresentamos a hipótese abaixo, trazendo para a investigação tema de relevância para o mundo organizacional

H₂ – A possibilidade de aumento do conhecimento influencia positivamente o desempenho do profissional médico

2.3.3. Meios a disposição e Desempenho Profissional

Para Gurgel (2001) a produtividade exige a presença de pessoas, conhecimento, tecnologia, acrescida dos recursos financeiros.

Tradicionalmente, os modelos aplicados à saúde visam à organização formal do processo de trabalho de seus serviços, mediante a administração de recursos materiais, humanos e financeiros (Testa, 1993).

Como dito anteriormente, entendemos como meios à disposição do profissional hospitalar o parque tecnológico, os materiais (médico-cirúrgicos, químico-farmacêuticos, laboratoriais, expedientes, de manutenção entre outros), equipamentos e recursos humanos disponíveis na estrutura hospitalar para que o profissional médico desenvolva seu trabalho.

Na realidade brasileira, Pierantoni et al (2008) apresenta que estudos baseados em evidências apontam que a possibilidade de superação da dramática situação de saúde de uma parcela significativa da população está associada à disponibilidade de uma relação mínima de recursos humanos por número de habitantes. Estima-se que pelo menos 1,3 bilhão de pessoas estejam sem acesso aos cuidados médicos mais básicos.

Os hospitais públicos, provavelmente, devido à dificuldade de realização de concursos públicos, rigores legais para a contratação de servidores, e limitações orçamentárias e financeiras, entre outras, contam com poucos profissionais, distante dos parâmetros de dimensionamento de pessoal aceitos. Terminam contratando profissionais prestadores de serviços que por vezes não dispõem de qualquer segurança no emprego ou proteção social.

O setor público no Brasil é regido por uma Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101 de 04 de maio de 2000) que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, impõe limites as despesas com pessoal em função das receitas líquidas das administrações públicas, limitando o gasto a no máximo 60% da receita para os estados e os municípios e 50% da receita líquida na esfera federal, limitando a autonomia das instituições públicas na realização de processos

seletivos de pessoal conforme a necessidade do serviço, podendo este ser um dos fatores que levam a uma carência de pessoal nos serviços de saúde.

Gurgel (2001) expressa que as máquinas absorveram de forma crescente o trabalho humano, mas não libertaram o home do trabalho, nem mesmo lhe restituíram o tempo, contudo o fizeram alcançar resultados melhores.

Para Morin (2001) a incorporação de novas tecnologias, no setor saúde, não significa, economia da força de trabalho. Ao contrário, o setor é de trabalho intensivo. Não foi encontrado ainda nada que substitua o cuidado humano, imprescindível para a recuperação dos doentes.

Contudo, cabe aqui identificar se dispor de mais materiais, mais recursos humanos, mais tecnologias, ter um parque tecnológico mais amplo interfere no desempenho do profissional médico.

H₃ – Os meios a disposição influenciam positivamente o desempenho do profissional médico

2.3.4. Tempo de Serviço

O tempo de serviço traz aspectos relacionados a motivação, a meritocracia e adaptação às mudanças, assim como envelhecimento funcional à discussão.

Em se falando de meritocracia, para Barbosa (1996) o serviço público brasileiro, embora esteja aparelhado sob a forma de um sistema meritocrático, para o ingresso e mobilidade interna de seus funcionários, não possui uma ideologia de meritocracia.

Embora, no discurso, todos se coloquem como partidários do mérito, na prática, qualquer tentativa de implantá-la esbarra em um processo sistemático de desqualificação desse critério, seja quanto ao método de avaliação e os avaliadores inaptos para a tarefa, ou por terem os escolhidos méritos que, na verdade, não possuem, recebendo uma boa avaliação ou promoção por força de suas relações pessoais. Ainda para Barbosa (1996), o único valor com legitimidade para definir hierarquização, é a senioridade. E isso faz um extremo sentido. A senioridade está entranhada no código genético e, portanto, é um atributo ao alcance de todos.

A senioridade está atrelada ao tempo de serviço, trazendo então duas vertentes de análise para essa variável do ponto de vista do desempenho profissional. Se por um lado é bem aceito por todos na ideia da meritocracia que os mais experientes têm mais méritos e melhor desempenho profissional, por outro a questão do envelhecimento profissional traz uma série de preocupações e limitações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) citado por Bellusci & Fischer (1999) tem demonstrado preocupação com a questão do envelhecimento relacionado ao trabalho e reconhece que modificações nos vários sistemas do corpo humano levam a uma diminuição gradativa na eficácia de cada um deles, com diminuição na capacidade funcional dos indivíduos que pode gerar conflitos entre a capacidade funcional e as exigências do trabalho.

Com relação a necessidade de adaptação as mudanças há de se observar que processo de mudança faz parte da história do homem e de sua sociedade. Não fosse assim, o termo evolução não teria sentido. Entretanto, o processo não é de fácil adaptação, é que as mudanças trazem em seu bojo alterações de conceitos, inversão de valores, perdas e ganhos para diferentes pessoas, novas formas de vermos e atuarmos sobre as mesmas coisas.

As mudanças ocorridas em detrimento do rápido avanço tecnológico, criação de novos conceitos e máquinas trazem uma nova realidade para o trabalhador, diminuindo a oferta de

empregos e exigindo uma rápida metamorfose do conhecimento exigindo uma constante adaptação as novidades e quanto mais tempo de serviço mais resistência as mudanças.

Gurgel (2001) não afirma que a tecnologia apenas elimine empregos ou deixe de criar novos, o fato é que sua aplicação requer um aprendizado mais específico e aprimorado ao qual grande parte da população não tem acesso.

Cria-se, então, a classe dos excluídos pela tecnologia. As pessoas que desenvolviam atividades mais simples são as que mais sofrem pela falta de condições gerais de opções, e principalmente pelo seu desconhecimento quanto as formas de se beneficiarem dessas mudanças tecnológicas.

Assim, apresentamos a hipótese moderadora do presente estudo:

H₄ – É expectável que o tempo de serviço conduza a diferentes respostas no modelo

3.3. MODELO CONCEITUAL

Apresenta-se o modelo teórico construído, com base nas hipóteses de investigação traçadas e procederemos a sua descrição. O modelo é constituído por cinco variáveis e por quatro hipóteses de investigação.

O presente trabalho identifica como variáveis a serem analisadas:

- Variáveis independentes:
 - as condições de trabalho;
 - o aumento do conhecimento;
 - os meios a disposição desses profissionais.
- Variável dependente:

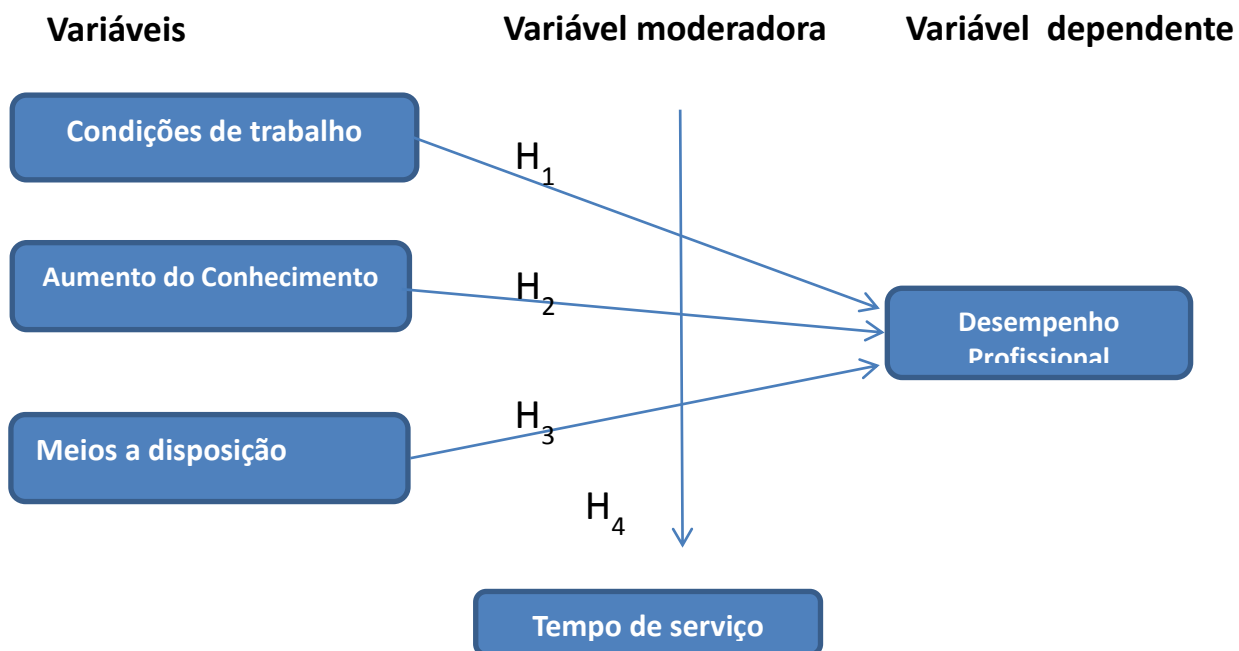
- desempenho profissional
- Variável moderadora:
 - tempo de serviço

E como hipóteses de investigação:

- H₁ - As condições de trabalho influenciam positivamente o desempenho do profissional médico;
- H₂ – A possibilidade de aumento do conhecimento influencia positivamente o desempenho do profissional médico
- H₃ – Os meios a disposição influenciam positivamente o desempenho do profissional médico
- H₄ – É expectável que o tempo de serviço conduza a diferentes respostas no modelo

O modelo apresenta a inter-relação entre as variáveis do estudo, trazendo como as variáveis independentes: condições de trabalho, aumento do conhecimento e meios a disposição, podem interferir na variável dependente: desempenho profissional, tendo como variável moderadora o tempo de serviço.

