

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO**

**“FATORES MOTIVACIONAIS NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE
PÚBLICA – UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA”**

**Dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do grau de Mestre em Engenharia da Produção – Área
de Concentração em Ergonomia**

MÔNICA CRISTINA LOPES

Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

Fevereiro de 2.001

**“FATORES MOTIVACIONAIS NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE
PÚBLICA – UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA”**

MÔNICA CRISTINA LOPES

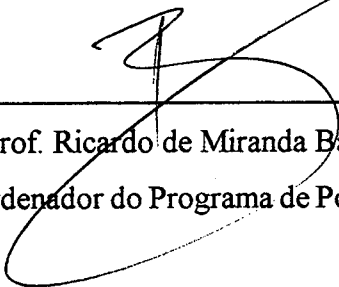
Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de

“MESTRE EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO”

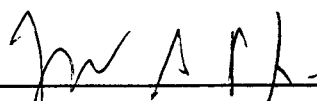
Área de Concentração: **Ergonomia**

e aprovada em sua forma final pelo **Programa de Pós-graduação em Engenharia da
Produção.**

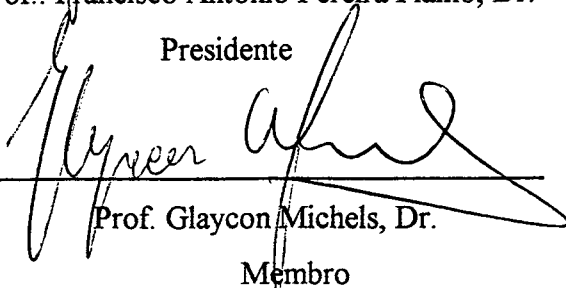
Banca Examinadora:



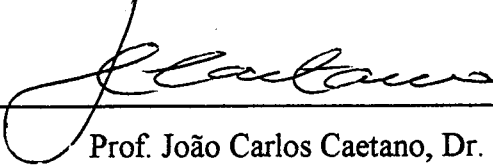
Prof. Ricardo de Miranda Barcia, Ph. D.
Coordenador do Programa de Pós-Graduação



Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr.
Presidente



Prof. Glaycon Michels, Dr.
Membro



Prof. João Carlos Caetano, Dr.
Membro

... “o trabalho humano é uma chave, provavelmente a chave social, de toda a questão social, se nós procurarmos vê-la verdadeiramente sob o ponto de vista do bem do homem. E se a solução da questão social, que continuamente se reapresenta e se vai tornando cada vez mais complexa, deve ser buscada no sentido de tornar a vida humana mais humana, então por isso mesmo a chave, que é o trabalho humano, assume uma importância fundamental e decisiva”.

João Paulo II (1981)

AGRADECIMENTOS

Nosso reconhecimento e agradecimento:

Ao **Programa de Pós-graduação em Engenharia da Produção e Sistemas**, da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de realização de nossos objetivos profissionais.

Ao **Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr.**, nosso profundo e sincero agradecimento pela confiança e por acreditar em nossas propostas e que, assim, possibilitou a realização desse trabalho.

À **Prefeitura Municipal de Itajaí**, na pessoa do Prefeito Municipal **Senhor Jandir Bellini**, pelo apoio fundamental na realização de nosso Curso e que, desse modo, possibilitou nosso crescimento profissional.

Aos **Servidores** da Secretaria Municipal de Itajaí/SC, pela compreensão e colaboração.

À **Gilsée Ivan Regis Filho**, pelo apoio e companheirismo.

À **minha mãe e aos meus filhos**, pelos momentos de ausência.

À **todos aqueles** que de uma maneira ou de outra nos possibilitaram realizar mais um projeto de vida.

E principalmente a **Deus**, onipotente e onipresente, Senhor de nossas vidas.

SUMÁRIO

Páginas

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO II – OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA	08
CAPÍTULO III - A MOTIVAÇÃO HUMANA	19
3.1. PRINCIPAIS TEORIAS SOBRE A MOTIVAÇÃO HUMANA	22
3.1.1 A TEORIA DO IMPULSO	22
3.1.2 A TEORIA DO INSTINTO	23
3.1.3 A TEORIA DO COMPORTAMENTO	25
3.1.4 A TEORIA COGNITIVA	27
3.2 ALGUMAS TEORIAS SOBRE A MOTIVAÇÃO HUMANA PARA O TRABALHO	28
3.2.1 A TEORIA DA HIERARQUIA DAS NECESSIDADES HUMANAS DE MASLOW	29
3.2.2 A TEORIA BIFATORIAL DE MOTIVAÇÃO/HIGIENE DE HERZBERG ..	32
3.2.3 A TEORIA DAS NECESSIDADES SECUNDÁRIAS DE McCLELLAND	35
3.2.4 A TEORIA “X” E A TEORIA “Y” DE MCGREGOR	38
3.2.4.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA “X”	38
3.2.4.2 PRESSUPOSTOS DA TEORIA “Y”	39
3.2.5 A TEORIA DA MATURIDADE/IMATURIDADE DE CHRYS ARGYRIS ...	41
3.2.6 OS PADRÕES DE ADMINISTRAÇÃO DE LIKERT	48
3.2.7 A TEORIA DE CAMPO DE KURT LEWIN	51

CAPÍTULO IV - O ESTUDO DE CASO	53
4.1 A EMPRESA E SUA ESTRUTURA	54
4.2 METODOLOGIA PARA LEVANTAMENTO DE DADOS	57
4.3 METODOLOGIA ESTATÍSTICA PARA TRATAMENTO DOS DADOS	58
4.4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	60
4.5 SUGESTÕES PARA A INSTITUIÇÃO	70
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	78
DOCUMENTOS ELETRÔNICOS	81
ANEXOS	82
ANEXO I – PROTOCOLO CARTA DO COTIDIANO	82
ANEXO II – PROTOCOLO INQUÉRITO SÓCIO/MOTIVACIONAL	83
ANEXO III – TABELAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E VARIÁVEL DEPENDENTE	91
ANEXO IV – TABELA TESTE QUI-QUADRADO	111
ANEXO V - CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA ASCENDENTE E CLASSIFICAÇÃO NÃO HIERÁRQUICA POR PARTIÇÃO	112

RESUMO

“FATORES MOTIVACIONAIS NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA – UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA”

O Brasil, país considerado em desenvolvimento, embora apresente uma taxa de esperança de vida média de aproximadamente 67 anos e alguns índices sócio-econômicos de países desenvolvidos, possui indicadores sócio-sanitários bastante contrastantes, com algumas áreas ostentando números comparados aos das piores regiões sub-desenvolvidas do planeta. Os indicadores sócio-sanitários brasileiros mais negativos estão relacionados com taxa de pobreza e de analfabetismo elevadas, com a maioria dos domicílios não possuindo abastecimento de água de boa qualidade e esgotamento sanitário adequado. O País apresenta, ainda, em algumas regiões elevadas taxas de mortalidade infantil e de coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. O Setor Saúde como segmento prestador de serviços e cujas ações se refletem profundamente na sociedade, deve adotar uma prática gerencial apropriada, capaz de alterar esse quadro mórbido e preocupante, conseqüente da história do desenvolvimento sócio-político-econômico do país, possibilitando assim um melhor desempenho com maior produtividade. O presente trabalho teve por objetivos conhecer e compreender a motivação no trabalho em serviços de saúde pública e apresentar um estudo de caso no qual, através de questionários, foram pesquisados fatores motivacionais relacionados com o trabalho dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC. O estudo de caso revelou que os fatores competência percebida do supervisor, estilo percebido de chefia e políticas e práticas de administração de pessoal da empresa não estão associados com a motivação/satisfação dos funcionários. Os fatores condições de trabalho oferecidas pela empresa, relações interpessoais e de comunicação e sobre a tarefa em si, estão associados à motivação/satisfação, com mais força para os dois últimos. Deve-se, também, ressaltar que entre os fatores que produzem uma insatisfação extrema durante o trabalho se encontram o descumprimento das promessas feitas pela instituição, salário injusto e não reconhecimento pelo trabalho realizado. Por outro lado, tarefa gratificante, relações interpessoais agradáveis e trabalho útil para sociedade são os fatores que produzem uma motivação/satisfação extrema durante o trabalho.

Autora: Mônica Cristina Lopes

Orientador: Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO**

Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção

Área de Concentração: Ergonomia

Florianópolis, 22 Fevereiro de 2001.

ABSTRACT**WORK MOTIVATIONAL FACTORS IN PUBLIC HEALTH SERVICES-AN
ERGONOMIC APPROACH**

Brazil, considered to be a developing country, in spite of exhibiting a mean life expectation rate around 67 years and socioeconomic indexes similar to those of developed countries, has quite contrasting socio-sanitary indicators. Some of its regions present figures comparable to those of the worst underdeveloped regions of the planet. The most negative Brazilian socio-sanitary indicators are related to high poverty and illiteracy rates, the majority of homes lacking good quality water supply and adequate sewage systems. Brazil has also, in some regions, high rates of child mortality and death coefficients linked to infection and parasite diseases. The Health Sector, as a supplier of services having a profound effect on society, must adopt a proper managerial practice, capable of altering this morbid and worrying picture, which is but a consequence of the socio-political-economical development story of the country; in this way, a better performance and greater productivity would be achieved. The present work has as a goal to know and understand work motivation in public health, and to present a case study where, using questionnaires, motivational factors were researched such as related to the work of Itajaí/SC Municipal Health Department personnel. Case study revealed factors such as perceived proficiency of supervisor, perceived command style, and policies and practices of institution personnel administration are not associated to personnel motivation/satisfaction. The factors of work conditions offered by the institution, interpersonal relationships and communication, as well as the task itself, are associated to motivation/satisfaction, greater strength placed on the last two factors. Also to be noticed among factors producing extreme dissatisfaction in work are the breaking of promises made by the administration, unfair wages, and lack of acknowledgement for work performed. On the other hand, gratifying tasks, pleasant interpersonal relationships and a work confirmed as of utility to society, are factors producing extreme motivation/satisfaction during work.

Author: Mônica Cristina Lopes

Advisor: Prof. Francisco Antônio Pereira Fialho, Dr.

**THE FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
GRADUATION PROGRAM IN PRODUCTION ENGINEERING**

Production Engineering Master's Dissertation

Major Ergonomics

Florianópolis, February 22, 2001.

I - INTRODUÇÃO

No ano 30 da era cristã, na antiga Roma, em virtude das guerras, doenças e um ambiente social extremamente hostil, a esperança de vida do homem ao nascer era de 34 anos entretanto, decorridos 2.000 anos, algumas regiões do mundo civilizado ainda detém taxas bastante semelhantes. Por outro lado, o Brasil, país considerado em desenvolvimento, embora apresente uma taxa de esperança de vida média de aproximadamente 67 anos e alguns índices sócio-econômicos de países desenvolvidos, possui indicadores sócio-sanitários bastante contrastantes, com algumas áreas ostentando números comparados aos das piores regiões sub-desenvolvidas do planeta, (*WHO*, 2000).

Observa-se, também, que o país apresenta regiões em transição epidemiológica, caracterizadas por um processo de modificação nos padrões de morbidade e mortalidade, ou seja, uma relativa redução das doenças infectocontagiosas coexistindo com doenças crônico-degenerativas como grupo importante de causa de óbitos.

Os indicadores sócio-sanitários brasileiros mais negativos estão relacionados com uma taxa de pobreza de 28,40%, sendo que na região nordeste esse indicador alcança 52,19%, ou seja, mais da metade da população vivendo em condições sub-humanas; com elevadas taxas de analfabetismo, 20,43% da população geral e chegando a 45,50% em Alagoas; com 24,60% dos domicílios não possuírem abastecimento de água de boa qualidade e alcançando 75,30% no Maranhão e no Tocantins e, relacionados ainda, com apenas 44,00% das residências possuindo esgotamento sanitário adequado, sendo que o estado do Tocantins possui menos de 1,00% das moradias com esgoto, (*IBGE*, 2000).

O País apresenta, ainda, elevada taxa de mortalidade infantil, 40 por 1.000 nascidos vivos, chegando a 83 em Alagoas, quando em países do primeiro mundo não ultrapassa 10 óbitos por 1.000 nascidos vivos; coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias de 24,81 por 100.000 habitantes e alcançando 53,16 no Acre; morrem por doenças do aparelho respiratório 53,48 por 100.000 habitantes, sendo que no Rio de Janeiro esse coeficiente atinge 93,49; em 1996 foram confirmados 1.017 casos de cólera,

doença de caráter medieval, sendo que somente na região nordeste foram 936 casos; a tuberculose, doença que sofre influência direta das condições sócio-econômicas de um país, apresentou uma incidência geral de 54,00 casos por 100.000 habitantes e em alguns estados como Rio de Janeiro alcançou 117,70 por 100.000 habitantes e 16.469 casos novos notificados de AIDS, somente entre janeiro/96 a maio/97, sendo que mais da metade na região sudeste, 10.699 casos, (FNS, 2000).

