

Fatores Condicionantes do Trabalho na Medicina: um Estudo do Profissional no Meio Hospitalar Público

Conditioning Factors to the Work in Medicine: a Study of the Professional in a Public Hospital Environment

Isaline Azevedo Tenorio¹, Álvaro de Borba Cruz Lopes Dias¹

¹Instituto Superior de Gestão, ISG, Portugal

Correspondência: Álvaro de Borba Cruz Lopes Dias, Endereço: Rua Vitorino Nemésio, 5, Ameixoeira, Lisboa, Portugal, CEP.: 1750-306, Tel: 351 21 751-3700. E-mail: alvarodias@isg.pt

Recebido: 13 de Abril de 2015 Aceito: 07 de Novembro de 2015 Publicado: 07 de Março de 2016

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 últimas décadas. Este estudo pretende identificar fatores condicionantes do trabalho na medicina a partir da percepção dos profissionais médicos. Foi recolhida uma amostra de 78 profissionais que laboram em uma unidade hospitalar de emergência na cidade de Arapiraca, Alagoas, Brasil. Recorreu-se a uma metodologia de índole quantitativa, identificando a influência das variáveis condições de trabalho, meios a disposição e possibilidade de aumento do conhecimento no desempenho profissional. Os resultados obtidos, permitem-nos perceber que as condições de trabalho contribuem 66%, os meios a disposição 51% e a possibilidade de aumento de conhecimento contribui 66%, de forma positiva, para o desempenho profissional. E não importa o tempo de serviço no hospital ou na medicina, essas variáveis vão influenciar positivamente no desempenho dos profissionais. Estes dados, no âmbito dos contributos deste estudo, podem ter influência na gestão do trabalho, permitindo as empresas da área da saúde criar estratégias flexíveis para coordenar e redirecionar recursos, buscando otimizar a capacidade funcional e a saúde de trabalhadores, assim como, no contributo teórico apresenta um novo modelo de fatores condicionantes do trabalho.

Palavras-chave: Gestão do trabalho médico, condições de trabalho, satisfação, desempenho profissional.

Abstract

The concern of organizations rely on individuals with high professional performance is not new, it has received substantial investigative and editorial interest in recent decades. This study aims to identify conditioning factors at work in medicine from the perception of medical professionals. A sample of 78 professionals who works in an emergency hospital in the city of Arapiraca, Alagoas, Brazil was collected. Resorted to a quantitative nature methodology, identifying the influence of variables working conditions, means the willingness and ability to increase the knowledge in professional performance. The results obtained allow us to realize that working conditions contribute 66%, the means available to 51% and the possibility of increased knowledge contributes 66%, positively, for professional performance. And no matter the time of service at the hospital or in medicine, these variables will influence positively on professional development. These data, as part of the contributions of this study, may have influence on work management, allowing the healthcare companies to create flexible strategies to coordinate and redirect resources, seeking to optimize the functional capacity and health of workers as well as the contribution presents a new theoretical model of conditioning factors of work.

Keywords: Medical management of labor, working conditions, satisfaction, professional performance.

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Attribution 3.0.

1. Introdução

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.

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 a gestão do trabalho dos profissionais na saúde.

Nas últimas três décadas, o Brasil vem passando por um processo de redemocratização, modificações estruturais e exigências sociais, culminando no surgimento do SUS, Sistema Único de Saúde, um sistema de saúde público que tem como princípios fundamentais a universalidade, equidade e integralidade na 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).

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.

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

Partindo dessas afirmativas, tem-se o seguinte problema de pesquisa: quais são os fatores condicionantes do trabalho que poderão garantir um maior desempenho do profissional médico no meio hospitalar?

Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar fatores condicionantes que poderão garantir maior desempenho, percebendo como as condições de trabalho, a possibilidade de aumento do conhecimento e os meios à disposição influenciam o desempenho dos profissionais médicos e identificar como o tempo de serviço interfere nas escolhas das variáveis em estudo.

Com o intuito de alcançar os objetivos e responder ao problema do estudo, a pesquisa tem caráter descritivo, a estratégia de investigação é o inquérito e a análise bibliográfica. A amostra é constituída pelos profissionais médicos que trabalham numa unidade de emergência, especializada em trauma situada na cidade de Arapiraca, no estado de Alagoas, Brasil, e para análise dos dados utilizou-se uma ferramenta específica, do programa de software estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Considerando que se trata de um assunto bastante amplo, o objetivo não foi o de esgotar, mas de esclarecer alguns pontos.