FIGURA 1.- MODELO CONCEITUAL DE INVESTIGAÇÃO COM RELAÇÕES HIPOTÉTICAS



3. METODOLOGIA

3.1. PROCEDIMENTOS E DESENHO DA PESQUISA

O presente estudo tem caráter descritivo, quanto ao nível de aprofundamento tendo em vista que investiga fatores condicionantes do desempenho dos profissionais médicos da Unidade de Emergência do Agreste Dr. Daniel Houly.

O plano de investigação para testar as nossas hipóteses baseou-se na revisão da literatura de cada uma das cinco dimensões do nosso modelo: as condições de trabalho; o aumento do conhecimento; os meios a disposição desses profissionais, o desempenho profissional e o tempo de serviço e a aplicação de questionários.

O estudo utiliza a técnica pesquisa-diagnóstico, para Diehl & Tatim (2006) este tipo pesquisa é utilizado quando se pretende realizar um diagnóstico interno ou do ambiente organizacional.

Durante os meses de março, abril e maio de 2014, reunimos dados de um questionário, preenchido por médicos, que aceitaram participar neste estudo. Cavusgil Zou (1994) acredita que os dados recolhidos através de entrevistas pessoais são mais abrangentes, precisas e confiáveis do que as que são efetuadas através de um levantamento por correio.

Neste sentido, foi desenvolvido em um hospital sob gestão estadual, totalmente público, estabelecido no município de Arapiraca, no estado de Alagoas, com atendimento às diversas classes sociais.

Atende prioritariamente as regiões Agreste e Sertão de Alagoas e estados vizinhos. Com uma demanda mensal de mais de 2000 atendimentos com referência em pacientes vítimas de trauma.

Inicialmente para o desenvolvimento do presente estudo, havia sido escolhido um estabelecimento hospitalar, de grande porte, com perfil de alta complexidade, com porta de entrada de emergência.

Contudo por dificuldade de acesso aos profissionais, imposto pela instituição hospitalar, optamos por um outro estabelecimento, desta vez, um de médio porte também com perfil de alta complexidade.

A pesquisadora é servidora do Estado e encontra maior facilidade em acesso aos profissionais dessa unidade além de que é a única unidade de emergência especializada para o atendimento de emergências em traumas do Estado, refletindo sua condição na geração de saúde do local. .

3.2. AMOSTRA, POPULAÇÃO E PARTICIPANTES.

No presente estudo a população alvo são os profissionais da categoria médica que compõem a força de trabalho da Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly, em exercício no hospital no ano de 2014, independente do vínculo empregatício, conforme quadro funcional da Secretaria de Estado da Saúde.

Tomado como base para definir os sujeitos da pesquisa os relatórios da força de trabalho disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde, área de recursos humanos. Segundo Alagoas (2014), esta unidade conta com um quadro de aproximadamente 800 servidores, 540 (quinhentos e quarenta) servidores efetivos (vínculo direto com o poder estadual) e 347 (trezentos e quarenta e sete) prestadores de serviço extra.

Extras são os prestadores de serviços contratados temporariamente para cobrir férias, ausências ou carência de servidores, o número oscila constantemente em função da variabilidade do fato gerador.

Foram identificados profissionais médicos das mais diversas especialidades, assim classificamos todos como a categoria médica do hospital. Essa categoria, segundo o relatório acima citado, foi composta por 76 servidores efetivos e 93 extras, no mês de março de 2014, totalizando 169 profissionais.

Lembrando que os prestadores “extras” estão no hospital para substituir efetivos ou suprir determinadas carências, não tendo os mesmos carga horária regular, optou-se por identificar como sujeitos da pesquisa profissionais da categoria médica que se encontravam laborando no hospital no período de 01 de abril a 31 de maio de 2014, período de aplicação do questionário.

Preferiu-se trabalhar por amostragem pelo menor custo, e menor tempo. Amostragem calculada de modo a permitir um erro amostral de 5% ($\alpha=0,05$), caracterizando um nível de confiança de 95%, com percentual máximo de 10%, lembrando que se trata de uma amostra de conveniência para um estudo exploratório, ficando os valores de confiança com menor importância. Para a concretização desta investigação foram inquiridos 78 (setenta e oito) profissionais médicos.

Quanto a forma de coleta de dados foi utilizado questionário que foi entregue em mãos a cada participante, aguardado o término do preenchimento e recolhido. A pesquisadora estava nas proximidades apenas para dirimir quaisquer dúvidas que por ventura surgissem.

3.3 MEDIDAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHIMENTO DE DADOS E VARIÁVEIS

O instrumento de pesquisa, um questionário, formulário auto-aplicado, contudo, muitos entrevistados, pela falta de tempo alegada, preferiram não preencher o questionário e sim responder a entrevista.

Em função das questões abordadas pelo instrumento e objetivando diminuir ao máximo possíveis resistências, manteve-se o anonimato do formulário, não sendo solicitado ao profissional que se identificasse.

As questões, em sua grande maioria, foram medidas em escala de Likert de 1 a 5, onde: 1- discordo plenamente, 2- discordo parcialmente, 3- não concordo nem discordo, 4- concordo parcialmente, 5- concordo plenamente.

Nos meios a disposição utilizamos a escala de 1 a 5, onde: 1- insuficiente, 2- pouco suficiente, 3- nem suficiente nem insuficiente, 4- suficiente e 5- muito suficiente.

O questionário foi organizado em quatro blocos de questão. O primeiro bloco buscou identificar o perfil do profissional. Sendo identificado neste bloco o tempo de serviço, a formação profissional além de sexo, idade, grau de instrução entre outros, mantido o anonimato, como anteriormente expressado.

O segundo buscou identificar a influencia do aumento do conhecimento no desempenho profissional, estando este atrelado a características, conteúdo do trabalho, possibilidade de ampliação do conhecimento tanto por cursos quanto por ações cotidianas além das aprendizagem contínua e expectativas e demandas.

O terceiro meios a disposição do profissional na unidade em estudo e sua percepção acerca da influência dos mesmos no seu desempenho, medidos através da escala supracitada.

O quarto e último bloco investigou condições de trabalho, estando em questionamento a influencia do suporte social, autonomia do trabalho, remuneração e segurança no emprego, no desempenho profissional.

O segundo bloco e parte do terceiro que trata das condições de trabalho foram baseados no *Job Content Questionnaire* (JCQ) modificado. A versão do JCQ em português inclui 41 questões: 17 a respeito do controle sobre o trabalho (6 sobre habilidades e 11 sobre poder de decisão), 13 perguntas sobre demandas psicológicas (8) e físicas (5), e 11 perguntas sobre suporte social. Contudo, não utilizamos todo o questionário e não estamos buscando a validação do mesmo, apenas o utilizamos como base para construirmos presente questionário. Nas condições de trabalho ainda incluímos remuneração e segurança no emprego.

O JCQ tem sido usado em vários países (Cheng, 2003, Kawakami, et al, 1995, Niedhammer, 2002) especialmente nos Estados Unidos, Canadá, Europa, Japão e Coréia do Sul. Estudos de validação do JCQ indicam bom desempenho deste instrumento. Resultados obtidos em estudos brasileiros que utilizaram o JCQ (Delcor et al., 2004) têm mostrado consistência com resultados obtidos em outros países revelando que o instrumento apresenta bom desempenho na identificação e classificação de diferentes situações de trabalho.