Por outro lado, 68,50% de crianças menores de 01 ano em 1997 estavam com as vacinas em dia, alcançando mais de $\frac{3}{4}$, 76,84%, no Rio Grande do Sul; a relação médico/habitante é de 13,04 médicos por 10.000 habitantes e alcançando 24,31 e 29,50 no Distrito Federal e no estado do Rio de Janeiro, respectivamente; existem no País 8,41 odontólogos por 10.000 habitantes, sendo que no Distrito Federal e no estado de São Paulo essa relação é de 16,03 e 13,83 por 10.000 habitantes, respectivamente, e índice geral de 4,23 enfermeiros por 10.000 habitantes, entretanto se encontrando 10,52 no Distrito Federal e 7,44 no estado do Rio de Janeiro por 10.000 habitantes, (MS, 2000).

Observa-se, ainda, que as intensas modificações de alguns indicadores de morbidade e mortalidade em diversas regiões, nas últimas décadas, podem induzir a análise no sentido de que ocorreram melhorias significativas nos padrões de saúde da população. Entretanto, a forma heterogênea como essas modificações ocorreram nos diferentes espaços sociais, a consolidação de novos problemas, a prevalência ou recrudescimento de endemias, ao lado de uma crise generalizada do sistema de saúde, revelam os limites desses indicadores e exigem uma análise diferenciada para se compreender essa complexa e paradoxal situação, bem como suas implicações para os serviços de saúde.

O Setor Saúde como segmento prestador de serviços e cujas ações se refletem profundamente na sociedade, deve adotar uma prática gerencial apropriada capaz de alterar esse quadro mórbido e preocupante, conseqüente da história do desenvolvimento sócio-político-econômico do país possibilitando assim, um melhor desempenho com maior produtividade, (Regis Filho, Lopes & Michels, 1998).

Gianesi & Corrêa (1996), ressaltam a importância que o setor de serviços vem ganhando na economia de muitos países e propõem maior profissionalismo na administração das operações de serviços realizados pelas empresas e, também, no setor público. Isso se justifica pelas condições de competitividade de mercado, bem como pelos avanços no ferramental que a administração moderna dispõe e utiliza para garantir melhores desempenhos.

Por outro lado, entre os fatores envolvidos no processo produtivo são os seres humanos os que assumem maior importância pois são os indivíduos, principalmente, aqueles que serão capazes de aumentar ou diminuir a produtividade, de melhorar ou piorar a qualidade de um serviço e, ainda, gerar maior ou menor lucro para as organizações. Nesse sentido a compreensão dos aspectos envolvidos com a motivação e a satisfação dos trabalhadores que atuam na prestação de serviços de saúde assume papel extremamente relevante.

Da mesma forma, também, tem sido grande o desafio na gestão de seres humanos para integrar os objetivos individuais e os organizacionais, priorizando melhorar a relação entre o trabalhador e a organização. Assim, construir uma relação satisfatória através da diminuição desses conflitos tem provocado especial interesse para a pesquisa e o desenvolvimento de novos conceitos em gerência.

Por isso, é cada vez mais perceptível no âmbito das organizações privadas, a preocupação no desenvolvimento de novas práticas administrativas capazes de resgatar os fatores de motivação e satisfação no trabalho, objetivando a melhoria da qualidade dos produtos e serviços para que sejam competitivos em um mercado cada vez mais seletivo. Assim, é de suma importância que os dirigentes públicos reconheçam a importância do capital humano e que focalizem seus esforços no sentido de propiciarem um ambiente salutar, livre de pressões políticas, interesses particulares ou de grupos e que sejam favoráveis ao desenvolvimento e a modernização da máquina pública e principalmente no gerenciamento dos recursos humanos, para que possam prestar um serviço ágil e de qualidade e que atenda as demandas populacionais.

Os estudos sobre o comportamento humano se apresentam como uma das áreas mais complexas para a pesquisa, seja dentro ou fora das organizações. O nível de motivação e satisfação das pessoas está entre as variáveis causais mais importantes dos aspectos comportamentais do ser humano, pois cada um de nós é dotado de um índice significativo desses aspectos, (*Regis Filho & Lopes, 1996*). Por outro lado, a crise de valores que passa a sociedade, buscando novos paradigmas e definições ao atual momento, tem provocado mudanças no comportamento das pessoas e conseqüentemente nas organizações, (*Jacob, 1996*).

Cofer (1972) observa que os seres humanos pertencem a vários grupos e que esses influenciam o seu comportamento e que da mesma forma muitas vezes se apresentam em

arranjos de grupos em seus locais de trabalho porém, sem haver na realidade um grupo verdadeiro, uma vez que não há interação entre eles.

Neste sentido ao deslocarmos o foco de interesse da organização formal para os grupos informais e suas inter-relações, bem como dos incentivos monetários para os psicossociais, assume interesse particular para o setor de serviços a hipótese de que eficiência e produtividade é função direta da motivação e da satisfação no trabalho, e que este depende do padrão social não convencional do grupo de trabalho.

A complexidade do estudo da motivação humana e a sua relevância no contexto das organizações, deve ser observado no sentido da abrangência do tema e da sutileza das inúmeras variáveis que ele comporta no sentido do próprio entendimento das organizações como um todo, (*Bergamini*, 1983, citado por *Reis* (1993).

Rodrigues (1987) ressalta a importância do debate sobre o que motiva as pessoas em seu comportamento no trabalho, sendo hoje o centro das pesquisas e das atividades da gestão de seres humanos nas diversas organizações.

Assim, é crescente o interesse sobre o tema da motivação no trabalho no campo acadêmico e empresarial, sendo que muitos estudos se concentram sobre a questão da motivação dos trabalhadores para a obtenção de altos níveis de satisfação, desempenho e produtividade, (*Pérez-Ramos*, 1990).

As pesquisas de opinião no campo simbólico, de motivação e do significado do trabalho, se bem conduzidas, tem se mostrado um instrumento auxiliar de planejamento estratégico de extrema utilidade, não para que sirva de tentativa de manipulação das pessoas mas para que em se reconhecendo os fatores motivadores, possibilite projetar um ambiente facilitador ao bom desempenho, (*Koontz, O'Donnell & Wehrich*, 1988).

Um outro aspecto relevante das pesquisas, relacionadas com o fenômeno da motivação nas organizações, é o de permitir a tomada de decisões mais efetivas e acertadas, no sentido de que sejam realizadas com melhor conhecimento, aproveitamento e eficácia de seus recursos e ainda, com a previsão de seus resultados. Isso considerando, sempre, que as pessoas tem diferentes opiniões sobre como determinados fatores pessoais e organizacionais influenciam o comportamento humano no trabalho e no cotidiano e que muitas vezes realizam tarefas para as quais não encontram sentido, (*Bergamini*, 1991).

Palácios (1995) citado por *Jacob* (1996), afirma que o ambiente de trabalho exerce grande influência sobre o comportamento do indivíduo e que também o ambiente é influenciado por aspectos tanto dos indivíduos como da organização.

Por outro lado, os administradores devem criar e manter um ambiente de trabalho que permita a atuação dos indivíduos em grupos capazes da consecução de um objetivo comum, sendo necessário assim, que se incorporem os fatores motivadores aos papéis organizacionais, permitindo a inserção das pessoas nesses papéis e que todo o processo de liderança e direção se apóie no conhecimento da motivação. Nesse sentido, uma vida labutar satisfatória contribuirá para uma vida social e interpessoal efetiva, que consiste na habilidade do indivíduo em se ajustar ao seu meio, assumindo responsabilidades em relação ao grupo social e familiar, adotando atitudes sadias em relação à vida e com o domínio de suas emoções.

Para *Oliveira* (1992), a motivação humana será um dos instrumentos que as novas formas organizacionais utilizarão para atrair seres humanos capazes e de qualidade e que não estarão subordinados as atuais normas expressas, seus horários rígidos e a regulamentos, mas que serão formados para pensar, criar e inovar.

Para *Dejours, Dessors & Desrieux*, (1993) o trabalho não significa apenas um modo de se ganhar a vida mas, sobretudo, uma maneira de inserção social, podendo ser fator de equilíbrio e desenvolvimento pessoal e não apenas fator de deterioração física e psíquica.

Assim, vemos que entre as várias dimensões da vida de relação do ser humano, a ocupacional, ou seja, o trabalho e o significado desse trabalho, bem como as condições em que ele é realizado, são fatores preponderantes no estado de felicidade do indivíduo.

Outrossim, independente das diversas formas de abordagem e teorias sobre a gestão do capital humano nas organizações, o importante é fazer o trabalho produtivo e permitir que o mesmo seja realizado com satisfação, mesmo observando os problemas que o setor público da saúde possa estar enfrentando e que, somente, com a participação e o envolvimento dos diversos atores ativos nesse processo, ou seja, Trabalhadores, Estado e Sociedade, é que todos estarão aptos para a adoção de medidas mais comprometidas com a realidade e mais próximas das soluções, (*Regis Filho, Lopes & Michels*, 1998).

Ainda nesse sentido, uma pesquisa bem conduzida sobre clima e cultura organizacional e motivação dos trabalhadores, possibilitaria a correção de possíveis desvios e falhas do serviço, atender melhor a demanda interna e externa da organização e assegurar a satisfação dos trabalhadores através de uma melhor qualidade de vida no trabalho. Essa integração obtida entre o homem e o trabalho sob o conceito da qualidade de vida no trabalho, deve propiciar um ambiente de maior satisfação e motivação para um

desempenho superior do trabalhador em sua função, (*Macedo, 1993* citado por *Regis Filho & Lopes, 1996*).

Assim as instituições de saúde, particularmente a rede hospitalar, com respeito ao elevado número de demissões, alta rotatividade e a insatisfação dos funcionários, demonstra a necessidade de uma reflexão crítica acerca da gestão dos seres humanos nessas organizações. Os métodos administrativos aplicados neste modelo de organização estão muito centrados na Escola Clássica de Taylor, que prioriza principalmente a atenção nas tarefas a serem realizadas, no cumprimento rígido de normas e rotinas de trabalho e que normalmente estão repletas de atividades fragmentadas, repetitivas e desprovidas de conteúdo, (*Reis, 1993*).

Necessário salientar que esse, talvez, possa ser o retrato não apenas de um segmento dos serviços de saúde e sim de toda a estrutura de serviços de saúde que o setor público abrange e que, certamente, caminha muito aquém de priorizar os aspectos psicológicos e motivacionais dos trabalhadores. Assim, observa-se um grande desafio a ser transposto devido a complexidade desse assunto e em uma área, ainda, tão pouco explorada.

Por outro lado, a ergonomia permite compreender e exercer influência em diversos aspectos da organização. Um desses aspectos é o que diz respeito ao conflito que opõe o desejo do trabalhador à realidade do trabalho, colocando face a face o seu projeto espontâneo e a organização do trabalho, que limita esse projeto e que prescreve seus modos operatórios de forma precisa, (*Dejours, Dessors & Desriaux, 1993*).

A utilização dos princípios ergonômicos se une aos objetivos das organizações, dos indivíduos que a compõem e da sociedade a que pertencem. Tais princípios servem tanto para aumentar a produtividade de um sistema como para adequar a carga física, psíquica e mental de trabalho de um operador.

Wisner (1994) alerta que um ergonomista deve saber o que realmente fazem os trabalhadores e seus chefes, de modo que possa perceber nesse vasto campo de conflitos e problemas, quais podem de fato ser tratados ou pelo menos melhorados pela administração do próprio trabalho. O autor ressalta, ainda, para os aspectos de sobrecarga no trabalho, sejam de caráter físico, cognitivo e/ou psíquico, sobretudo para que os trabalhadores não sejam submetidos às situações ou ambientes com elevada carga de estresse e sofrimento psíquico e não sejam induzidos a reações adversas, perigosas e indesejáveis ao bom funcionamento do trabalho e à organização.

O presente estudo tem o intuito de contribuir neste amplo campo de debates sobre o homem e o trabalho, tendo como objetivo geral conhecer e compreender a motivação no trabalho dos funcionários dos serviços de saúde pública e como objetivos específicos:

- Identificar no trabalhador seus valores e expectativas relacionadas ao trabalho;
- Conhecer sentimentos, frustrações, anseios e incentivos com relação ao ambiente organizacional interno;
- Identificar o significado do trabalho como fonte de prazer e realização para os trabalhadores em serviços de saúde pública;
- Traçar o perfil dos trabalhadores quanto a idade, sexo e aspectos sócio-econômicos; e
- Sugerir mudanças para a melhoria dos serviços de saúde pública.

O estudo se compõe de cinco capítulos, assim estruturados:

- os serviços de saúde na antiguidade, no Brasil, no município onde foi realizado o estudo de caso e o Sistema Único de Saúde (SUS), *capítulo II*;
- aspectos teóricos da motivação humana: teoria do impulso, teoria do instinto, teoria comportamental e teoria cognitiva e teorias da motivação humana para o trabalho: teoria da motivação humana de Maslow, teoria dos fatores de Herzberg, teoria das necessidades secundárias de McClelland, teoria X e teoria Y de McGregor, teoria da maturidade-imaturidade de Chrys Argyris, os padrões de administração de Likert e a teoria de campo de Kurt Lewin, *capítulo III*;
- estudo de caso realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC, apresentando a metodologia para o levantamento de dados e a metodologia estatística utilizada, estrutura da organização, análise e discussão dos resultados e sugestões para a instituição, *capítulo IV*; e
- por último, conclusões e recomendações gerais para a melhoria dos serviços de saúde pública e para futuras pesquisas, *capítulo V*.