2. Revisão da Literatura e Modelo Teórico

Antes de iniciar a discussão acerca do desempenho profissional do médico faz-se necessário uma rápida apresentação da gestão do trabalho em saúde no Brasil, fatores condicionantes do trabalho e da definição de produtividade no campo da saúde em destaque nas discussões acerca do processo de produção da saúde. Somente após essa rápida introdução seguiremos com a apresentação do modelo teórico

2.1. A gestão do trabalho em saúde no Brasil

As questões relativas a recursos humanos e a gestão de seu trabalho, representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. Todos reconhecem que o desempenho de qualquer organização depende do seu pessoal. A gestão do processo de trabalho que, com enorme frequência, está associada ao baixo desempenho das organizações de saúde, está relacionada com importância do trabalho no processo de produção-consumo de serviços de saúde . (Santana, 1993)

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.

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. (CONASS, 2004)

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. Implicando num alto índice de precarização em todo o país.

Pierantoni et al. (2006) destacam que desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da saúde, intensificação e privilegiamento das modalidades de contratação no SUS sem amparo legal, precária estrutura e necessidade de capacidade gestora tanto do setor educativo como no de prestação de serviços da área da saúde como são fatores geradores das dificuldades de sustentação do SUS, aprofundando tensões e questões preexistentes.

A gestão do trabalho na saúde no Brasil requer o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores e aparece em destaque na consolidação do sistema de saúde brasileiro.

2.2 Produtividade em 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.

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 (Loeb, 2004).

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).

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.

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.

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.

Concordamos 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. 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.

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)

Condições de trabalho aparecem em fatores causais em diversas teorias de motivação ou satisfação no trabalho. 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 relacionados à remuneração, supervisão, ambiente de trabalho, políticas da empresa, condições de trabalho e relações interpessoais. (Martinez et al, 2003)

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 trabalho seguro, segurança no emprego, autonomia do trabalho e remuneração.

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, trazendo a importância da ideia do 'Trabalho seguro' já que além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física, o sofrimento psíquico é também bastante comum nos trabalhadores hospitalares (Pitta, 1991)

Defendemos que a 'Segurança no emprego' está relacionada tanto ao vínculo empregatício, como a garantia dos direitos trabalhistas. No mercado de trabalho da saúde no Brasil convive-se com vínculos informais de trabalho, sem estabilidade e segurança previdenciária, situação destacada por Varella & França (2006) que afirmam que a sociedade do capital necessita cada vez menos do trabalho estável e utiliza-se cada vez mais de formas diversificadas.

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.

Por 'remuneração' seguimos Martinez et al (2003) que seguindo a Teoria de Locke definem pagamento como compreendendo equidade, quantidade, forma de pagamento e benefícios. O salário que o emprego propicia permite prover as necessidades de base, dá um sentimento de segurança e possibilita ser autônomo e independente.

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 laboral 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.

2.4. 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 Management 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. .

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)

Entendemos que 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.

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

2.5. Meios à disposição e desempenho profissional

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).

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.

Morin (2001) 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. E defende ainda que 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.

Na realidade brasileira, Pierantoni et al (2008) traz 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.

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, assim, apresentamos a terceira hipótese. H3 – Os meios a disposição influenciam positivamente o desempenho do profissional médico

2.6. 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, 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, o único valor com legitimidade para definir hierarquização, é a senioridade. (Barbosa, 1996)

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.

Assim, apresentamos a hipótese moderadora do presente estudo: H4 – É expectável que o tempo de serviço conduza a diferentes respostas no modelo.

2.7. 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 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, que podem interferir na variável dependente: desempenho profissional, tendo como variável moderadora o tempo de serviço.

Tendo 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.

Assim apresentamos a representação gráfica do modelo conceitual:

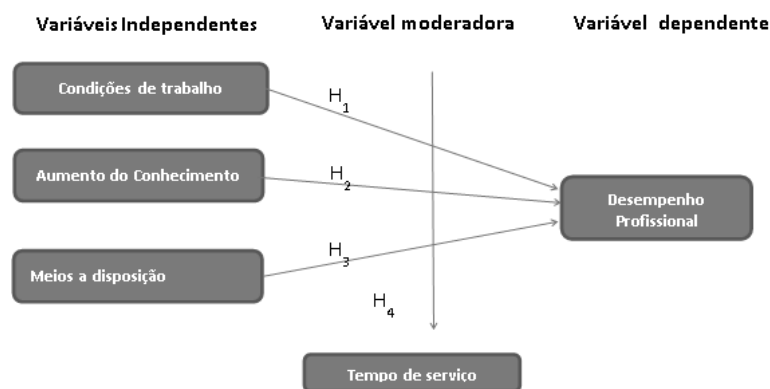


Figura 1: Modelo Conceitual de Investigação com Relações Hipotéticas.