3.4. PROCEDIMENTOS DE ANALISE DE DADOS.

Numa última fase procedeu-se a codificação da base de dados no programa informativo de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), trabalhados com métodos de estatística descritiva com frequências e cruzamentos, e validados com correlações e regressão.

Os resultados obtidos no estudo serão divulgados no Hospital estudado e na Secretaria de Estado da Saúde no sentido de maximizar as informações sobre a gestão do trabalho na medicina bem como contribuir com a consolidação da Política de Gestão do Trabalho em Saúde.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados foram analisados em três etapas, primeiramente foi realizado um levantamento do perfil dos entrevistados, em seguida foi verificada a confiabilidade dos dados e em seguida a validação das hipóteses.

4.1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Na caracterização do perfil dos entrevistados, para melhor visualização e compreensão, os resultados estão apresentados em tabelas, de acordo com as características do profissional e do trabalho. A tabulação dos dados e todas as análises estatísticas foram realizadas com o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

A caracterização do perfil dos entrevistados foi baseada nas respostas obtidas através dos questionários aplicados (Bloco I). A pesquisa foi composta por 78 entrevistados, sendo todos os valores válidos verificou-se que 33,3% dos profissionais possuíam idade entre 31 e 40 anos, e quase a mesma porcentagem de entrevistados com idade entre 41 e 50 anos (32,1%), como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Idade dos entrevistados.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido de 21 a 30 anos	6	7,7	7,7	7,7
de 31 a 40 anos	26	33,3	33,3	41,0
de 41 a 50 anos	25	32,1	32,1	73,1
de 51 a 60 anos	9	11,5	11,5	84,6
de 61 a 70 anos	12	15,4	15,4	100,0
Total	78	100,0	100,0	

A partir dos resultados obtidos com a aplicação do questionários, pôde-se concluir que 65,4 % dos entrevistados têm idade compreendida entre 31 e 50 anos, e a menor parcela (7,7%) entre profissionais com idade entre 21 e 30 anos.

Em relação ao sexo, a maioria dos entrevistados foi do sexo masculino (60,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Sexo dos entrevistados.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido masculino	47	60,3	60,3	60,3
feminino	31	39,7	39,7	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Ao analisar a formação dos profissionais da medicina pesquisados, constatou-se que a maioria possui residência (57,7 %), seguidos por especialização (30,8%), e apenas 11,5 % dos pesquisados possui somente graduação como última formação (Tabela 3).

Tabela 3 – Formação dos entrevistados.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Graduação	9	11,5	11,5	11,5
Residência	45	57,7	57,7	69,2
Especialização	24	30,8	30,8	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Quanto ao tempo de formado (última formação), a maioria dos entrevistados (33,3%) apresenta entre 11 e 20 anos de formados, tomando-se como base o momento de realização da pesquisa (Tabela 4).

Tabela 4 - Tempo de Formado (última formação).

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido menos de 05 anos	11	14,1	14,1	14,1
de 06 a 10 anos	20	25,6	25,6	39,7
de 11 a 20 anos	26	33,3	33,3	73,1
mais de 20 anos	21	26,9	26,9	100,0
Total	78	100,0	100,0	

No que se diz respeito ao vínculo com o hospital, 59,0% dos entrevistados pertence ao vínculo estatutário, (Tabela 5) e a menor parcela (1,3%) são terceirizados.

Quanto as formas de contratação, vínculo com o hospital, entende-se, por estatutário aquele que fez concurso público para ingressar no serviço público brasileiro e é regido pelo regime jurídico único do serviço público. Prestador de serviço é o profissional contratado temporariamente para cobrir carências, afastamentos de servidores e outros. Cooperados são os profissionais contratados através de cooperativa de serviços médicos e terceirizados são profissionais contratados através de empresas terceirizadas.

Tabela 5 - Vínculo com o hospital

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Estatutário	46	59,0	59,0	59,0
prestador de serviço	28	35,9	35,9	94,9
cooperado	3	3,8	3,8	98,7
terceirizado	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Para o tempo de serviço no hospital há um empate entre 06 a 10 anos e 11 a 20 anos, com 35,9% para cada um (Tabela 6), e apenas 2,6 % dos entrevistados têm tempo de atuação no hospital entre 21 e 30 anos.

Tabela 6 - Tempo de serviço no hospital

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido menos de 05 anos	20	25,6	25,6	25,6
de 06 a 10 anos	28	35,9	35,9	61,5
de 11 a 20 anos	28	35,9	35,9	97,4
de 21 a 30 anos	2	2,6	2,6	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Já para o tempo de serviço na medicina, a maioria exerce a profissão há mais de 11 anos, exercendo entre 11 e 20 anos aproximadamente 51% dos entrevistados. (Tabela 7).

Tabela 7 - Tempo de serviço na medicina

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido menos de 05 anos	20	25,64	17,9487	25,64
de 06 a 10 anos	18	23,08	25,641	48,72
de 11 a 20 anos	32	41,03	48,7179	89,74
de 21 a 30 anos	8	10,26	7,69231	100,00
Total	78	100,00	100	

Se tratando da carga horária semanal no hospital, 56,4 % dos entrevistados têm carga semanal de 24 horas, e há o mesmo número de profissionais que atuam 40 e 72 horas semanais (Tabela 8 e Figura 8). Apenas 12,8 % dos profissionais médicos têm mais de 72 horas semanais no hospital.

Tabela 8 - Carga horária semanal no hospital

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 24h	44	56,4	56,4	56,4
40h	12	15,4	15,4	71,8
72h	12	15,4	15,4	87,2
mais de 72h	10	12,8	12,8	100,0
Total	78	100,0	100,0	

De carga horária semanal de trabalho, a maioria (37,2 %) dos entrevistados trabalha 72 horas semanais (Tabela 9 e Figura 9). Apenas 2,6% dos entrevistados têm carga horária de 24 horas semanais, e 14,1% têm mais de 96 horas semanais de trabalho.

Lembrando que a carga horária de trabalho formal semanal permitida no Brasil é de 44 horas semanais para diaristas, vê-se que o profissional médico extrapola sua carga de trabalho, provavelmente pela sua carga horária ser distribuída em plantões

Tabela 9 - Carga horaria semanal de trabalho

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 24h	2	2,6	2,6	2,6
48h	22	28,2	28,2	30,8
72h	29	37,2	37,2	67,9
96h	14	17,9	17,9	85,9
mais de 96h	11	14,1	14,1	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Por último, é apresentada a resposta dos entrevistados no que se refere ao tempo para a família. A maioria, 35,9 %, tem 2 dias semanais disponibilizados à família (Tabela 10), e a minoria (14,1%) têm 4 dias semanais disponibilizados à família.

Tabela 10 - Tempo para a família.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1 dia	15	19,2	19,2	19,2
2 dias	28	35,9	35,9	55,1
3 dias	24	30,8	30,8	85,9
4 dias	11	14,1	14,1	100,0
Total	78	100,0	100,0	

4.2. CONFIABILIDADE DOS DADOS

Para a validação das hipóteses lançadas foram utilizadas correlações e regressões lineares entre as variáveis.

Primeiramente, antes da validação das hipóteses, é importante verificar a confiança dos dados coletados para o desenvolvimento da pesquisa.

Análise da confiabilidade dos dados permite analisar as escalas de mensuração e também fornece informação sobre as relações entre os itens individuais em uma determinada escala. Assim, utilizando-se a análise de confiabilidade podemos determinar a extensão em que os itens estão relacionados com os demais.

Para a pesquisa foi utilizado o Alfa de Cronbach, que é um modelo de confiabilidade interna baseada na correlação média entre os itens, e está presente em diversos trabalhos científicos. A ideia principal da medida de consistência interna é que os itens ou indicadores individuais de cada escala devem medir o mesmo constructo e, assim, ser altamente inter correlacionados (Hair et. al, 1998).

O Alfa de Cronbach pode ser calculado pela seguinte fórmula:

$$\alpha = \frac{k ((cov/var))}{1+(k-1)(cov/var)} \quad \text{(Equação 01)}$$

K = Número de variáveis consideradas

Cov = média das covariâncias

Var = médias das variâncias

O valor assumido pelo Alfa está entre 0 e 1, e quanto mais próximo de 1 estiver seu valor, maior a fidedignidade das dimensões do constructo.

O Alfa de Cronbach para cada grupo de variáveis que representa o item de motivação do trabalho foi de 0,625. Alguns autores admitem o valor mínimo do Alfa para aceitação em pesquisas exploratório de 0,6. Já para pesquisas o valor mínimo ideal de Alfa deve ser 0,7, e para pesquisas aplicadas o valor mínimo ideal deve ser 0,9.