É importante salientar que o presente trabalho deve ser compreendido no âmbito da organização e dos trabalhadores pesquisados e que análises mais generalizadas devem ser realizadas com cautela, observando os limites que um estudo de caso possibilita e do tipo específico de serviços oferecidos pelo setor saúde.

CAPÍTULO II - OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

A evolução na forma de gerir a prestação de serviços públicos de saúde acompanha o desenvolvimento das ciências médicas, administrativas e sociais, sendo que os primeiros relatos sobre a assistência médica, concomitante ao surgimento da medicina, datam de 3.000 a.C. na Mesopotâmia. Relatos bíblicos sobre a hanseníase, no Velho Testamento, nos indicam traços culturais dos povos egípcios e práticas que se perdem no tempo, mas que deixam marcas na história da medicina atual, (*Mascarenhas*, 1976).

Na antiga China a medicina se baseava na idéia de que deveria existir um equilíbrio entre as duas propriedades essenciais a todas as coisas: o Yin e o Yang. Para a manutenção da saúde através desse equilíbrio os médicos se utilizavam da acupuntura e do uso de ervas, (*Kindersley*, 1997). Algumas dessas práticas persistem até os nossos dias.

Mesmo em tempos remotos, no século XI a.C. o governo egípcio já criara algum tipo de organização gestora de serviços de saúde para o atendimento de doentes pobres e na China do século XII a.C., também, já funcionavam clínicas gratuitas. Por outro lado, na Grécia, nos estados gregos da Europa, bem como nas colônias gregas asiáticas, foram instalados os “Asclépios”, nome dado em honra ao deus Esculápio, e que eram unidades destinadas a receber doentes e viajantes para abrigo e tratamento, mediante o pagamento de oferendas, (*Ramos*, 1972, citado por *Mascarenhas*, 1976).

Hipócrates, e sua escola, dá início a fase empírica da medicina, buscando hipóteses que pudessem ser explicativas e estabelecendo investigações e análises críticas rigorosas sobre todas as áreas de conhecimento, na tentativa de uma explicação lógica aos fenômenos naturais, (*Castiglione*, 1941 citado por *Mascarenhas*, 1976). Foi o primeiro médico a adotar métodos científicos na prática médica, como o exame detalhado dos pacientes e o registro de sua história clínica, (*Kindersley*, 1997).

Artistas e cientistas do Renascimento dão novo enfoque a medicina e, principalmente, a anatomia pois, ao invés de basearem seus estudos na inferência e na intuição, passam a fazer dissecações em corpos humanos. Leonardo da Vinci (1452-1519)

e Michelangelo (1475-1564), elaboraram desenhos detalhados de músculos e ossos. No século XVI médicos italianos dão seqüência a esse trabalho, principalmente na faculdade de medicina de Pádua e nos hospitais de Salerno e Bolonha, sendo André Vesálio (1514-64) o maior anatomista da Renascença e que já ministrava aulas dissecando corpos, (Kindersley, 1997).

Os hospitais, tais como conhecemos hoje, apareceram na era Cristã (369 d.C.) se multiplicando por toda a Europa desde a Idade Média até o século XVIII e a assistência aos doentes internados ou não, era praticada em nome da fé Cristã, (Mascarenhas, 1976).

No século XVIII médicos turcos descobrem que as pessoas nunca contraíam varíola duas vezes e que se fosse inoculado uma forma atenuada da doença os indivíduos não desenvolveriam a patologia. O médico inglês Edward Jenner (1749-1823) observa que as pessoas que manifestaram varicela, também, não contraíam varíola e dessa forma em 1796 passa a imunizar seus pacientes com pequenas doses do vírus da varicela. A partir desse momento foram elaboradas vacinas contra várias doenças, principalmente as que apresentavam elevados índices de mortalidade, como: tifo, raiva, poliomielite, difteria, tétano, entre outras, sendo a varíola considerada extinta do planeta na década de 1970, (Kindersley, 1997).

Com a era dos descobrimentos e o processo de colonização da América Latina, os portugueses e espanhóis trouxeram para o Brasil uma infinidade de doenças como a varíola, a cólera, a hanseníase e a febre amarela e que praticamente dizimaram a população indígena. Até então, a única assistência à saúde dos índios era aquela prestada pelos pajés que creditavam suas curas a rituais místicos e forças sobrenaturais.

Os holandeses quando ocuparam extensa faixa do litoral norte do país, por volta de 1630 à 1654, deixaram uma importante obra para a bibliografia médica brasileira, publicada em 1648 na Holanda, sobre ciências naturais, tendo como autores Willem Piso e George Marcgraf. Esse último botânico, astrônomo, naturalista e médico da comitiva de Maurício de Nassau, percorreu o ^{NORDESTE} norte do Brasil, de Pernambuco ao Maranhão, anotando e descrevendo os acidentes geográficos, fatores meteorológicos, a flora e a fauna, (Santos Filho, 1977).

Com a morte de George Marcgraf aos 34 anos de idade, quando realizava pesquisas nas colônias holandesas na África, é designado para substituí-lo o médico Willem Piso e que trabalhando nas mesmas regiões percorridas por seu antecessor, estudou e descreveu as doenças além de pesquisar vegetais e suas propriedades terapêuticas. Das suas

investigações e observações clínicas, próprias ou junto aos manuscritos de Marcgraf, escreveu e editou o livro *História Naturalis Brasiliae*, tornando-se o primeiro tratado de patologia e terapêutica brasileira, (*Santos Filho*, 1977).

No início do século XVIII, graças a colonização portuguesa, em quase todas as capitanias já existiam as Santas Casas de Misericórdia, que serviam tanto para os cuidados da saúde individual ou como instrumento de evangelização pelos jesuítas. Nessa época, começaram a chegar os primeiros físicos, denominação dada aos médicos clínicos na Europa, principalmente em Portugal e na Espanha, os cirurgiões, os barbeiros e os boticários, que exerciam as ciências médicas com maior cientificidade e a quem os pudessem pagar. Portugal, preocupado com a assistência às tropas, inicia também a implantação dos hospitais militares em São Luís do Maranhão, no Rio de Janeiro, em Salvador, em Santos e São Paulo, Vila Rica, Porto Alegre e Belém, (*Aguilera & Bahia*, 1992 citado por *Iyda*, 1994).

Nessa época, também, eram comuns nos arredores dos centros urbanos que começavam a se organizar, como São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Recife, conglomerados de casas conhecidos por Lazaretos, para a instalação dos hansenianos e os acometidos de varíola, que recebiam alimentos e roupas doados pelo governo e pelos cidadãos para a sua subsistência, (*Antunes, Nascimento & Nassi*, 1992).

Até o século XIX, graças ao modelo colonizador português que primava a exploração mercantilista de suas colônias, o Brasil não havia apresentado desenvolvimento científico algum, principalmente na área da saúde. Até então o enfoque estava voltado ao controle das doenças e as medidas tomadas eram principalmente as que combatiam a hanseníase, a peste, a febre amarela e a varíola, bem como as de controle sanitário dos portos, por se tratarem de fatores fundamentais para a economia, (*Souza*, 1991).

Do mesmo modo, a assistência prestada pelos jesuítas e pela irmandade nas Santas Casas de Misericórdia visava nada além do que a medicalização dos doentes nos espaços urbanos, deixando nítida a inexistência de uma organização e um planejamento em saúde que visasse o combate às causas das doenças, (*Nunes*, 1983).

Com a vinda de D. João VI e da família real, em 1808, e a transferência do poder político e administrativo de Portugal para o Brasil, é que se estabelecem algumas mudanças importantes no nível político, econômico e social. Na área da saúde foram implementadas medidas de regulamentação e implantação de cursos de formação de médicos, cirurgiões e farmacêuticos, sendo a primeira delas a Escola de Anatomia e

Cirurgia na Bahia, marcando o processo de institucionalização da medicina no Brasil, (*Luz*, 1992).

No século XIX era perceptível por toda a Europa as transformações na finalidade dos hospitais, que se tornavam mais filantrópicos e mais científicos, graças ao movimento filosófico do século anterior, o desenvolvimento de outras ciências e da revolução tecnológica. A assistência médica também se modifica rapidamente, graças as transformações sócio-econômicas advindas do movimento mundial de industrialização, (*Mascarenhas*, 1976).

A partir deste momento histórico um conjunto de mudanças se sucedem, caracterizados pelo crescimento abrupto das cidades como Londres, Paris e São Paulo, transformando-as em metrópolis, o crescimento demográfico se dando de forma desordenada e com isso o agravamento de problemas de afavelamento, falta de rede de abastecimento, inadequado escoamento de resíduos domiciliares e de infra-estrutura deficiente, como pavimentação e drenagem pluvial. Além disso, há o próprio agravamento das condições do trabalho operário, por não haver uma legislação de regulamentação, a pressão do pensar capitalista e das dificuldades financeiras do assalariado. É nesse quadro de mudanças que as grandes cidades necessitavam de uma estruturação da assistência médico-hospitalar e das ações e serviços de saúde, para que se adequassem às suas novas necessidades, (*Luz*, 1982 e *Merhy*, 1985).

Durante o período do império, mais precisamente de 1828 à 1850, a saúde pública no Brasil era de responsabilidade dos municípios e que pouco fizeram além de organizar alguns regulamentos visando o saneamento do meio. A existência nessa época de uma legislação sanitária não surtia qualquer alteração no quadro de saúde, já que não havia uma estrutura de serviço sanitário capaz de efetivar tais regulamentos, nem tampouco qualquer investimento nesse setor, além de se estar agregando ao aparelho do Estado que se estruturava, o desinteresse na resolução da problemática da saúde, considerando que algumas medidas poderiam comprometer a política clientelista praticada pelos vereadores e o medo da perda dos cargos por parte dos fiscais do governo, (*Iyda*, 1994).

A partir da segunda metade do século XIX, a estrutura econômica e social brasileira começaria a sofrer mudanças, provocadas pela ordem econômica internacional, orientando um processo de transição do escravismo ao capitalismo, da monarquia à república. Nesse contexto de transição interna, fatores históricos de relevância no desenvolvimento do setor saúde se destacam:

- a) criação em 1885 do Conselho de Saúde Pública e a sua constituição em 1890, que passa a ser o responsável pelas condições sanitárias dos portos e a vigilância das localidades e habitações populacionais, vacinas, fiscalização dos alimentos, consumo e fabricação de bebidas;
- b) regulamentação em 1892 do Laboratório de Bacteriologia do Estado de São Paulo, que estudava a natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das doenças infecto-contagiosas; e
- c) criação, em 1893, do Instituto Soroterápico de Manguinhos, que logo se converteria no maior centro de pesquisas científicas do país formando uma escola de professores e pesquisadores, com influência direta no ensino médico, no desenvolvimento científico e na tecnologia médica e sanitária, segundo registros do Instituto Adolfo Lutz, (*Antunes, Nascimento & Nassi, 1992*).

Santos Filho (1977), estudioso da história da medicina brasileira, afirma que as condições culturais, econômicas e de desenvolvimento, desde a época do descobrimento, não permitiu a formação de uma ciência própria no Brasil, quando muito o reflexo dos preceitos advindos dos centros culturais europeus, que aqui eram transplantados e adaptados.

Até o final do século XIX se desconhecia a causa da maioria das doenças, sendo que Louis Pasteur, na França, pesquisava as bactérias no estudo da fabricação do vinho e da cerveja. Suas pesquisas demonstravam que o calor matava as bactérias e que estas interrompiam o processo de acidulação, do mesmo modo que propiciavam o apodrecimento de alguns alimentos, assim para evitar o azedamento do leite, Pasteur elevava a temperatura e rapidamente o seu resfriamento matando as bactérias existentes. A esse processo foi denominado de pasteurização, sendo utilizado até os dias de hoje, (*Kindersley, 1997*).

Em 1903 e 1904 são instituídas no Brasil por Oswaldo Cruz, então nomeado chefe dos serviços sanitários do governo Rodrigues Alves, e que também havia estagiado na França ao lado de Pasteur, a vacinação obrigatória contra a varíola, notificação de doenças como a tuberculose, febre tifóide e outras infecciosas e parasitárias, e a criação do Código Sanitário a ser uniformizado em todo o país. Essas medidas de cunho jurídico impositivo buscavam nada mais do que soluções imediatistas para problemas agudos de saúde que afetavam a economia do café e por isso sujeitas às pressões políticas, que sob a hegemonia

da burguesia cafeeira dá o início a incorporação da saúde como uma área de atuação do Estado, (*Iyda*, 1994).

Paralelamente, se dá o início aos programas de remoção de moradias insalubres nos centros das cidades, principalmente no Rio de Janeiro, para a melhor circulação das mercadorias. Para *Iyda* (1994), o cunho de tais medidas saneadoras, dos programas de vacinação obrigatória, autoritariamente impostas pelo Estado, nada mais produziam do que o isolamento geográfico e social das camadas mais desfavorecidas da população, numa intenção de coerção às classes populares, bem como de mecanismos de controle social.

Em 1923, com a reforma sanitária de Carlos Chagas, amplia-se a esfera das ações de saúde para as questões de cunho coletivo e a sua amplitude no atendimento, buscando também o saneamento rural, a higiene infantil, industrial e profissional, a fiscalização e supervisão dos portos e o combate as endemias rurais, com a criação do Departamento Nacional de Saúde, (*Luz*, 1986).