3. Metodologia

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 inicialmente 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.

E durante os meses de março, abril e maio de 2014, foram coletados dados com a aplicação 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.

No presente estudo a população alvo foram 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.

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.

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. O segundo buscou identificar a influência do aumento do conhecimento no desempenho profissional, estando este atrelado a características, conteúdo do trabalho, possibilidade de ampliação do conhecimento e expectativas e demandas. O terceiro buscou identificar a percepção acerca da influência dos meios a disposição no seu desempenho. O quarto e último bloco investigou condições de trabalho, estando em questionamento a influência do suporte social, autonomia do trabalho, remuneração e segurança no emprego, no desempenho profissional.

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.

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 do entrevistado

A pesquisa foi composta por 78 entrevistados, sendo todos os valores válidos verificou-se 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%)

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

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.

No que se diz respeito ao vínculo com o hospital, 59,0% dos entrevistados pertence ao vínculo estatutário, seguido dos prestadores de serviços com 35,9% 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 e terceirizados são profissionais contratados através de empresas terceirizadas.

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 e apenas 2,6 % dos entrevistados têm tempo de atuação no hospital entre 21 e 30 anos. 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.

Em 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, 15,4%, apenas 12,8 % dos profissionais médicos têm mais de 72 horas semanais no hospital.

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

de trabalho. Carga horária bem superior a 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. Coisa que muito preocupa a gestão do trabalho desse profissional.

Por último, é apresentada a resposta dos entrevistados no que se refere ao tempo para a família. A maioria, 35,9 %, tem até 2 dias semanais disponibilizados à família, e a minoria (14,1%) têm 4 dias semanais disponibilizados à família, lembrando que esses dois dias não significam o dia integralmente, a soma dos horários disponíveis para a família seriam os dois dias na semana.

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 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.

Lembrando que no questionário 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.

Analisando o Bloco II, 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.

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, variável Aumento do Conhecimento, como um todo foi 0,791.

Para o Bloco III, variável Meios a disposição, 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.

Já para as o Bloco IV, variável Condições de Trabalho, 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

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 $p < 0,001$.

Analisando o valor do coeficiente de correlação linear (Pearson) para as variáveis condições de trabalho e desempenho profissional ($r=0,814$), verifica-se que a variável Condições de Trabalho correlaciona-se forte e positivamente com o desempenho profissional, 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 (R^2 de 0,662, R^2 ajustado, 0,658) explicando 65% da variância, ou seja, as Condições de Trabalho contribuem em bastante para o desempenho profissional.

De acordo com os resultados encontrados, o Aumento do Conhecimento se relaciona muito fortemente e positivamente com o Desempenho Profissional, logo, verifica-se que a hipótese H2 também é verdadeira ($r = 0,814$, $p < 0,01$).

Os coeficientes obtidos com a regressão linear entre as duas variáveis (R^2 de 0,663, e R^2 ajustado, 0,659) explica 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.

O 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 R2, e para o R2 ajustado, 0,505, explicando 50% da variância.

Para a validação das variáveis Tempo de Serviço e Desempenho Profissional 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 modera e a hipótese em questão não poderia ser rejeitada. Porém, antes foi feito o cruzamento das variáveis moderadoras com a variável Desempenho Profissional com o intuito de avaliar a relação bivariada entre elas. O método escolhido para essa análise foi o método do Qui-quadrado (valor de coeficiente 0,21), 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.

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.

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).

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.

Nesse estudo, apresentamos um modelo teórico previamente delineado e 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..

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.

Uma empresa que investe na possibilidade de aumento do conhecimento, tem maiores probabilidades de alcançar um melhor desempenho de seus colaboradores. 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.

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.

Uma unidade de saúde necessita 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.

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.

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.

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.

O presente trabalho de identificação dos fatores condicionantes do trabalho da categoria médica, 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 ser úteis para a minimização dos problemas e conflitos da área, apontar práticas de gestão adequadas, refletir ampliação do acesso e condições de saúde das pessoas e subsidiar na discussão de uma proposta de política de gestão do trabalho.

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

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 disparees 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.

Referências

- 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.annfam.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,1%C3%ADvia47\(3\).pdf](http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/terceiros-papers/96-barbosa,1%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>.
- 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.
- 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.
- 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.

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.

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/S15327558IJBM1001_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.

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.

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).

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.
- 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: EDUFRRN, 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.
- 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.
- 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.