Para o cálculo dos alfas foi utilizada a função *Analisar/Escala/Análise de Confiabilidade* com o método *Alfa* no *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

Foi analisado cada grupo de variáveis, e os valores do alfa de Cronbach estão apresentados nas tabelas que seguem (Tabelas 11, 12, 13, 14, 15, 16).

O Bloco II estava relacionado a variável Aumento do Conhecimento, o Bloco III a variável Meios a disposição e o Bloco IV a variável Condições de Trabalho.

4.2.1. Bloco II - Aumento do Conhecimento

Tabela 11 – Alfa de Cronbach para o grupo MOTIVA O MEU TRABALHO.

MOTIVA O MEU TRABALHO	Alfa de Cronbach
Trabalhar no ambiente hospitalar	0,625
Oportunidade para contatos sociais	
Possibilita sentir segurança	
Proporciona resultados significantes	
Permite que você trabalhe independentemente	
Trabalho repetitivo (automático)	
Trabalho significativo (que necessita de raciocínio)	
Ter alguém que precisa dos seus serviços	
Oportunidades de trabalho mais qualificado na instituição	
Reconhecimento da equipe	
Reconhecimento dos clientes	

Tabela 12 - Alfa de Cronbach para o grupo APRENDIZAGEM CONTÍNUA.

APRENDIZAGEM CONTÍNUA	Alfa de Cronbach
O trabalho permite tomar iniciativa e fazer proposições	0,862
O trabalho estimula melhorias pessoais	
A concorrência estimula o investimento no aumento do conhecimento	
O trabalho permite que sinta orgulho	
O trabalho permite que use suas habilidades e conhecimentos	
O trabalho permite continuar aprendendo novas coisas	
O hospital ofertar cursos	
São vivenciadas situações de aprendizagem e crescimento na atividade laborativa	

Tabela 13 - Alfa de Cronbach para o grupo EXPECTATIVAS E DEMANDAS.

EXPECTATIVAS E DEMANDAS	Alfa de Cronbach
Trabalho ser uma rotina e você sabe o que é esperado de você	0,748
Trabalho ser complicado pelas altas expectativas dos colegas de trabalho	
Trabalho ser complicado pelas altas expectativas do cliente e de seus familiares	
Trabalho ser complicado pelas diferentes opiniões dos superiores	
Trabalho ser complicado pela falta de clareza nas regras e instruções insuficientes	
Alfa de Cronbach geral	0,791

No BLOCO II, os valores de alfa encontrados mostram que as escalas utilizadas para analisar os grupos MOTIVA O MEU TRABALHO, APRENDIZAGEM CONTÍNUA e EXPECTATIVAS e DEMANDAS são confiáveis para a pesquisa.

O Alfa de Cronbach para o BLOCO II com o um todo foi 0,791, e assim pode-se confiar na escala utilizada para representar a variável independente Aumento do Conhecimento.

4.2.2. Bloco III - Meios a Disposição

Os valores dos alfas para o BLOCO III estão apresentados na tabela 14 que trata da percepção dos profissionais acerca dos meios disponíveis no hospital e na tabela 15 que retrata a percepção dos profissionais acerca da interferência dos meios a disposição em seu desempenho.

Tabela 14 - Alfa de Cronbach para o grupo INTERFEREM NO MEU

TRABALHO I.

INTERFEREM NO MEU TRABALHO	Alfa de Cronbach
Parque Tecnológico equipamentos do hospital)	0,890
Materiais (Médico-cirúrgicos, químico-farmacêuticos, laboratoriais, expediente, manutenção etc.)	
Estrutura física	
Recursos humanos	

Tabela 15 - Alfa de Cronbach para o grupo INTERFEREM NO MEU

TRABALHO II.

INTERFEREM NO MEU TRABALHO	Alfa de Cronbach
Parque Tecnológico equipamentos do hospital)	0,935
Materiais (Médico-cirúrgicos, químico-farmacêuticos, laboratoriais, expediente, manutenção etc.)	
Estrutura física	
Recursos humanos	

Alfa de Cronbach geral	0,890
-------------------------------	-------

Para o BLOCO III, as escalas, de acordo com alfas calculados, também são confiáveis. Para o bloco com um todo, o alfa calculado foi 0,890, e pode-se concluir que a escala é confiável para representar a variável independente Meios à Disposição.

4.2.3. Bloco IV – Condições de Trabalho

Os valores dos alfas para o BLOCO IV estão apresentados na tabela 16.

Tabela 16 - Alfa de Cronbach para o grupo BLOCO IV.

DEMANDA PSICOLÓGICA	Alfa de Cronbach
Trabalho exigir longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa	0,887
Realizar um volume excessivo de trabalho	
Trabalho realizado sob ritmo acelerado	
Tarefas muitas vezes são interrompidas antes que você possa concluí-las, adiando a sua conclusão.	
SUPORTE SOCIAL	Alfa de Cronbach
A Falta preocupação do coordenador com o bem-estar da sua equipe de trabalho	0,833
Seu grupo de trabalho ou unidade não toma decisões democraticamente	
Falta de interesses das pessoas com quem você trabalha por você	
Há hostilidades e conflitos com as pessoas do trabalho	
AUTONOMIA DO TRABALHO	Alfa de Cronbach
As suas ideias sempre são aproveitadas	0,849
Possibilidade de escolher técnicas diferentes para alcançar melhores resultados	
Possibilidade de dar intervalos no trabalho dentro das suas necessidades	
Possibilidade de tirar dúvidas e discutir casos com os colegas de trabalho	
REMUNERAÇÃO	Alfa de Cronbach
Receber um valor justo pelo que desempenho	
A forma de pagamento estimula melhor desempenho	
O que recebo permite que garanta minhas despesas básicas	
Poderiam ser empregadas outras formas de remuneração	

O cumprimento dos direitos trabalhistas é mais importante que o valor recebido.	0,537
Prefiro receber por minha produção do que um valor fixo mensal.	
Prefiro receber um valor diferenciado mesmo que não tenha direitos e segurança de trabalho	
SEGURANÇA NO EMPREGO	Alfa de Cronbach
Realizar exames médicos periódicos	0,818
Garantir direitos trabalhistas	
Garantir direitos previdenciários	
Ambiente de trabalho pacífico	
Ambiente de trabalho sofrendo ameaças externas	
Estrutura física confiável	

Alfa de Cronbach geral	0,836
-------------------------------	-------

Para o BLOCO IV, o alfa para o grupo REMUNERAÇÃO foi abaixo de 0,6, e assim a escala utilizada para este grupo não é confiável. Porém, o alfa para o bloco com um todo foi de 0,836, e como o objetivo principal é analisar a variável independente Condições de Trabalho, a escala é confiável para tal fim.

4.3. VALIDAÇÃO DAS HIPÓTESES: CORRELAÇÕES E REGRESSÕES LINEARES.

As correlações e Regressões lineares para a validação das hipóteses também foram calculadas no *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) através das funções *Analisar/Correlacionar/Bivariáveis/* e *Analisar/Regressão/Linear*, respectivamente.

Foram calculados os coeficientes de correlação linear (*Pearson (r)*), R^2 e R^2_{ajustado} para a correlação e regressão entre todas as variáveis independentes no nível de significância

estatística de $p < 0,001$. Os valores para os coeficientes de Pearson e para os coeficientes da regressão linear estão apresentados nas Tabela 17 e 18.

Tabela 17 – Coeficientes de correlação linear (Pearson) para as variáveis.

Correlações Lineares	Aumento do conhecimento	Meios à disposição	Condições de trabalho	Desempenho profissional
Aumento do conhecimento	-----			
Meios à disposição	0,384**	-----		
Condições de trabalho	0,423**	0,466**	-----	
Desempenho profissional	0,814**	0,715**	0,814**	-----

** correlações significativas $p < 0,001$

Tabela 18 – Coeficientes de regressão linear para as variáveis que serão utilizadas na validação das hipóteses.

Regressões Lineares	Aumento do conhecimento	Meios à disposição	Condições de trabalho	Desempenho profissional
Aumento do conhecimento	-----			
Meios à disposição	-----	-----		
Condições de trabalho	-----	-----	-----	
Desempenho profissional	$R^2 = 0,663$ $R^2_{\text{ajustado}} = 0,659$	$R^2 = 0,512$ $R^2_{\text{ajustado}} = 0,505$	$R^2 = 0,662$ $R^2_{\text{ajustado}} = 0,658$	-----

Com esses valores partiu-se para a etapa de validação das hipóteses.

4.3.1. Validação da Hipótese 1

Hipótese 1 - As condições de trabalho influenciam positivamente o desempenho do profissional médico.