Entretanto, se no Brasil os serviços de saúde se organizavam sob um caráter paliativo, objetivando o combate das grandes endemias, na Europa médicos e pesquisadores buscavam encontrar drogas que pudessem curar infecções no interior do organismo. Em 1928 Alexandre Fleming identifica um fungo, o *Penicillium Notatum*, capaz de inibir e matar algumas bactérias, como os *staphylococcus*, em seu meio de cultura. Com a ajuda de outros pesquisadores conseguiram isolar a substância antibacteriana proveniente do fungo, denominaram-na de penicilina e que a partir de 1941 passou a ser utilizada para o tratamento de infecções. Esse foi o primeiro passo para o descobrimento de outras drogas antibióticas que viriam a contribuir na redução de doenças bacterianas e no desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica, (*Kindersley*, 1997).

Nesse período a Europa era o principal centro de pesquisa na área médica e o Brasil sofria interferências do capitalismo internacional, além da crise mundial decorrente da 1ª Guerra Mundial, da Revolução Russa e da Revolução Nacionalista na França. Fato marcante dessa época no Brasil é o início da previdência social com a implantação das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), criadas através da Lei Eloy Chaves, Decreto Legislativo nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, (*Costa*, 1987).

Nos anos 20 as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) foram organizadas pelas empresas e administradas em conjunto com os trabalhadores, sendo na época o setor responsável pela assistência médica oferecida aos trabalhadores, (*Nunes*, 1983).

Por outro lado, com o processo de industrialização no Brasil, o Estado, enquanto mediador de interesses divergentes entre a oligarquia rural e a emergente burguesia industrial, mantinha o seu papel de interventor nos rumos da economia do país, como estratégia para a cooptação das classes trabalhadoras.

Paralelamente, as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) são extintas e implantados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com caráter público das autarquias e geridos por sindicatos e governo. Um longo período de sindicalismo atrelado ao Estado se inicia. Os burocratas desses fundos de pensões defendiam preferencialmente a garantia das pensões e aposentadorias, restringindo as modalidades de atenção à saúde e por outro lado favorecendo a medicina previdenciária em detrimento a estratégias políticas que se voltassem à saúde pública, sendo que nessa época o Governo Federal mantinha um serviço de assistência médica, domiciliar e de urgência – SAMDU, (Pasold, 1978). Em 1967 há a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), (Teixeira, 1990).

O quadro do setor saúde está assim caracterizado, principalmente, por um sistema hospitalar altamente empregador de mão de obra especializada e consumidor de insumos produzidos pelas indústrias multinacionais farmacêuticas e de equipamentos que aqui se instalavam, e ainda, pelo privilégio das clínicas particulares e da contratação de serviços privados pela previdência, justificados pelos princípios liberais da atividade médica em detrimento a investimentos na rede instalada antes de 1964 e pelos escassos investimentos repassados ao Ministério da Saúde.

Por outro lado, entre as décadas de 1930 a 1960, o Estado forçava sua tradição centralizadora ao atribuir, em seu nível central, o papel principal no planejamento do desenvolvimento econômico, burocratizando a máquina administrativa. Para isso, foram realizadas reformas administrativas em vários países, principalmente os da América Latina, com o objetivo de fortalecer o governo central dotando-o de condições técnicas para intervir de maneira mais planejada e eficaz. O predomínio dos governos militares autoritário-burocráticos não somente preteriu a demanda por descentralização mas, também, fortaleceu as estruturas centrais com um estilo de gestão altamente excludente e autoritário, no sentido de uma autonomia decisória e com a repressão que, entre outras, impunha um projeto de desenvolvimento econômico que favorecia certas frações do capital nacional associado e ou as empresas transnacionais, Teixeira (1990).

Outra característica do período de regime militar no Brasil era o de privilegiar, na condução dos órgãos previdenciários três grupos de caráter convergentes: proprietários de hospitais e clínicas particulares credenciados, grandes empresários e os antigos burocratas dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), favoráveis a limitação dos benefícios e ao sucateamento da rede pública.

A crise econômica com a forte recessão que assolava o país, as conseqüências da atenção à saúde voltada a uma prática curativa e não preventiva e o balanço deficitário do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), demonstravam a acentuada falência do setor saúde.

Por outro lado, no início da década de 80, com o fim do milagre econômico, a busca por alguns setores da sociedade pela redemocratização do país e o fracasso das políticas para a educação e saúde, faz surgir um novo processo na área da saúde. A ênfase está na implantação da Reforma Sanitária que emergiu da articulação de um movimento social pela saúde, caracterizado pelo forte pensamento crítico e de caráter contra-hegemônico e cujas diretrizes expressam saúde como qualidade de vida, transcendendo a simples oferta de serviços e como resultante de ação articulada de diferentes setores como educação, habitação, saneamento, transporte, lazer, etc., em uma população geograficamente referenciada, (*Escorel*, 1987 citado por *Teixeira*, 1995).

Para tanto, em 1983 o governo federal regulamenta a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham no seu bojo como principal estratégia a ampliação da cobertura assistencial. Posteriormente, em 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representava a tentativa de institucionalizar os princípios de unificação e descentralização a nível dos estados, reduzindo o controle exercido pelos órgãos federais prestadores de serviços de saúde, (*Neto*, 1991).

A crescente mobilização e organização de técnicos progressistas do Ministério da Saúde, que buscavam uma reestruturação e ampliação dos serviços básicos de saúde, bem como nas áreas de saneamento e de habitação, vêem consagrados suas principais diretrizes na Constituição Brasileira de 1988 (*MS*, 2000) e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, (*Lei 8.080*, 1990 e *Lei 8.142*, 1990).

As Leis Orgânicas da Saúde, a nível federal, pautaram temas relevantes como a constituição do Fundo Nacional de Saúde e os critérios e a forma para distribuição dos recursos para os estados e municípios. Nesse sentido alguns critérios são adotados como a densidade demográfica, a rede pública de saúde pré-existente, o quadro epidemiológico

local ou regional e a média histórica dos gastos em saúde. No que diz respeito aos recursos humanos, as leis propõem isonomia de salários entre as diversas categorias que se vinculam a diferentes organismos públicos. O comando das ações de saúde em nível federal agora é único e exercido pelo Ministério da Saúde.

O planejamento antes centralizado agora é ascendente vindo dos Municípios para os Estados e para o Governo Federal, que fica com a função de avaliação e controle, auxiliado pelo Conselho Nacional de Saúde, que atua também nos Estados e Municípios através dos Conselhos Estaduais de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde, contando com a ampla participação de vários segmentos da população.

As Normas Operacionais Básicas 01/91, 01/92, 93 (MS, 2000) e posteriormente a 96 (NOB/96, 1996), do Ministério da Saúde, foram editadas para normatizar as relações intra-governamentais e contemplou oportunidades e regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação e etapas progressivas para a transferência e gestão local de serviços, representando um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90 nas relações entre as diversas esferas governamentais. Normatiza, ainda, quatro situações transacionais para a gestão do sistema de saúde nas esferas dos Municípios: o modelo de gestão incipiente, parcial, semi-plena e plena, habilitando-os progressivamente mas não necessariamente de forma seqüencial.

Para que um Município esteja habilitado ao modelo de gestão semi-plena é necessário que cumpra alguns pré-requisitos como, instituir o Conselho Municipal de Saúde, criar o Fundo Municipal de Saúde, bem como um sistema de prestação de contas dos recursos provenientes deste fundo, desenvolver um Plano Municipal de Saúde, elaborar o Relatório de Gestão para que sejam efetuadas auditorias por parte do nível central e incrementar sua capacidade gerencial através de recursos humanos capazes de planejar, avaliar e controlar os serviços de saúde públicos e os que forem contratados. Assim, os Municípios têm uma maior autonomia no gerenciamento das ações e serviços de saúde pela qual está referendado, dando maior responsabilidade aos profissionais das secretarias municipais de saúde, (MS, 2000).

No curto período entre 1994 a 1997, 63% dos municípios brasileiros se habilitaram em algumas das situações de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que 144 municípios estão no modelo de gestão semi-plena, nos quais residem 17% da população brasileira e para onde incidem 24% dos recursos financeiros do Fundo

Nacional de Saúde, destinados a assistência ambulatorial e hospitalar, (*Costa & Ribeiro, 1997*).

Uma avaliação desse quadro, mostra que todo esse processo de descentralização de poder tem avançado no sentido em que permitiu o fortalecimento das Secretarias Municipais de Saúde e a participação de segmentos sociais. Assim, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em pesquisa destinada a obtenção do nível de satisfação dos serviços públicos de saúde prestados a população, realizada em municípios nas modalidades de gestão semi-plena ou não, atestaram que esse novo arranjo no setor saúde tem favorecido a qualidade do governo, onde a avaliação da eficiência é mais positiva nas cidades com gestão semi-plena e também, são os que apresentam melhor imagem perante os usuários, (*Costa & Ribeiro, 1997*).

Paralelamente, a cidade de Itajaí começa o seu desenvolvimento com a elevação da vila de Itajaí a condição de município em 4 de abril de 1859 porém, ocorrendo sua instalação solene somente em 17 de junho do ano seguinte. Entretanto, sua fundação histórica data de 1820 com a criação de duas sesmarias, (*d'Ávila, 1982*). Os primeiros habitantes foram os portugueses, açorianos, alemães, italianos e africanos, seguidos pelos suíços, sírio-libaneses e japoneses, (*Anuario de Itajahy para 1924, 1924*). O primeiro estabelecimento de saúde foi, provavelmente, uma Botica, a Farmácia Cruz Coutinho, instalada à rua Lauro Muller, fundada em 1871 pelo Senhor Emílio Augusto da Cruz Coutinho, conhecido como Emílio Botica, nascido em Portugal em 1831 e falecido em Itajaí em 1925, (*Linhares, 1997*).

Em 1887 é inaugurado o Hospital Santa Beatriz que fora construído com o imposto da madeira exportada através do porto no município, sendo o primeiro hospital regional a ser instalado na região. Em 1923 já funcionava um Posto de Profilaxia Rural, órgão responsável pela prevenção e profilaxia das doenças endêmicas, principalmente a ancilostomose, a febre tifóide, malária e o impaludismo, atendendo um número significativo de municípios da faixa litorânea do estado, então Província de Santa Catarina, (*Anuario de Itajahy para 1924, 1924*).

O Centro de Saúde de Itajaí foi instalado em 1938, operando até 1945, e prestando socorros médicos e medidas profiláticas que se fizessem necessárias. A partir de 1947, torna-se sede do segundo Distrito Sanitário do Estado de Santa Catarina que compreendia todos os municípios do vale do Itajaí e Camboriú, (*Amúario de Itajaí para 1949, 1949*).

Em 1983 o município de Itajaí assina o termo de adesão as Ações Integradas de Saúde (AIS), oportunizando o crescimento da rede ambulatorial e impulsionando o processo de participação de lideranças comunitárias e representantes institucionais através da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Itajaí.

A partir de 1996 o município de Itajaí passa para modalidade de gestão semi-plena, nos moldes da Norma Operacional Básica/93, sendo que atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí se encontra no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a modalidade de gestão plena dos recursos financeiros, humanos e de ofertas de serviços, de acordo com a Norma Operacional Básica/96. Representa, assim, um município pólo para ações de saúde em sua micro região de abrangência e, para tanto, mantém uma estrutura com serviços de referência e contra-referência hierarquizada, com atividades do nível I – atividades primárias, nível II – atividades secundárias e nível III – atividades terciárias de atenção em saúde. Isso significa que produz o atendimento básico nos postos de saúde, atendimento especializado nas policlínicas de saúde, unidades de referência para saúde da mulher e da criança, AIDS, hospital dia, bem como contrata demais serviços e tem um hospital regional de médio porte, uma maternidade e um hospital infantil conveniados.

CAPÍTULO III - A MOTIVAÇÃO HUMANA

Os seres humanos freqüentemente fazem suas escolhas entre uma ação em detrimento de outra ou agem de uma forma ao invés de agir ou reagir de outra. Isso ocorre em virtude de que ações implicam em escolhas ou em impulsos que determinam o curso da ação em uma determinada situação. A motivação humana poderia designar tais fenômenos do comportamento humano. Para *Hersey & Blanchard* (1977), o estudo da motivação e do comportamento é uma busca a respostas para perguntas complexas a respeito da natureza humana.

Para *Murray* (1967) o ser humano é um maravilhoso organismo capaz de perceber eventos, formular juízos complexos, recordar informações, resolver problemas e pôr um plano em ação. Este ser repleto de capacidades dará curso as suas ações ou fará uso dessas habilidades dependendo de sua motivação. A motivação está envolvida e é determinante em todas as espécies de comportamento, seja na aprendizagem, no desempenho de uma atividade, na recordação, no esquecimento, no pensamento ou na criatividade.

Dorin (1981) citado por *Rodrigues* (1987), conceitua motivação como um termo que abrange as necessidades, desejos, impulsos, interesses e os propósitos de um indivíduo.

Sócrates, Platão e Aristóteles concebem o homem como um ser racional diferente de todas as outras criaturas e, por isso, capaz de dirigir sua vida para poder conseguir aquilo que busca e se sentir realizado, (*Bergamini*, 1986). Outros filósofos da Antigüidade, depõem sobre o hedonismo e o idealismo como os fatores mais básicos da motivação humana, onde a premissa no primeiro caso está em que o homem ama o conforto e o prazer e para os idealistas são a virtude e o saber que constituem os motivos mais altos, (*Lopes*, 1980).