Analisando o valor do coeficiente de correlação linear (Pearson) para as variáveis condições de trabalho e desempenho profissional na Tabela 17 ($r = 0,814$), verifica-se que a variável Condições de Trabalho correlaciona-se forte e positivamente com o desempenho profissional, ou seja, as condições de trabalho influenciam positivamente o desempenho do profissional médico, e assim pode-se concluir que a hipótese H1 é verdadeira.

A regressão linear entre as duas variáveis permite avaliar o grau de influência das Condições de Trabalho no Desempenho Profissional. Através do modelo gerado obteve-se para o R^2 o valor de 0,662, e para o R^2 ajustado, 0,658, explicando 65% da variância, ou seja, as Condições de Trabalho contribui em bastante para o desempenho profissional.

4.3.2. Validação da Hipótese 2

Hipótese 2 - A possibilidade de aumento do conhecimento influencia positivamente o desempenho do profissional médico.

Para a validação desta hipótese analisa-se o coeficiente de correlação linear (Pearson) para as variáveis condições de trabalho e desempenho profissional. De acordo com os resultados encontrados, o aumento do conhecimento de relaciona muito fortemente e positivamente com o desempenho profissional, logo, verifica-se que a hipótese H2 é verdadeira ($r = 0,814$, $p < 0,01$).

Os coeficientes obtidos com a regressão linear (método Inserir) entre as duas variáveis permitiu avaliar quanto o Aumento do Conhecimento influi no Desempenho Profissional. Através do modelo gerado obteve-se para o R^2 o valor de 0,663, e para o R^2 ajustado, 0,659, explicando 66% da variância. A partir desses valores pode-se concluir que o aumento do conhecimento contribui bastante para o desempenho profissional dos profissionais da medicina.

4.3.3. Validação da Hipótese 3

Hipótese 3 – Os meios a disposição influenciam positivamente o desempenho do profissional médico.

coeficiente de correlação linear (Pearson) para as variáveis Meios à Disposição e Desempenho Profissional ($r = 0,715$, $p < 0,01$) prova que os meios à disposição estão fortemente e positivamente correlacionados com desempenho profissional dos profissionais da medicina. Logo, verifica-se que a hipótese H3 é verdadeira. A regressão linear entre as duas variáveis forneceu os valores de 0,512 para o R^2 , e para o R^2 ajustado, 0,505. Então, pode-se concluir que os meios à disposição influenciam positivamente o desempenho do profissional médico, corroborando mais uma vez para a aceitação da hipótese lançada.

4.3.4. Validação da Hipótese 4

H₄ – É expectável que o tempo de serviço conduza a diferentes respostas no modelo

Para a validação desta hipótese foram consideradas as variáveis tempo de serviço no hospital e tempo de serviço na medicina. Foi definido 10 anos para a variável tempo de serviço no hospital, e para tempo de serviço na medicina, os que tem mais de 10 anos e os que tem menos de 10 anos de serviço. Definidos esses valores, duas novas bases de dados foram construídas, sendo uma para valores menores e outra para valores maiores que o da variável moderadora. Feita a divisão, as hipóteses anteriores foram novamente testadas, para ver se os resultados apresentavam diferença estatisticamente significativa, se sim, a variável moderadora e a hipótese em questão não poderia ser rejeitada. Porém, antes foi feito o cruzamento das variáveis moderadoras com a variável desempenho profissional utilizando a função *tabelas de referências cruzadas* do SPSS com o intuito de avaliar a relação bivariada entre elas. O método escolhido para essa análise foi o método do Qui-quadrado, que permitiu realizar um teste de independência entre as variáveis, e a partir dos resultados concluir que as variáveis incluídas no estudo, não estão relacionadas, e não são dependentes uma da outra, veja-se.

4.3.1.1. Variável moderadora tempo de serviço no hospital

Analisando a variável tempo de serviço no hospital, temos as seguintes frequências:

Tabela 19 – Variável tempo de serviço no hospital.

	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Válido				
menos de 05 anos	20	25,6	25,6	25,6
de 06 a 10 anos	28	35,9	35,9	61,5
de 11 a 20 anos	28	35,9	35,9	97,4
de 21 a 30 anos	2	2,6	2,6	100,0
Total	78	100,0	100,0	

De acordo com a coluna das frequências, tem-se que 61,5% dos entrevistados apresenta tempo de serviço no hospital inferior a 10 anos e 38,5% apresenta tempo de serviço superior a 10 anos.

Aplicando o Teste Qui-quadrado (tabela 20) o valor de p foi de **0,580**, que é muito superior ao alfa adotado (0,05), o que permite aceitar a hipótese nula do teste, ou seja, as variáveis não estão relacionadas e não apresentam relação de dependência.

Tabela 20 – Teste Qui-quadrado para as variáveis tempo de serviço no hospital e desempenho profissional.

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	163,669 ^a	168	,580
Likelihood Ratio	140,513	168	,940
Linear-by-Linear Association	1,325	1	,250
N of Valid Cases	74		

Foi feita ainda uma correlação entre as variáveis, obtendo-se o coeficiente de correlação linear no valor de **0,130** sem significância estatística, confirmando a falta de correlação entre as variáveis.

2.4.2. Variável moderadora tempo de serviço na medicina.

A Tabela 21 mostra as frequências para a variável tempo de serviço na medicina.

Tabela 21 – Variável tempo de serviço na medicina.

	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Válid o				
menos de 05 anos	14	17,9	17,9	17,9
de 06 a 10 anos	40	51,3	51,3	69,2
de 11 a 20 anos	18	23,1	23,1	92,3
de 21 a 30 anos	6	7,7	7,7	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Para a variável moderadora tempo de serviço na medicina, 69,2% dos entrevistados têm menos de 10 anos (valor definido para a variável) de serviço na área médica, e 30,8% têm mais de 2 anos de atuação na medicina.

O teste Qui-quadrado (Tabela 22) para o cruzamento das variáveis obteve o valor de 0,508 para o valor de p, que também é maior que o valor de alfa, e da mesma forma que para a variável anteriormente analisada, uma relação de dependência entre elas não é verificada.

Tabela 22 – Teste Qui-quadrado para as variáveis tempo de serviço na medicina e desempenho profissional.

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	166,950 ^a	168	,508
Likelihood Ratio	146,685	168	,881

Linear-by-Linear Association	,033	1	,855
N of Valid Cases	74		

Para a correlação linear, o valor de coeficiente foi de 0,21 sem significância estatística, o que confirma mais uma vez a falta de correlação entre as variáveis.

Como não há correlação entre as variáveis não foi necessário o prosseguimento da análise dos dados, pois, pode-se concluir que pela falta de correlação e pela independência provada, as variáveis tempo de serviço no hospital e tempo de serviço na medicina não moderam a variável desempenho profissional, o que leva à conclusão de que não importa o tempo de serviço no hospital ou na medicina, as condições de trabalho, a possibilidade do aumento de conhecimento, e os meios à disposição vão influenciar positivamente o desempenho dos profissionais que possuem pouco ou muito tempo de serviço, seja no hospital ou na medicina.

5. CONCLUSÕES

Vamos apresentar as conclusões retiradas deste estudo, explicitando os seus contributos para a ciência da gestão, suas principais limitações e sugestões para futuras investigações.

O campo de estudo sobre Gestão do Trabalho apresenta elevado potencial de desenvolvimento de trabalho.

Esse estudo, teve como principal objetivo a tentativa de identificar fatores condicionantes do trabalho na medicina a partir da percepção dos profissionais médicos. Assim, através de um modelo teórico previamente delineado, explicamos que as Condições de Trabalho, os Meios a Disposição e a Possibilidade de Aumento do Conhecimento influenciam bastante no Desempenho Profissional. Por outro lado, o tempo de serviço não interfere no modelo. Não importa o tempo de serviço no hospital ou na medicina, as condições de trabalho, a possibilidade do aumento de conhecimento, e os meios à disposição vão influenciar positivamente o desempenho dos profissionais..

Uma unidade de saúde necessita de estar permanentemente informada e acompanhando seu trabalhador, as condições de trabalho a que estão submetidos e as possibilidade de desenvolvimento do conhecimento e tecnologias e materiais que a instituição está oferecendo, já que têm forte interferência no desempenho do mesmo

5.1. DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A TEORIA

Neste estudo, pretendeu-se contribuir para a Gestão do Trabalho do profissional de grande importância para o processo de trabalho em saúde e para a geração de saúde da população, o profissional médico.

Os estudos de Braverman (1981) contribuem para o entendimento do processo de trabalho em saúde como parte do setor de serviços com o qual tem identidade, mas também tem especificidades que estimulam estudos em profundidade.