Berelson & Steiner (1964) citado por *Lopes* (1980), definem um motivo como sendo um estado interno que o energiza, o torna ativo ou o move e o dirige ou canaliza o seu comportamento em direção a objetivos. Ainda, conceitua também a motivação como sendo o entendimento das relações entre “necessidades/estímulos ou impulsos/objetivos”.

Lopes (1980) alerta para a grande dificuldade em identificar os motivos que estimulam e determinam o comportamento humano quando se considera as várias diferenças culturais, as várias diferenças entre indivíduos dentro de uma mesma cultura, a manifestação e expressão de um motivo diferentemente em cada indivíduo, os motivos que muitas vezes se expressam de forma disfarçada no comportamento das pessoas e, ainda, que qualquer ato do comportamento humano pode significar a expressão de vários motivos. O autor, para o complexo estudo psicológico da motivação, faz a classificação entre os diversos tipos de motivos que movem o ser humano, categorizando-os em motivos primários, motivos secundários e motivos gerais. Para o autor, são motivos primários ou ainda denominados naturais, não aprendidos, fisiológicos, biológicos ou de sobrevivência, àqueles motivos que não surgiram em decorrência do aprendizado e que representam uma necessidade fisiológica. São exemplos: a fome, a sede, o sono ou a função sexual.

Os motivos secundários são aqueles que surgem como resultados do processo de aprendizagem do indivíduo, por exemplo: superioridade ou poder, realização, afiliação, segurança, status e dinheiro. Esses têm uma grande relevância no entendimento do comportamento humano em geral e para o comportamento organizacional em particular.

Por último os motivos gerais, que não podem ser classificados nem como primários nem como secundários, ou seja, são motivos não aprendidos, entretanto sem nenhuma base fisiológica. Nesses se incluem a capacidade, ou seja, o pressuposto de que os seres humanos são capazes e competentes de interagir com o meio, curiosidade, manipulação e atividade, caracterizados como os impulsos naturais dos seres humanos para explorar, manipular objetos e se manterem em atividade.

Para *Wittig* (1981), os “motivos não aprendidos” são os que requerem ser satisfeitos para a sobrevivência do indivíduo e, além dos citados por *Lopes* (1980), relaciona a necessidade de ar e de manutenção da temperatura corporal, alívio da fadiga e a eliminação dos resíduos orgânicos. A dor não se acha classificada como um motivo de sobrevivência, porém é sabido que é um motivo não aprendido.

Bergamini (1989) ressalta, através das diversas teorias sobre a motivação humana, de que ninguém é capaz de motivar outra pessoa e, ainda, atenta para o caráter individualizado que é o da motivação humana, ou seja, como sendo um fenômeno intrínseco, servindo-se muitas vezes de fatores extrínsecos para que tão somente uma pessoa possa atingir os seus objetivos e num determinado momento. Portanto, sob esta ótica, afirma ser inútil acreditar em fórmulas garantidas que possam atingir a motivação de

um grupo de indivíduos ou trabalhadores e, ainda, impossível se fazer generalizações estatísticas acerca do comportamento humano.

Koontz, O'Donnell & Weihrich, (1988) explicam a motivação como uma reação em cadeia das necessidades-desejos-satisfações, onde necessidades originam desejos ou metas a serem almeçadas, que por sua vez causam tensões, isto é vontades não satisfeitas, levando então a ações com o intuito da realização dos desejos, causando satisfação. Deve-se salientar que essa reação em cadeia acontece numa intensa interação com o meio, Fig. 01 modificada de *Koontz, O'Donnell & Weihrich, (1988)*.

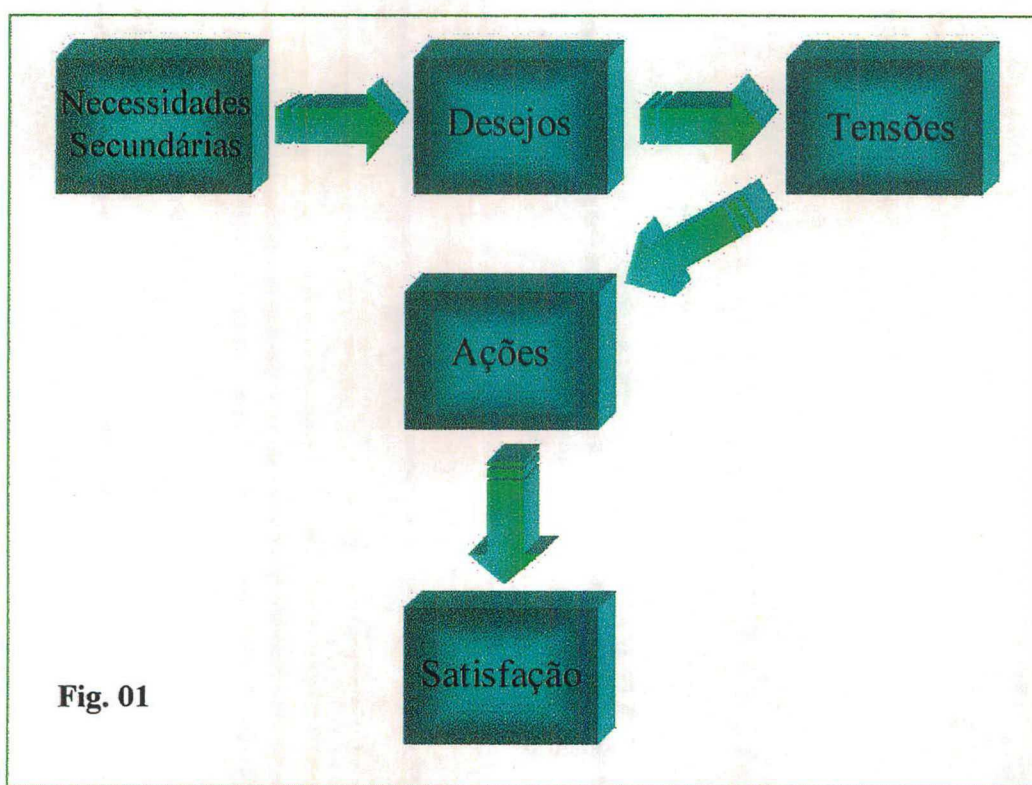


Fig. 01

Para *Bergamini (1989)* cada indivíduo possui um norteador comportamental. Seja por sua bagagem genética, vivências intra-uterinas, experiências do parto, além das experiências inéditas vividas por si próprio ao longo de seu desenvolvimento.

Além disto, análises e pesquisas sobre esse assunto tem gerado o desenvolvimento de várias concepções teóricas a fim de obter respostas satisfatórias às indagações que envolvem o comportamento humano. A psicologia através de alguns aspectos teóricos

básicos se propõe a este fim, sendo a teoria do impulso, a teoria do instinto, a teoria do comportamento e a teoria da cognição as de maior consenso entre os pesquisadores.

3.1 PRINCIPAIS TEORIAS SOBRE A MOTIVAÇÃO HUMANA

Os usos que uma pessoa der às suas capacidades humanas dependem de sua motivação, seus desejos, carências, necessidades, ambições, apetites, amores, ódios e medos. Assim, durante séculos filósofos e teólogos debateram a natureza do homem e ao fazê-lo, formularam perguntas e extraíram conclusões sobre a motivação, (Murray, 1967).

Por outro lado, os estudos científicos da motivação humana começaram em épocas recentes e diversos métodos foram propostos. Algumas teorias serão abordadas, porém é conveniente ressaltar que não existe uma única e realmente aceita estrutura teórica para motivação humana.

3.1.1 A TEORIA DO IMPULSO

O homem está num constante estado de carência e isso o impulsiona, através de uma fonte interna, a um comportamento que busque o seu restabelecimento, o seu equilíbrio e a manutenção deste equilíbrio, (Reis, 1993).

Para Murray (1967), a lógica da teoria do impulso está no desenvolvimento do conceito da homeostase apresentado pelo fisiologista Walter B. Cannon em 1932, que relata sobre um estado de desequilíbrio corporal sempre que as condições internas se desviam de um estado constante normal. Dessa forma o corpo através de impulsos psicológicos tenta recuperar o equilíbrio. Hull (1943), citado por Reis (1993), define o impulso como um determinante das ações originado de desequilíbrios biológicos.

Cofer (1972) sob o aspecto fisiológico da motivação, reforça a teoria da homeostase da natureza ao relatar que a motivação humana está diretamente relacionada ao equilíbrio dos processos corporais, ou seja, a auto regulação corporal objetivando o equilíbrio fisiológico interno. Quando há a quebra desse equilíbrio haverá uma interferência nos mecanismos de regulação. Por exemplo, se privarmos nosso organismo da água isto resultaria numa perturbação nas fontes de energia e no equilíbrio hidrolítico do corpo e

conseqüentemente na procura por água e em saciarmos a sede, restaurando o déficit e portanto o equilíbrio.

A teoria da motivação neste enfoque postula fontes locais de estimulação, como as contrações do estômago na fome, boca e gargantas secas na sede e a inquietação dos órgãos sexuais no desejo sexual, (Cofers, 1972).

Por outro lado, os próprios postulantes de tal teoria perceberam que apenas a estimulação local não seria suficiente para explicar tais impulsos para procurar alimentos e se alimentar, ou a bebida e beber e, também, o comportamento sexual quando esses prosseguem mesmo que os órgãos ou os estímulos locais já tenham sido alterados e o equilíbrio restabelecido. Assim, para Cofers (1972), também, associam-se os fatores químicos e neurais. Relacionam-se à fome e à sede certas regiões do hipotálamo, a sensibilidade de algumas células do hipotálamo e à concentração de determinadas substâncias no sangue, bem como, ao apetite sexual a um estado de prontidão hormonal e a presença de estímulos externos provindos do companheiro, comprometendo diversas estruturas neurais em conjunto com o hipotálamo,

Entretanto, para Wittig (1981), os motivos que determinam a teoria do impulso são os motivos de sobrevivência e os motivos não aprendidos.

Parece claro, que em relação ao impulso puro, apenas a sede ou a fome ou o desejo sexual e a privação desses não eram e não são, essenciais a execução da atividade humana, sendo essa também influenciada por outros incentivos internos ou externos.

Por outro lado, podem ocorrer uma série de combinações de fatores, como não aprendidos com fatores aprendidos ou motivos combinados, como no caso da atividade sexual. A princípio, a atividade sexual provém de um motivo não aprendido e de sobrevivência para a preservação das espécies, porém é sabido que o comportamento sexual sofre influências de outros fatores, como a beleza, o comportamento do parceiro, a estimulação e a moralidade sexual em determinados grupos sociais.

3.1.2 A TEORIA DO INSTINTO

McDougall (1908) citado por Lopes (1980), definiu o instinto como sendo uma disposição inata que conduz o organismo para perceber ou prestar atenção a qualquer objeto e a agir ou sentir impulso para agir, encontrando expressão em um modo de comportamento determinado e específico. O pressuposto chave para o entendimento desta

teoria está na predisposição natural dos indivíduos para um determinado comportamento, ou seja, agir instintivamente não requer consistência racional ou um comportamento sob a ótica da lógica. Dos instintos básicos que motivam o ser humano estão o ódio, o amor, a inveja, o ciúme, o medo, a curiosidade, a simpatia e a antipatia, a imitação, a sociabilidade e a empatia. O autor, também, define o comportamento instintivo como anterior a qualquer aquisição individual ou seja, a aprendizagem.

Os estudos de Sigmund Freud, citados por *Wittig* (1981), sobre a mente humana expõem um homem incapaz de perceber conscientemente todos os seus desejos e, por isso, nem sempre capaz de verbalizar todas as suas motivações. A mente humana é comparada a um enorme iceberg, onde a parte visível é o consciente e a parte submersa o inconsciente. Nessa concepção o comportamento normal de um indivíduo poderá corresponder a certos motivos que não possam ser explicados conscientemente. *Wittig* (1981) acrescenta, ainda, que grande parte da motivação inconsciente se dá freqüentemente pela expressão de desejos agressivos ou sexuais.

Vernon (1973) e *Cofer* (1982) citado por *Reis* (1993), afirmam que é a Teoria da Evolução de Charles Darwin que melhor fundamenta a Teoria do Instinto, já que Darwin foi o primeiro a acreditar que os instintos, através da seleção natural, eram herdados de gerações em gerações para a adaptação e a sobrevivência das espécies.

McDougall (1960) citado por *Murray* (1967), desenvolveu a Teoria do Instinto como algo mecânico e cego e, numa visão mais sistemática, considerou como uma tendência proposital, herdada ou inata e em busca de objetivos determinados. O autor deu ênfase ao instinto sexual e ao instinto agressivo como sendo os de maior importância e acrescenta, ainda, um número maior de instintos básicos da espécie humana como o instinto de fuga, de repulsa, de curiosidade, de tenacidade, de degradação própria, de amor próprio, de paternidade, de manutenção da espécie, de fome, de sede, o gregário, os de aquisição e a construtividade.

Segundo *Murray* (1967), por volta de 1920 John Watson e outros representantes da escola behaviorista começaram a condenar a Teoria do Instinto buscando uma explicação para o comportamento humano não advindo da hereditariedade. Além disso, havia um número cada vez maior de autores que acrescentavam instintos ao rol dos quase 6.000 até então categorizados e que representavam o comportamento instintivo, sendo que dessa lista constava o instinto de não comer maçãs do seu próprio pomar.

Já para *Lopes* (1980), foram esses estudos e principalmente os de Freud sobre o inconsciente relevantes na compreensão do comportamento humano, porém de significado menor nos estudos modernos sobre a motivação humana.

3.1.3 A TEORIA DO COMPORTAMENTO

Os psicólogos behavioristas ou chamados comportamentais, apontam a supremacia dos condicionantes ambientais na estruturação e direcionamento da ação das pessoas. No repertório psíquico as forças interiores de cada indivíduo são o resultado dos condicionamentos externos já incorporados, *Bergamini* (1989).

Pavlov, fisiologista russo, no início do século XX iniciou estudos através de experimentos com cães e elaborando, a partir desses estudos, alguns conceitos, sendo um deles que certa parte do comportamento é provocada por estímulos e é especialmente precisa a previsão desse comportamento, (*Skinner*, 1985). Entretanto, não se pode exagerar e conceber o comportamento humano apenas como um vasto repertório de ações reflexas. Os experimentos de Pavlov são relatados no livro "Reflexos Condicionados".

Thorndike (1898) citado por *Keller* (1968), utilizando-se de gatos, cães e ratos confinados em alçapões, pôde descrever num gráfico a curva de aprendizagem desses animais, registrando o comportamento e estabelecendo que um determinado evento seria sempre seguido de um comportamento, ou seja, a porta do alçapão se abre e o tempo em que os animais levariam para escapar mais simples e rapidamente e alcançar um alimento. Esses estudos originaram a Lei do Efeito, sendo o ponto de partida para questões do tipo se existem ou não algumas tendências no comportamento humano ou, haverá predisposições para um determinado comportamento, ou ainda, há a força do hábito.

Nos experimentos relacionados com a Lei do Efeito, o alimento que era ofertado aos cães e gatos, ao saírem das caixas-problemas, representavam um reforço positivo, ou seja, o alimento teve o efeito de aumentar a frequência ou intensificar a resposta que o produziu, da mesma forma tendo efeito semelhante a água para o animal sedento, (*Thorndike*, 1898) citado por *Keller*, 1968).

Thorndike (1898) citado por *Keller* (1968) relatou, ainda, os reforços positivos e selecionou, também, os que provocavam um efeito de enfraquecimento ou de desconforto sobre as conexões situação-resposta. Determinados estímulos como um choque elétrico, luz e sons intensos diminuía a frequência das respostas quando em sua presença.

Posteriormente os psicólogos passaram a denominá-los de reforços negativos. *Keller* (1968) os qualifica como aqueles que tem efeito enfraquecedor sobre determinado comportamento quando são apresentados e efeito intensificador à uma resposta quando são removidos.

Skinner (1971) citado por *Reese* (1976), define dois tipos de comportamento: o comportamento respondente e o comportamento operante. Para obtenção de um comportamento respondente há a necessidade de um estímulo ou evento que inicie uma resposta, como por exemplo: diminuindo-se a intensidade da luz há a dilatação da pupila ou o suor provocado pelo calor. Neste tipo de comportamento uma espécie específica de resposta é determinada por uma espécie específica de estímulo e o estímulo sempre precedendo a resposta.

Já o comportamento operante é controlado pelas suas conseqüências, ou seja ele é reforçado ou enfraquecido por eventos posteriores à resposta, onde as conseqüências fortalecedoras das respostas seriam os reforços positivos e os reforços negativos enfraquecedoras do comportamento que o produziu.

Ficou também estabelecido, através dessa pesquisa sobre o comportamento humano que o princípio de qualquer comportamento pode ser induzido ou condicionado, através do condicionamento operante e o meio mais rápido para se estabelecer um comportamento é reforçar toda ocorrência de resposta, (*Davidoff*, 1983 citado por *Reis*, 1993).

Cofer (1972), relata experimentos com macacos demonstrando que quando reforçados ou por aumentos a sua estimulação, eles manipulam quebra-cabeças desmontáveis, tornam-se peritos na sua solução sem que estejam motivados pela sede ou fome nem mesmo por prêmios para a sua execução. Seriam esses estímulos externos os incentivos, que operando através de um mecanismo de excitação, interagem com os impulsos e provocam uma ação e reação com amplas diferenças individuais.

Bergamini (1983) citada por *Reis* (1993), afirma que sob essa ótica o homem poderia ser manipulado através do controle do seu comportamento, desde que se adequassem e se controlassem os estímulos ambientais.

3.1.4 A TEORIA COGNITIVA

Por volta do final da década de 40, o psicólogo Karl Lashley, durante o Simpósio Hixon realizado no Instituto de Tecnologia da Califórnia, teceu severas críticas aos “Behavioristas”, no sentido que seus interesses no estudo e nas pesquisas científicas no campo do comportamento, limitavam-se a métodos públicos de observação, em resultados estritamente quantitativos e excluíam dos seus estudos a mente humana, o pensamento, a natureza da linguagem, os desejos e as intenções próprias de cada indivíduo. Lashley não expunha sua convicção contrária de que o comportamento seria uma consequência das incitações ambientais, porém como a resultante dos processos cerebrais centrais que precedem e ditam as maneiras pelas quais um indivíduo realiza um comportamento simples ou complexo, *Gardner* (1995).

Para *Eysenck* (1994), o fato que também teve influência significativa para o surgimento das pesquisas na área da psicologia cognitiva, foi o desenvolvimento dos computadores, já que se pensava que haviam algumas semelhanças entre o funcionamento do computador e o da mente humana e onde muitos dos estudos passaram a explorar tal metáfora.

Puente (1982), afirma que Edward C. Tolman foi um importante representante da Teoria Cognitiva pois, como resultado das suas pesquisas, percebeu-se que o processo de aprendizagem dos animais não ocorria somente pela formação de uma resposta motora específica para a obtenção dos alimentos e que o mesmo processo de aprendizagem ocorria sem que houvesse uma recompensa aparente.

Estudiosos das áreas das ciências humanas e da comunicação vieram se juntar ao psicólogo George A. Miller no Simpósio sobre a Teoria da Informação no Instituto de Tecnologia de Massachusetts em 1956, a onde se daria o surgimento da ciência cognitiva como uma resultante da interdisciplinaridade entre a lingüística, a computação, a comunicação, a antropologia, a psicologia e as neurociências, *Gardner* (1995).

Reis (1993) sintetiza algumas das principais características do movimento cognitivista, onde esses processos são essencialmente construtivos, sendo enfatizadas as metas a serem atingidas pela ação, o sujeito desempenhando um papel eminentemente ativo e o conceito de consciência, até então excluído pelo behaviorismo, é recuperado.

Krech, Crutchfield & Ballachey (1962) citados por *Chiavenato* (1994), consideram que os atos do ser humano são guiados por sua cognição, pelo que ele precisa, acredita e

prevê e a análise motivacional deste indivíduo é que vai especificar a meta pela qual ele despende sua energia para satisfazê-la.

Para *Bergamini* (1991) em relação ao comportamento dos indivíduos, na abordagem da teoria cognitiva, esses agem conscientemente, traçando suas ações em função das suas metas e mantendo uma relação estreita com a sua vontade.

O psicólogo *George A. Kelly*, citado por *Murray* (1967), descreveu o comportamento como um processo contínuo e ativo, resumindo-se a principal questão em qual escolha poderá ser optada dentre várias alternativas. Nessa concepção, uma diferente abordagem pessoal é quem determina uma decisão entre uma ação ou outra. Além disso, *Murray* (1967) também não exclui a idéia de que existam motivos básicos os quais as pessoas procuram satisfazer.

Se por um lado é nítido que teorias sobre o comportamento humano se contrapõem em alguns aspectos, por outros, elas acabam por se completarem, justamente pelo caráter complexo e variável que é o da motivação humana. Assim, é interessante se fazer uma abordagem sobre as principais teorias sobre a motivação humana para o trabalho.

3.2 ALGUMAS TEORIAS SOBRE A MOTIVAÇÃO HUMANA PARA O TRABALHO

O relacionamento indivíduo-organização sempre foi motivo de investigações, onde as questões mais freqüentemente levantadas dizem respeito ao problema de como os indivíduos podem ser incentivados a desempenhar melhor suas atividades, (*Sbragia & Maximiano*, 1980). Assim, diversas pesquisas e abordagens tem sido utilizadas para implementar teorias com a finalidade de explicar a motivação humana para o trabalho ou mais recentemente para conhecer as múltiplas forças que inibem a realização produtiva da tarefa, (*Sbragia & Maximiano*, 1980 e *Sannazzaro*, 1987).

Kivimärki, Voutilainen & Koskinen (1995), realizaram um estudo sobre motivação/satisfação no trabalho com enfermeiros em cinco pavilhões cirúrgicos. Nos pavilhões em que predominava o modelo de cuidados de enfermagem primária/básica e onde o trabalho era mais altamente enriquecido, maior era o nível de motivação/satisfação no trabalho em comparação com as enfermarias em que predominava o modelo de

enfermagem funcional/administrativo, ou seja onde eram realizadas tarefas com menor nível de conteúdo.

Dolenec (1994), investigou as influências sociais e psicológicas sobre a condição de saúde e a eficiência no trabalho de madeireiros. A investigação indicou que um maior número de indivíduos com alteração negativa em sua saúde pertenciam ao grupo dos trabalhadores desmotivados/insatisfeitos para o trabalho.

Por outro lado, *Wickström, Helelä-Hannus, Joki, Laine et alli* (1996) realizaram estudo em 10 enfermarias sobre a avaliação do desempenho individual e do desempenho grupal, indicando que poucos conflitos no trabalho, boa atmosfera de gerenciamento no local de trabalho e apoio do supervisor estavam, em geral, relacionados com o bom desempenho do grupo na realização das tarefas.

Assim, de maneira geral, as diversas abordagens sobre a motivação humana para o trabalho podem ser classificadas como monetária, atitudinal, situacional, desenvolvimento organizacional, supervisão e comportamental, (*Lopes*, 1980).

No presente estudo serão revisadas as principais teorias sobre a motivação humana para o trabalho, independente da abordagem utilizada, objetivando compreender os fatores que motivam e/ou satisfazem os trabalhadores.

3.2.1 A TEORIA DA HIERARQUIA DAS NECESSIDADES HUMANAS DE MASLOW

Para *Mosquera* (1982), Abraham H. Maslow foi um dos criadores da Psicologia Humanista Existencial, considerando a riqueza conceitual desse autor de significativa importância para a Psicologia, principalmente por propor uma dimensão holística do ser humano, percebendo seus sentimentos, toda a sua existência, desde o início da vida até seu envelhecimento e morte.

Psicólogo, *Maslow* (1970) através de sua experiência clínica, observava quadros patológicos como as neuroses e os desajustamentos psicológicos e se empenhava na cura dessas doenças, acreditando que muitas delas eram provocadas pela privação de certas satisfações do indivíduo e poderiam ser tratadas e curadas a medida que tais estados de carência fossem eliminados, (*Reis*, 1993).

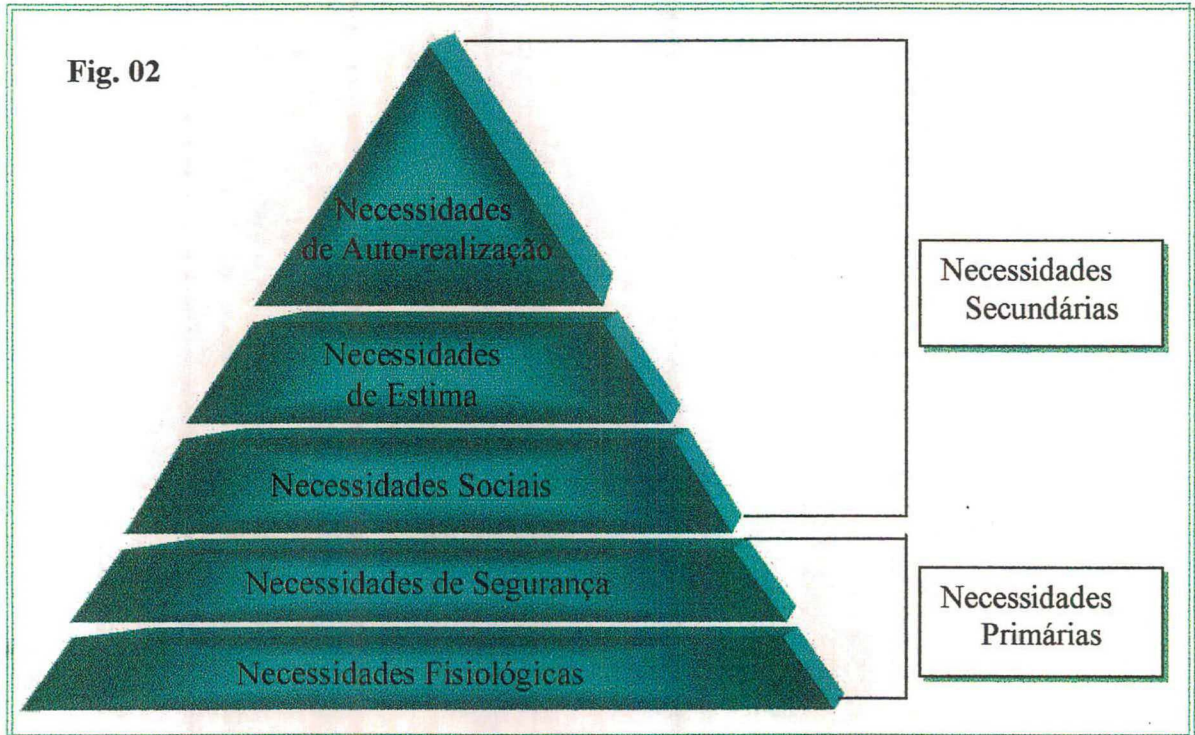
As idéias gerais de Maslow definem o indivíduo como um ser organizado e integrado e que este possui necessidades fisiológicas e psicológicas, onde desejos e necessidades se manifestam em uma sucessão de meios e fins, *Coradi* (1985). Maslow afirmava que as motivações dos seres humanos estavam interligadas de modo que ao atingir a satisfação de um objetivo ou de um desejo, tomará seu lugar outro motivo e assim por diante, estando esses motivos devidamente hierarquizados pelo nível das suas prioridades, *Rodrigues* (1987).