Como setor de serviços exige atenção para os profissionais prestadores dos serviços que oferta. No campo teórico, busca-se entender os fatores motivadores e de satisfação destes trabalhadores assim como definição de produtividade no campo da saúde.

A motivação e a satisfação no trabalho são fenômenos amplamente estudados em virtude da influência que os mesmos podem exercer sobre o trabalhador e sobre a organização e suas práticas (Cura, 1994; Martinez, 2002; Zalewska, 1999). Assim como no desempenho organizacional, na área da saúde o desempenho reflete também na prevenção de doenças, no acesso da população aos serviços de saúde e no trabalho curativo das doenças.

Ainda não há consenso sobre conceitos nem sobre teorias ou modelos teóricos de motivação e satisfação no trabalho. Além disso, diferentes conceitos e definições para o mesmo tema têm gerado dificuldades e até mesmo falhas metodológicas em estudos sobre o tema (Cura, 1994; Pérez-Ramos, 1980).

Os resultados por nós obtidos apontam para uma influência significativa, e que sugere a importância das Condições de Trabalho para o Desempenho do Profissional. Assim, as empresas de saúde deverão levar em linha de conta, que as condições de trabalho melhoram o desempenho do médico.

Entendendo desempenho como comportamento no trabalho para o qual concorrem, entre outros, fatores como competências técnicas e relacionais e as motivações de cada um.

Para Bellusci et al (1999) as exigências e os fatores de estresse no trabalho precisam estar equilibrados com a capacidade dos trabalhadores para que eles não envelheçam funcionalmente. Há necessidade de uma avaliação contínua dos agentes que desencadeiam sintomas, lesões e doenças e das melhorias das condições de trabalho, procurando soluções para incrementar o equilíbrio da relação entre capacidade e demandas do trabalho.

Por outro lado, no presente estudo uma empresa que investe na possibilidade de aumento do conhecimento, tem maiores probabilidades de alcançar um melhor desempenho de seus colaboradores.

Em relação ao investimento no parque tecnológico e na logística e administração dos materiais, em qualidade e quantidade, que disponibiliza para os profissionais desempenharem suas atribuições, faz muita diferença. A empresa precisa fazer constantes pesquisas de satisfação dos colaboradores, estar atenta e detectar rapidamente as mudanças nas preferências e necessidades dos profissionais.

5.2. IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO

Os resultados desta investigação detêm implicações importantes para os gestores da área da saúde. As implicações do nosso estudo para a ciência da gestão do trabalho é relevante para os gestores que querem formular e implementar estratégias que permitirão o desenvolvimento de mecanismos de estímulos e avaliação de desempenho mais adequados.

Identificar a influência dos fatores como condições de trabalho, estando aí incluídos a remuneração, segurança no emprego, trabalho seguro, e autonomia do trabalho; os meios a

disposição, e a possibilidade de aumento do conhecimento no desempenho do profissional médico é um contributo para as discussões da gestão do trabalho.

O presente trabalho de identificação dos fatores condicionantes do trabalho da categoria médica, é útil para a minimização dos problemas da área de forma a contribuir para a discussão do tema da gestão do trabalho na medicina e subsidiar na discussão de uma proposta de política de gestão do trabalho.

No campo das práticas do trabalho encontram-se muitas dificuldades atreladas ao comportamento dos trabalhadores. Melhor conhecimento do processo de trabalho em saúde e dos seus fatores intervenientes, da importância dos investimentos das condições de trabalho e tecnologias e meios disponíveis, permitem o desenvolvimento de mecanismos de estímulos e avaliação de desempenho mais adequados.

O equacionamento da demanda de aprendizagem contínua pede a 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.

As informações geradas permitem as empresas da área da saúde criar estratégias flexíveis para coordenar e redirecionar recursos, conseguindo otimizar a capacidade funcional e a saúde de trabalhadores. É enfatizada a necessidade de flexibilização das tarefas e a identificação de requisitos específicos para promover a saúde na população de trabalhadores

Ao mesmo tempo promover eficiência econômica e produtiva para garantir que a habilidade e experiência profissional sejam totalmente utilizadas.

Identificar fatores que levam a um melhor desempenho da categoria médica, como investimento em condições de trabalho, meios a disposição e possibilidade de aumento do conhecimento podem minimizar os conflitos existentes, apontar práticas de gestão adequadas, refletir ampliação do acesso e condições de saúde das pessoas.

Bem como possibilita contribuir com a consolidação da Política de Gestão do Trabalho em Saúde.

Para Pietantoni *et al.* (2006) o cenário internacional aponta uma série de desafios no que se refere às questões de gestão do trabalho na saúde com destaque para a baixa remuneração e a motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, baixa capacidade de preparação e fixação dos profissionais, além de desempenho insatisfatórios dos mesmos.

É preciso ver a organização através de metáforas positivas: uma empresa viva com capacidade de adaptação, caráter e identidade e suas relações com pessoas e instituições.

5.3. LIMITAÇÕES E FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Muitas são as limitações identificadas nos trabalhos de pesquisa, sejam teóricas, sejam nos aspectos metodológicos. Esperamos que as limitações identificadas neste estudo possam servir de estímulo para o desenvolvimento de futuras investigações.

Uma das limitações deste estudo é, o fato de este ter sido realizado somente a nível regional, no contexto hospitalar de uma unidade de emergência do agreste Alagoano, estado localizado na região Nordeste do país, região que difere dos índices nacionais de desenvolvimento, industrialização, emprego e economia.

Além disso, uma amostra maior poderá reforçar a confiança dos dados, lembrando que a amostra aqui utilizada se trata de uma amostra de conveniência para um estudo exploratório.

Estudos futuros podem também, testar o modelo teórico proposto alargando a outras regiões, já que o Brasil é um país continental de culturas e costumes tão dispares entre as

regiões, ou mesmo outros países, com o intuito de verificar se os resultados por nós obtidos se mantêm, aumentam ou diminuem, o que servirá para comprovar a pertinência do modelo.

Esta dissertação procurou dar um contributo para os estabelecimentos de saúde do conceito da gestão do trabalho na medicina e dos fatores que interferem no desempenho do profissional médico.

Recorrendo a uma metodologia do tipo descritiva quantitativa e com o auxílio dos dados fornecidos pelos profissionais médicos entrevistados, conseguimos corroborar as nossas hipóteses de investigação e demonstrar que os fatores aumento do conhecimento, meios a disposição e condições de trabalho interferem positivamente no desempenho dos profissionais médicos, contudo a variável moderadora tempo de serviço não trouxe interferência relevante no mesmo.

BIBLIOGRAFIA

- ALAGOAS, Secretaria de Estado da Saude.(2014) Coordenadoria Setorial de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas. *Demonstrativo de Pessoal da Unidade DANIEL HOULY (Arapiraca)*. Maceió.
- ASCH, D.A., & WERNER. R.M. (2007). Clinical Concerns About Clinical Performance Measurement. *Annal of family medicine*. 5 (2). Acedido em dez, 2012. em <http://www.annfammed.org/content/5/2/159.full.pdf+html>.
- BARBOSA, L. (1996). Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil?. *Revista do Serviço Público*, Ano 47, 120 (3), Set-Dez 1996. Acedido em maio 01, 2014 em [http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/terceiros-papers/96-barbosa,l%C3%ADvia47\(3\).pdf](http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/terceiros-papers/96-barbosa,l%C3%ADvia47(3).pdf).
- BELLUSCI, S. M., & FISCHER, F. M. (1999). Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Revista Saúde Pública*, 33 (6), p.:602-609. Acedido em maio 23, 2014 em : <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v33n6/1046>.
- BRANDÃO, H. P., & GUIMARÃES, T A. (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? *RAE - Revista de Administração de Empresas*, 41 (1). Acedido em dezembro, 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n1/v41n1a02.pdf>. Consultada em dez.12
- BRAVERMAN H. (1981). *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Zahar.
- CAVUSGIL, S.T., & SHAOMING ZOU. (1994). Marketing strategy-performance relationship: An investigation of the empirical link in export market ventures. *Journal of Marketing*, 1, : p. 1-21.
- CAVANAGH, S.J. (1992) Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*. 17(6), p. 704-711.
- CECÍLIO, L.C.O.(1997) . A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*, 3 (3).
- CECÍLIO, L.C.O., & MENDES, T.C. (2004). Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Revista Saúde e Sociedade*, (2), p.39-55. ISSN 0104-1290.
- CHRISTENSEN, C.M..(2009) *Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- COLTON D. (2000). Quality improvement in health care: conceptual and historical foundations. *Eval Health Prof.*; 23, p. 7–43.

- CONASS (2004). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília, CONASS.
- CONCEIÇÃO, C., et al (2001). A gestão do desempenho dos médicos de família no Serviço Nacional de Saúde. *Administração de Serviços de Saúde*. 19 (1). Acedido em maio 07, 2014 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-02-2001.pdf>.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado Federal. Brasil .
- CURA, M.L.A.D. (1994). *Satisfação profissional do enfermeiro*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- DELCOR , N.S., et al..(2004) Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, (1), p.187-196.
- DURAND, T..(1998) Forms of incompetence. In: *International Conference on Competence-based Management*, 4. Oslo. Proceedings... Oslo : Norwegian School of Management.
- DUSSAULT, J.. (1992) A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26 (2), p. 8-19.
- DUTRA, J.S., HIPÓLITO, J.M., & SILVA, C.M. Gestão de pessoas por competências. In: Encontro Nacional da Associação Nacional dos Programas de pós-graduação em Administração, 22, *Anais...*Foz do Iguaçu : Anpad, 1998.
- ELIAS, M.A., & NAVARRO, V.L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14 (4), Ribeirão Preto.
- EMERY, F. (1976) *Future we are in*. Leiden : Martinus Nijhoff.
- EPSTEIN R.M. & HUNDERT E.M..(2002) Defining and assessing professional competence. *JAMA*.; 287, p. 226-35.
- FERNANDES, A.(2002). *Um hospital Particular no Brasil*. São Paulo.
- FOUCAULT, M. (1979). *Microfísica do Poder*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal.
- GOSDEN, T et al. (2001). Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv. Res Policy*. (1), p.44-55. Acedido em junho 10, 2014 em <http://hsr.sagepub.com/content/6/1/44.full.pdf>.
- GUIMARÃES, T. A.. (1998) *Gestão do desempenho em organizações públicas descentralizadas*. In: *Congresso Internacional do Clad*, 3., 1998, Madrid. Anais. Madrid : Clad, 1998.

- GURGEL, A.O.C. (2001) *RH positivo – novo mundo do trabalho*. Rio de Janeiro. Qualitymark ed.
- HACKMAN, J.R. & OLDHAM, (1976) G.R.. Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, v. 16, p. 250-279.
- HAIR, J.F., Jr. , ANDERSON, R.E., TATHAM, R.L., & BLACK, W.C. (1998). *Multivariate Data Analysis*, 5th Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- HENG, Y., LUH, W.M., & GUO Y. L. (2003). Reliability and validity of the chinese version of the job content questionnaire in taiwanese workers. *International journal fo behavior medicine*, 1(1), p. 15-30. Acedido em abril 03, 2014, em http://link.springer.com/article/10.1207/S15327558IJB1001_02#page-1.
- HERZBERG, F.. (1979) The Motivation-hygiene theory. In *Work and the nature of man* (4th ed.) (pp. 71- 91). Cleveland: World Publishing.
- KAWAKAMI, N., KOLAYASHI, F., ARAKI, S., HATAMI, T. & FURUI, H.. (1995) Assessment of job stress dimensions based on the job demands – control model of employees of telecommunication and electric power in japan. Reliability and validity of the Japanese version of the Job Content Questionnaire. Acedido em abril 14, 2014 em http://link.springer.com/article/10.1207/s15327558ijbm0204_5#page-1.
- LEAPE L. & FROMSON J.A.. (2006) Problem doctors: is there a system-level solution? *Ann Intern Med.*, pp.144:107-115.
- Lei de Responsabilidade Fiscal: Lei Complementar n.º 101, de 04 de maio de 2000. Brasília, DF, Senado Federal.
- LEITE, M. (2014). Datafolha aponta saúde como principal problema dos brasileiros. *Folha de São Paulo*, 29.03.14. Acedido em abril 14, 2014, em <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432478-datafolha-aponta-saude-como-principal-problema-dos-brasileiros.shtml>.
- LOEB, J. M.. (2004). The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, Supplement 1: pp. i5–i9. Acedido em novembro 20, 2011, em http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/suppl_1/i5.full.pdf+html.
- MARSHALL, M.N. & DAVIES, T.O. (2000). Performance measurement and management of healthcare professionals. *Disease Management Health Outcomes*. 7 (6), p. 305-314.
- MARINHO, F. S., & MAC-ALLISTER, M. (2006). O Espaço da Organização Hospitalar: um estudo do comportamento dos usuários do Hospital Alpha. *Anais eletrônicos do XXX Enanpad*. Salvador.
- MARTINEZ, M.C. (2002). *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- MARTINEZ, T. L. R. et al. (2003). Campanha nacional de alerta sobre o colesterol elevado: determinação do nível de colesterol de 81.262 brasileiros. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 80, n.6, p.631-634.
- MATOS, E., & PIRES, D (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 15 (3).
- MCINTYRE D., ROGERS L., & HEIER E.J. (2001). Overview, history, and objectives of performance measurement. *Health Care Financ Rev.*; 22, p. 7–21.
- MORIN, E.M.. (2001). Os sentidos do trabalho. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, 41 (3).
- NICZ, L. F. (2001). Médicos & hospitais x gerenciamento da assistência à saúde. *Revista de Administração em Saúde. RAS* – 4 (13).
- NIEDHAMMER, I.. (2002). Psychometric properties of the french version of the karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support and physical demands in the GAZEL cohort. *Int Arch Occup Environ Health*. 75. p. 129 – 144.
- NOGUEIRA, R. P. (2006). Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. *Conjuntura do Emprego em Saúde na Primeira Metade da Década de 2000* (Plano Diretor 2006 do ObservaRH/NESP). *Revista Serviços Social e Sociedade*, 87.
- OLIVEIRA-CASTRO, G. A., LIMA, G. B. C., & VEIGA, M. R. M. (1996). Implantação de um sistema de avaliação de desempenho: métodos e estratégias. *Revista de Administração*, 31 (3), p. 38-52.
- PIERANTONI C. R., VARELLA T. C., SANTOS, M. R., FRANÇA, T., & GARCIA, A. C. (2008). Gestão do trabalho PIERANTONI, C. R., VARELLA, T. C., & FRANÇA, T. (2006). Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Estudos e Análises, 2.
- PRAHALAD, C. K. & HAMEL, G. The core competence of corporation. *Harvard Business Review*. Maio a junho 1990. Acedido em abril 20, 2014 em http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/225914/mod_resource/content/1/PRAHALAD%20C%20RECURSO%20E%20COMPETENCIA.pdf
- PIRES D. (2000). Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira Enfermagem*; 53, p. 251-63.
- PITTA A. (1991). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo (SP): Editora Hucitec.
- PRAHALAD, C. K., & HAMEL, G. (1990). The core competence of the corporation. *Harvard Business Review*, 68 (3), p. 79-91.

- ROEMER, M. I. *National Health Systems of the World. Vol I: The Countries*. New York, NY: Oxford University Press; 1991.
- SANTANA, J. P., SANTOS, P. M. N & BARROS, A. R, (2004). Apresentação. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Volume 2. Série B. Textos Básicos de **Saúde**. Brasília – DF. Ministério da Saúde. Brasília Acedido em dezembro 18, 2013 em http://www.obsnetims.org.br/uploaded/24_1_2014_0_Observatorio_volume_dois.pdf
- SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). (1999). A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFN, p. 387-400.
- SCHRAIBER L.B, PEDUZZ I.M, NEMES M.I B, CASTANHEIRA E.R.L., & KON R. (1999) Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva* 4: p. 221-42.
- SPARROW, P.R., & BOGNANNO, M. (1994). Competency requirement forecasting: issues for international selection and assessment. In: MABEY, C., ILES, P. (Orgs.). *Managing learning*. London : Routledge, p. 57-69.
- STEUER, R.S. (1989). Satisfação no trabalho, conflito e ambigüidade de papéis: estudo junto às enfermeiras de Maternidade Escola do Município de São Paulo. *Dissertação de mestrado*, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- TAYLOR, F.W. (1970). *Princípios de administração científica*. São Paulo : Atlas.
- TESTA, M. (1993). Pensamento estratégico e a lógica da programação. O caso da saúde. São Paulo: Hucitec.
- TRIST, E. (1978) Adapting to a changing world. *Labour Gazette*, 78, p. 14-20.
- VENDEMIATTI, M., et al. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl.1): p.1301-1314, 2010.
- VIACAVA F., et al (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciências & Saúde Coletiva*, 9, p. 711-24.
- WHO – World Health Organization 2000. *The World Health Report: Health System: Improving Performance*.Genebra.
- ZALEWSKA, A.M.(1999). Achievement and social relations values as conditions of the importance of work aspects and job satisfaction. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 5 (3), p. 395-416. Acedido em maio 10, 2014, em <http://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/72493/2013121295728&R1999-V5-N3-str395-416.pdf>.
- ZARIFIAN, P. A gestão da e pela competência. In: *Seminário Educação Profissional, Trabalho e Competências*. Rio de Janeiro : Centro Internacional para a Educação, Trabalho e Transferência de Tecnologia, 1996.