Maslow (1970) fundamenta sua teoria numa abordagem intra-orientada em diferentes necessidades humanas assim hierarquizadas:

- a) Necessidades Fisiológicas - as necessidades básicas para a sustentação da própria vida humana;
- b) Necessidades de Segurança - as necessidades que estão relacionadas a manutenção da integridade física, da propriedade, da alimentação, do vestuário, do emprego;
- c) Necessidades Sociais - as necessidades de afiliação e aceitação, considerando que o ser humano é um ser social, daí as necessidades de pertencer a grupos sociais e ser aceito pelos outros indivíduos;
- d) Necessidades de Estima - as necessidades de auto estima, estimar e respeitar os outros indivíduos e se fazer respeitar e estimar pelos outros; e
- e) Necessidade de Auto-realização - representa o desejo de se tornar o que um indivíduo é capaz de ser, ou seja maximizar seu potencial e realizar alguma coisa, servindo-se das próprias habilidades com plenitude e ampliando seus talentos ao máximo.

Existe um consenso entre a maioria dos autores de que o homem é motivado pelo desejo de satisfazer muitas necessidades e a hierarquia das necessidades segundo Maslow, baseia-se no princípio de que quando satisfeito um determinado nível de necessidades a motivação passa a ser ativada pelo desejo em satisfazer uma necessidade colocada num nível imediatamente superior. *Lopes* (1980), afirma que esse raciocínio de que a satisfação de necessidades de nível inferior na escala hierárquica de Maslow constitua um pré-requisito para a satisfação de níveis mais altos tem sido amplamente contestado.

A Fig. 02, modificada de *Hersey & Blanchard*, (1977), representa esquematicamente a Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow.



Do mesmo modo *Koontz, O'Donnell & Weihrich*, (1988) salientam para que, na prática, os administradores devam adotar uma abordagem situacional ou contingente à aplicação da teoria de Maslow, observando o aspecto de que as necessidades que estão sendo satisfeitas dependerão da personalidade, dos desejos e das aspirações de cada indivíduo.

Por outro lado, *Davis & Newstrom* (1992) criticam o modelo de Maslow, alegando que na análise do comportamento de um indivíduo, as suas ações nem sempre atendem a satisfação de uma única necessidade e sim de que necessidades de todo o tipo e intensidade se influenciam mutuamente a todo o momento e sendo a motivação resultante da combinação de várias forças diferentes.

As necessidades primárias, ou seja, as necessidades fisiológicas e de segurança, são tipicamente chamadas de necessidades de ordem mais baixa e quando se acham razoavelmente satisfeitas, os indivíduos darão ênfase às necessidades secundárias. Assim,

as necessidades sociais, de estima e auto-realização são ditas necessidades de ordem mais alta.

Bergamini (1989) propõe, para o melhor entendimento da Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow, que o caráter seqüencial no desencadeamento da motivação do ser humano não se trata de um processo finito, de modo que uma vez atendida uma necessidade o indivíduo passa a organizar o seu comportamento em busca de um aprimoramento e o desencadear desse processo nunca se rompe.

Para os administradores parece ter grande utilidade a identificação dos tipos de necessidades dos trabalhadores, pois inquestionável é o efeito significativo sobre a motivação quando as necessidades primárias não estiverem claramente satisfeitas. O quanto é o suficiente para que uma pessoa satisfaça razoavelmente suas necessidades é o que torna elástico cada patamar na escala hierárquica, da mesma forma que a maioria das pessoas possuem necessidades distribuídas por todos os níveis na hierarquia de Maslow, (*Koontz, O'Donnell & Weihrich*, 1988).

Pérez-Ramos (1990) acredita que Maslow foi o precursor para o desenvolvimento de novos modelos teóricos acerca do comportamento humano no trabalho e após o relato de suas experiências, principalmente na área clínica, publicadas em 1954, foram se desenvolvendo novas pesquisas por parte dos cientistas do comportamento como Herzberg em 1959 e McClelland em 1961, entre outros que o sucederam.

3.2.2 A TEORIA BIFATORIAL DE MOTIVAÇÃO/HIGIENE DE HERZBERG

A teoria de Herzberg, chamada Teoria da Motivação/Higiene ou Teoria dos Dois Fatores, compreende o comportamento das pessoas em situação de trabalho, através de fatores relacionados à satisfação e à insatisfação. Herzberg e seus colaboradores postularam alguns conceitos sobre a motivação humana e em especial aqueles relacionados com as necessidades, motivos e atitudes das pessoas no ambiente de trabalho.

Herzberg (1959) citado por (*Coradi*, 1985), classifica alguns aspectos do trabalho como sendo fatores de higiene e afirma que se certas condições de trabalho não estiverem sob níveis aceitáveis pelos trabalhadores ou que no seu conceito alguns fatores estejam

piorando em suas condições, esses indivíduos tendem a ficar insatisfeitos no seu ambiente de trabalho.

Por outro lado, se Maslow fundamentava sua teoria nas diferentes necessidades humanas, numa abordagem intra-orientada, Herzberg fundamenta sua teoria no ambiente externo e no trabalho, numa abordagem extra-orientada. Herzberg percebeu, em uma pesquisa realizada entre engenheiros e contadores, que esses descreviam situações ou condições de trabalho que, estando ausentes, eram capazes de insatisfazer e desmotivar esses trabalhadores. Porém, quando as mesmas condições estavam presentes, não necessariamente representavam fatores de motivação, mas eram apenas úteis a manutenção de níveis razoáveis de motivação entre os empregados, (Rodrigues, 1987).

Deve-se ressaltar o sentido mais restrito da teoria de Herzberg, onde o trabalhador só se motiva positivamente para a realização do trabalho através dos fatores motivadores, enquanto que para Maslow, qualquer necessidade não atendida ou satisfeita é suficiente para motivar uma ação de um trabalhador. Entretanto, a maior disparidade entre as duas abordagens está na questão em que Maslow afirma que para um indivíduo atingir os níveis mais altos na sua escala de necessidades é necessário que níveis anteriores estejam satisfeitos e Herzberg pressupõe que mesmo não tendo necessidades satisfeitas em ambas as áreas de higiene e motivação ele poderá se sentir incentivado ou motivado por outros fatores motivadores.

Davis e Newstrom (1992) classificam os fatores de higiene como fatores de manutenção, ou ainda, fatores extrínsecos relacionados ao contexto do trabalho, destacando principalmente as políticas organizacionais e de administração, a qualidade e estilo da supervisão direta, todos os tipos de relações interpessoais, ou seja a relação com os supervisores, a relação com os seus pares e a relação com os subordinados, salários e as condições gerais de trabalho, como a segurança.

Numa analogia aos conceitos que se tem em saúde, os fatores de higiene, não tem o caráter de curar ou tratar as doenças, mas sim o caráter de serem preventivos e profiláticos. Ou seja, não são fatores que se prestam a motivar os empregados, mas se não estiverem de acordo com a expectativa aceitável deles, tornam-se motivo de insatisfação e provocam uma reação neutra nestes indivíduos para o trabalho, (Coradi, 1985).

Lopes (1980), por outro lado, destaca os fatores intrínsecos como sendo os fatores realmente motivadores, ou de auto motivação, tais como a realização profissional, o

reconhecimento da tarefa bem sucedida, a natureza do trabalho, o conceito de auto responsabilidade e o progresso na escala hierárquica.

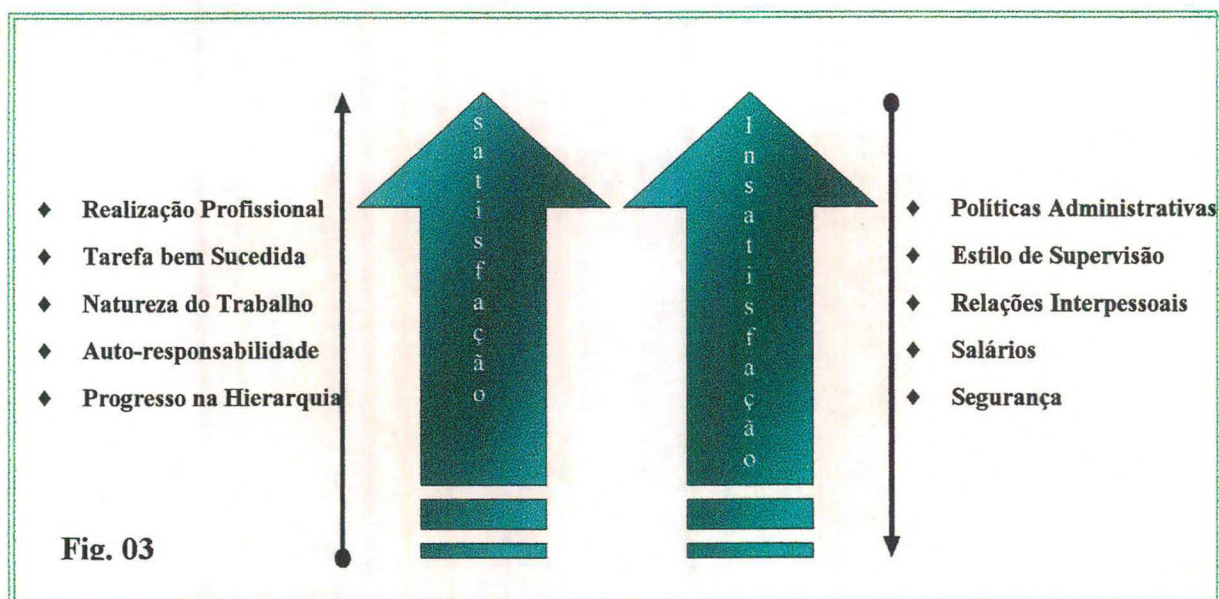
Considerável foram os estudos de Herzberg e a escala por ele proposta para o estudo sobre motivação no próprio ambiente ocupacional em situação real de trabalho. Na sua análise o enfoque está principalmente na natureza das tarefas. Tarefa mais enriquecidas certamente servem para a motivação e aumento de produtividade e aquelas tarefas pobres e de pouco conteúdo servem para promover a apatia e alienação ao trabalhador, (Rodrigues, 1987).

Para Herzberg, segundo (Coradi, 1985):

“Satisfação e insatisfação não são dimensões opostas de uma mesma escala, mas sim dimensões de duas escalas diferentes. Assim, existiriam os fatores positivos, atuando apenas numa direção, na escala da satisfação, e os fatores negativos, atuando na outra escala, a da insatisfação. A inexistência de fatores positivos não levaria à insatisfação, assim como a inexistência de fatores negativos não geraria a satisfação.”

Os fatores de higiene, anteriormente caracterizados, são atuantes, principalmente na escala de insatisfação, enquanto que os fatores do próprio trabalho operam como fatores positivos, atuando na escala da satisfação”.

A Fig. 03 apresenta um esquema dos fatores de higiene/motivação de Herzberg.



3.2.3 A TEORIA DAS NECESSIDADES SECUNDÁRIAS DE McCLELLAND

McClelland (1981), psicólogo americano da Universidade de Harvard, juntamente com seus colaboradores, deu continuidade aos estudos de *Murray* (1967) baseados em um sub-grupo de necessidades humanas, realizando e publicando uma série de pesquisas acerca das variáveis motivacionais no trabalho. Focalizou sua atenção num sistema humano motivacional altamente complexo e desenvolvido e atuando sobre os seus próprios impulsos fisiológicos. Para cada um tipo de necessidade de realização, de afiliação e de poder, existe uma versão de aproximação e uma de evitação e que vai indicar e dirigir predominantemente o comportamento dos indivíduos em direção ao alcance de uma meta.