ANEXO I

PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DOS FATORES CONDICIONANTES DO TRABALHO NA MEDICINA

OBJETIVO DESTE QUESTIONÁRIO

Identificar os fatores condicionantes do trabalho do profissional médico que poderão garantir maior desempenho no meio hospitalar

CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações prestadas no âmbito deste questionário são estritamente confidenciais.

- ☐ Não será possível reconhecer e/ou identificar os indivíduos que participam deste estudo, não sendo questionado qualquer identificação
- ☐ Os dados recolhidos serão usados apenas para fins estatísticos e apresentados de forma agregada.

QUEM DEVE PREENCHER O QUESTIONÁRIO

**Profissionais médicos que desenvolvem atividades laborativas na Unidade de
Emergência Dr. Daniel Houly**

COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO

1. Neste questionário, não há respostas certas ou erradas. O importante é sua experiência individual. Selecione a opção que melhor reflete a sua opinião ou situação.
3. Este questionário foi concebido para ser preenchido de forma simples e breve. O seu preenchimento não deverá demorar cerca de 30 minutos.

RETORNO DA INFORMAÇÃO

Como símbolo do nosso apreço pela sua participação, a nossa equipa de investigação enviar-lhe-á um relatório com as conclusões do estudo, desde que autorize e informe endereço eletrónico para tal.

**() AUTORIZO O ENVIO DO RELATÓRIO COM OS RESULTADOS DESTE
ESTUDO.**

ENDEREÇO ELETRÔNICO: _____

**Pesquisadora Isaline Azevedo Tenorio
Mestranda em Gestão de Empresas
Universidade Autónoma de Lisboa**

BLOCO I – CARACTERÍSTICAS DO PROFISSIONAL E DO TRABALHO

1. Idade () 72 h
() mais de 720h. Quanto?

- () de 21 a 30 anos
() de 31 a 40 anos
() de 41 a 50 anos
() de 51 a 60 anos
() de 61 a 70 anos
() mais de 70 anos
2. Sexo 11. Carga horária semanal total de trabalho
(em horas), aproximadamente:

() 20h
() 40h
() 60h
() 80h
() mais
- () Masculino
() Feminino
3. Formação: 12. Consegue dedicar quanto tempo da semana
à família ou ao lazer, em dias?

- () Graduação
() Residência. Em que?

() Especialização. Em quê?

4. Tempo de formado (última formação)
- () menos de 05 anos
() de 06 a 10 anos
() de 11 a 20 anos
() mais de 20 anos
5. Vínculo com o hospital
- () estatutário
() prestador de serviço
() cooperado
() terceirizado
6. Tempo de serviço no hospital
- () menos de 05 anos
() de 06 a 10 anos
() de 11 a 20 anos
() mais de 20 anos
7. Tempo de serviço na medicina
- () menos de 10 anos
() de 11 a 20 anos
() de 21 a 30 anos
() mais de 35 anos
10. Carga horária semanal no hospital
- () até 20 horas
() 24h
() 40h

BLOCOII - AUMENTO DO CONHECIMENTO

1. Qual sua percepção acerca de seu trabalho e sua influencia positiva no seu desempenho profissional? Utilize escala de 1 a 5, sendo:

- 1- discordo plenamente
- 2- discordo parcialmente
- 3- não concordo nem discordo,
- 4- concordo parcialmente
- 5- concordo plenamente

MOTIVA O MEU TRABALHO	1	2	3	4	5
Trabalhar no ambiente hospitalar					
Oportunidade para contatos sociais					
Possibilita sentir segurança					
Proporciona resultados significantes					
Permite que você trabalhe independentemente					
Trabalho repetitivo (automático)					
Trabalho significativo (que necessita de raciocínio)					
Ter alguém que precisa dos seus serviços					
Oportunidades de trabalho mais qualificado na instituição					
Reconhecimento da equipe					
Reconhecimento dos clients					

APRENDIZAGEM CONTÍNUA	1	2	3	4	5
O trabalho permite tomar iniciativa e fazer proposições					
O trabalho estimula melhorias pessoais					
A concorrência estimula o investimento no aumento do conhecimento					
O trabalho permite que sinta orgulho					
O trabalho permite que use suas habilidades e conhecimentos					
O trabalho permite continuar aprendendo novas coisas					
O hospital ofertar cursos					
São vivenciadas situações de aprendizagem e crescimento na atividade laborativa					

EXPECTATIVAS E DEMANDAS	1	2	3	4	5
Trabalho ser uma rotina e você sabe o que é esperado de você					
Trabalho ser complicado pelas altas expectativas dos colegas de trabalho					
Trabalho ser complicado pelas altas expectativas do cliente e de seus familiares					
Trabalho ser complicado pelas diferentes opiniões dos superiores					
Trabalho ser complicado pela falta de clareza nas regras e instruções insuficientes					

BLOCO III - MEIOS A DISPOSICÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

1. Demonstrar sua percepção acerca dos meios disponíveis na estrutura hospitalar para que o profissional médico desenvolva seu trabalho.

- 1 - insuficiente
- 2 - pouco suficiente
- 3 - nem suficiente nem insuficiente
- 4 - suficiente
- 5 - muito suficiente

Interferem no meu trabalho	Quantidade (O que há é suficiente)					Qualidade (O que há é bom em tecnologia, manutenção)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Parque Tecnológico equipamentos do hospital)										
Materiais (Médico-cirúrgicos, químico-farmacêuticos, laboratoriais, expediente, manutenção etc)										
Estrutura física										
Recursos humanos										

2. Demonstrar sua percepção acerca da interferência positiva que os meios disponíveis na estrutura hospitalar tem sobre o seu desempenho profissional.

- 1- discordo plenamente
- 2- discordo parcialmente
- 3- não concordo nem discordo
- 4- concordo parcialmente
- 5- concordo plenamente

Interferem no meu trabalho	Quantidade					Qualidade				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Parque Tecnológico equipamentos do hospital)										
Materiais (Médico-cirúrgicos, químico-farmacêuticos, laboratoriais, expediente, manutenção etc)										
Estrutura física										
Recursos humanos										

BLOCO IV - CONDIÇÕES DE TRABALHO

3. Demonstrar sua percepção acerca da influencia positiva das condições de trabalho no seu desempenho profissional Utilize a escala de 1 a 5

- 1- discordo plenamente
- 2- discordo parcialmente
- 3- não concordo nem discordo
- 4- concordo parcialmente
- 5- concordo plenamente.

DEMANDA PSICOLÓGICA	1	2	3	4	5
Trabalho exigir longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa					
Realizar um volume excessivo de trabalho					

Trabalho realizado sob ritmo acelerado					
Tarefas muitas vezes são interrompidas antes que você possa concluí-las, adiando a sua conclusão.					
SUPORTE SOCIAL	1	2	3	4	5
A Falta preocupação do coordenador com o bem-estar da sua equipe de trabalho					
Seu grupo de trabalho ou unidade não toma decisões democraticamente					
Falta de interesses das pessoas com quem você trabalha por você					
Há hostilidades e conflitos com as pessoas do trabalho					
AUTONOMIA DO TRABALHO	1	2	3	4	5
As suas ideias sempre são aproveitadas					
Possibilidade de escolher técnicas diferentes para alcançar melhores resultados					
Possibilidade de dar intervalos no trabalho dentro das suas necessidades					
Possibilidade de tirar dúvidas e discutir casos com os colegas de trabalho					
REMUNERAÇÃO	1	2	3	4	5
Receber um valor justo pelo que desempenho					
A forma de pagamento estimula melhor desempenho					
O que recebo permite que garanta minhas despesas básicas					
Poderiam ser empregadas outras formas de remuneração					
O cumprimento dos direitos trabalhistas é mais importante que o valor recebido.					
Prefiro receber por minha produção do que um valor fixo mensal.					
Prefiro receber um valor diferenciado mesmo que não tenha direitos e segurança de trabalho					
SEGURANÇA NO EMPREGO	1	2	3	4	5
Realizar exames médicos periódicos					
Garantir direitos trabalhistas					
Garantir direitos previdenciários					
Ambiente de trabalho pacífico					
Ambiente de trabalho sofrendo ameaças externas					
Estrutura física confiável					

Muito obrigada pela sua participação!