As três necessidades categorizadas por *McClelland* (1981) que em sua opinião predominam no comportamento dos indivíduos no ambiente de trabalho são:

- a) Necessidade de Realização: a necessidade de realização é definida como a necessidade de vencer obstáculos, a superação de barreiras, atingir o alto padrão, alcançar o êxito e superar os outros. Nesse aspecto devem ser levados em consideração o papel da família e da cultura que o indivíduo está inserido, já que esses constituem os principais canais de transmissão dos valores e dos conceitos culturais em todos os aspectos;
- b) Necessidade de Afiliação: seria a necessidade de estar com outras pessoas numa relação amistosa. Num determinado momento em que alguém esteja diante de uma situação que lhe provoque a ansiedade, esta pessoa tenderá a se afiliar, permanecer junto com um grupo como uma forma de distrair e amenizar o estresse vivenciado em tais situações e, por outro lado, há uma tendência também dessas pessoas de se sentirem amadas e compreendidas pelas outras e de gostarem de desfrutar e manter interações amigáveis com outras; e
- c) Necessidade de Poder: algumas pessoas revelam um forte desejo de influenciar, controlar e dominar outras pessoas. Tais indivíduos geralmente buscam posição de liderança, são enérgicos, francos, persistentes e exigentes, segundo *Koontz, O'Donnell e Weihrich* (1988). Entretanto, *Puente* (1982), afirma que a motivação para o poder pode se apresentar com duas faces, a face do poder pessoal e a face do

poder social. O comportamento daqueles que vivenciam o poder pessoal é que parecem viver numa espécie de lei da selva e que para sobreviverem tem que destruir seus adversários e aqueles que vivenciam o poder social se mostram mais interessados em situações onde exerçam influência interpessoal.

Para *Pérez-Ramos* (1990), o mérito creditado aos trabalhos de McClelland está na identificação, categorização e inter-relação das necessidades humanas que se definem como fatores de motivação. Para o autor, McClelland em seus estudos posteriores confirmou suas proposições iniciais, traçando um perfil psicológico para cada indivíduo que se identificava com um dos três tipos de necessidades motivadoras. Seriam os que apresentavam altos índices de necessidades de realização, indivíduos esforçados para atingir altos níveis no seu desenvolvimento e desempenho e prontos para assumirem desafios realísticos. Nas organizações esses indivíduos são os que melhor aceitam as cargas de responsabilidade e também são os que mais traduzem o sucesso gerencial, porém quando exacerbadamente num trabalhador são manifestadas tais fatores motivacionais, isso poderá resultar em efeitos negativos sob o seu comportamento.

Quando prevalecem as necessidades de afiliação, as manifestações são direcionadas à manutenção e desenvolvimento de um adequado relacionamento social dentro da empresa e as pessoas tendem por um intenso desejo de aprovação por parte dos demais. Esses indivíduos, também, identificam-se mais facilmente com os sentimentos dos outros, facilitam as relações interpessoais e se adaptam naturalmente as normas sociais. Seu melhor desempenho está nas funções que requeiram contatos interpessoais tais como vendas, relações públicas, aconselhamento, entre outros.

Por outro lado, quando o fator motivacional predominante tiver como base as necessidades de poder, os indivíduos tendem a desempenhar atividades de liderança de grupos. *Pérez-Ramos* (1990) utiliza para exemplificar tal situação os trabalhos de *Steers* e *Porter* (1983) que demonstraram que empregados com esse perfil quando associados e em combinação as necessidades de afiliação e de poder, desenvolviam adequado nível de desempenho e evidentes qualidades como dirigentes.

Coradi (1985) afirma que uma das aplicações da Teoria de McClelland seria a elaboração de programas de treinamento que objetivassem a mudança comportamental através do conhecimento das próprias tendências motivacionais e do ambiente por parte dos trabalhadores. Da mesma forma, o autor exemplifica outra aplicabilidade dessa teoria

quando cita *Lawrence & Lorsch* (1969), que numa pesquisa realizada entre alguns vendedores de equipamentos hospitalares, puderam confirmar que entre os que mais se destacavam em número de vendas, prevalecia neles a necessidade de afiliação, que se manifestava numa forma de relacionamento duradouro entre eles e os seus compradores, os médicos. Os outros vendedores que possuíam maior intensidade das necessidades de realização e poder acabavam por arruinar seus negócios quando agiam pela pressão psicológica em fechar um negócio ou dirigidos por sua própria ansiedade.

Koontz, O'Donnell e Wehrich (1988), alertam aos administradores para a importância de algumas das conclusões tiradas por McClelland de suas pesquisas realizadas em diversas empresas e em vários países. Para McClelland, os presidentes de empresas pequenas, normalmente possuem altos níveis de necessidade de realização e os padrões de motivação de realização mais nítidos. Os presidentes de empresas de grande porte se situam na média em termos de necessidade de realização e freqüentemente níveis mais altos para as necessidades de poder e afiliação. Já os administradores do escalão médio-superior, na escala hierárquica dessas empresas, apresentavam escores mais altos nas necessidades de realização do que seus presidentes, que na explicação de McClelland se justifica pelo interesse de progressão desses indivíduos, onde a meta é alcançar níveis mais altos na hierarquia, os quais os presidentes já teriam atingido.

Identificar indivíduos com elevada motivação por afiliação é importante no ambiente organizacional pelo aspecto de que poderão ser melhor aproveitados em funções de coordenação e administração de trabalhadores em grupos.

Outra constatação, relatada por *Koontz, O'Donnell & Wehrich* (1988), foi a de que o impulso de realização poderia ser ensinado a pessoas de diferentes culturas. Para tanto foram realizados programas de treinamento com grupos de indivíduos nos Estados Unidos, na Itália, na Polônia e na Índia, objetivando aumentar a sua necessidade individual de realização. Esses programas enfatizaram o prestígio, a possibilidade prática de realização e adaptação a mudanças, o ensino da linguagem e dos padrões de pensamento dos indivíduos com forte necessidade de realização, apoio emocional dos membros da classe e à transmissão de resultados de pesquisas sobre o impulso de realização.

3.2.4 A TEORIA X E A TEORIA Y DE MCGREGOR

Douglas McGregor, pesquisador do Instituto de Tecnologia de Massachussets, dedicou-se as pesquisas na indústria objetivando a formulação de uma teoria mais adequada sobre administração de empresas. Seus estudos se concentraram na eficácia dos programas de desenvolvimento de gerentes.

Havia entre ele e os membros de sua equipe uma indagação sobre de que maneira as teorias e as práticas dos diferentes tipos de organização poderiam influenciar a formação dos seus administradores. Outra preocupação era a de contribuir, no campo das ciências sociais, com o conhecimento científico para que os profissionais da administração estivessem bem informados e pudessem se utilizar desses conhecimentos nas práticas diárias, ao invés de tomarem decisões empíricas e sem fundamentos, (McGregor, 1992).

McGregor (1992), observando o gerenciamento humano nas empresas, apresentou algumas pressuposições teóricas como sendo implícitas na prática e na política gerencial sobre a natureza do comportamento humano. Os pressupostos iniciais traduzem a concepção tradicional de direção e controle e são os condicionantes da Teoria “X” e os pressupostos baseados na integração entre os objetivos individuais e os organizacionais são os que fundamentam a Teoria “Y”.

3.2.4.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA “X”

- a) O ser humano, de modo geral, tem uma aversão essencial ao trabalho e o evita sempre que possível;
- b) Devido a essa característica humana de aversão ao trabalho, a maioria das pessoas precisa ser coagida, controlada, dirigida, ameaçada de punição para que se esforce no sentido da consecução dos objetivos organizacionais; e
- c) O ser humano, de modo geral, prefere ser dirigido, quer evitar responsabilidade, tem relativamente pouca ambição e quer garantia acima de tudo.

Para McGregor (1992), as origens dessas premissas provém de raízes profundas. Cita os relatos da Bíblia sobre a expulsão de Adão e Eva do Paraíso e o castigo de terem que trabalhar para sobreviverem e a esse valor outros vieram se agregando ao longo dos tempos, como as crenças subjacentes de que as gerências devem agir de modo a

neutralizar a tendência humana para fugir do trabalho. A ênfase à produtividade, prêmios para o melhor desempenho, ameaça e punição para garantir a produção necessária, ou seja, as pessoas só trabalham sob coerção e controle externo são os pressupostos que prevaleceram ao período de recessão do pós-guerra. Para o autor essa teoria oferece uma explicação para alguns tipos de comportamentos individuais e coletivos dentro da indústria, mas já antevê com o avanço das ciências sociais e do comportamento, que possa se comprovar as incoerências e inadequações dessa teoria e algumas reformulações poderiam já ser propostas.

Poderia se dizer que ainda hoje para muitos administradores essas são verdades incontestáveis. O paternalismo como uma filosofia gerencial seria uma outra prova prática da crença na mediocridade das massas. *Coradi* (1985) afirma que mesmo essas pesquisas tendo sido feitas nas indústrias americanas do pós-guerra, por volta de 1960, é este modelo de gestão que vem sendo ensinado aos administradores e que norteia os princípios de organizações e cujo desenho organizacional é definido por uma estrutura altamente hierarquizada, autoridade, unidade de comando, especialização da tarefa, divisão entre linha e apoio, amplitude de controle e balanceamento entre responsabilidade e autoridade.

Reis (1993) caracteriza esse modelo teórico como rígido e autocrático, prevalecendo os objetivos organizacionais em detrimento do desenvolvimento dos recursos humanos. Por essa abordagem, os indivíduos trabalham motivados por incentivos econômicos, as recompensas, ou por punições.

McGregor (1992), afirma que o princípio fundamental da organização derivada da Teoria "X" é o da direção e controle através do exercício da autoridade, o chamado "princípio escalar" e ainda, tem-se por certo que as exigências organizacionais estão acima das necessidades dos indivíduos membros da organização. Os contratos de trabalho nas empresas com estas atitudes administrativas propõe que em troca das recompensas oferecidas, o indivíduo aceite ser dirigido e controlado. Na análise do autor, qualquer trabalhador tenderá a rejeição imediata desses termos, por ser incompatível à natureza humana.

3.2.4.2 PRESSUPOSTOS DA TEORIA "Y"

- a) O dispêndio de esforço físico e mental no trabalho é tão natural como o jogo ou

o descanso. O ser humano comum não detesta, por natureza, o trabalho. Dependendo de condições controláveis, o trabalho pode ser uma fonte de satisfação e será voluntariamente realizado ou uma fonte de punição e será evitado, se possível;

- b) O controle externo e a ameaça de punição não são os únicos meios de estimular o trabalho em busca dos objetivos organizacionais. O homem está sempre disposto a se auto dirigir e se auto controlar a serviço de objetivos com os quais se compromete;
- c) O compromisso com os objetivos é dependente das recompensas associadas à sua consecução. A mais importante dessas recompensas, isto é, a satisfação do ego e das necessidades de auto-afirmação, pode ser produto direto do esforço feito em vista dos objetivos organizacionais;
- d) O ser humano comum aprende, sob condições adequadas, não só a aceitar responsabilidades como a procurá-las. A recusa de responsabilidades, a falta de ambição e a busca de garantia são, geralmente, conseqüências da experiência e não características humanas inatas;
- e) A capacidade de usar um grau relativamente alto de imaginação, de engenhosidade e de criatividade na solução de problemas organizacionais é mais amplamente distribuída na população do que geralmente se pensa; e
- f) Nas condições da vida industrial moderna, as potencialidades intelectuais do ser humano comum estão sendo parcialmente usadas.

McGregor (1992), classifica estes pressupostos como dinâmicos e quando aplicados a estratégia gerencial, possibilitam o crescimento e o desenvolvimento humano. Não se trata da generalização do potencial dos indivíduos, mais nas reais potencialidades individuais componentes do capital humano.

Nesta abordagem da Teoria “Y”, os limites da colaboração dos indivíduos no ambiente organizacional estão diretamente relacionados com a capacidade da direção em descobrir como fazer atuar o potencial dos seus recursos humanos. A ineficiência organizacional pode ser facilmente justificada, na ótica da Teoria “X”, pela natureza humana em evitar o trabalho, já na Teoria “Y” o problema está na direção.

McGregor (1992) sugere, ainda, que o princípio fundamental da Teoria “Y” é o da integração. Acredita que esta integração será obtida através da criação de condições que

favoreçam aos indivíduos dentro da organização, que permitam melhor atingirem seus objetivos, possibilitando direcionar seus esforços para o sucesso da empresa. Esse conceito de integração e autocontrole, a princípio, sugere uma organização mais eficiente com relação aos seus objetivos econômicos, desde que as necessidades e aspirações dos membros participantes do processo estiverem ajustadas. O autor garante que se não houver pré disposição e esforços conjugados para ambas as partes integrarem seus objetivos, ou seja a organização e os trabalhadores reconhecendo as suas necessidades e procurando satisfazê-las, a organização estará fadada ao insucesso nos seus objetivos. Sem o compromisso de todos em atingir as metas, menor a motivação e menor o grau de auto direção e de auto controle, que multiplicado pelo número de trabalhadores da empresa de alto custo será o resultado da gestão unilateral.

McGregor (1992) dedicou seu trabalho em tentar criar condições e pô-las em prática que validassem a Teoria "Y". Sua intenção estava na mudança do paradigma e que a prática gerencial usasse como estratégia o estabelecimento de metas, a participação, a assessoria, o desenvolvimento de gerentes e principalmente que os dirigentes tentassem aprender como realizar o potencial para a colaboração latente nos recursos humanos da indústria.

3.2.5 A TEORIA DA MATURIDADE/IMATURIDADE DE CHRYS ARGYRIS

Chrys Argyris, envolvido com o desenvolvimento dos estudos sobre o comportamento humano nas organizações, objetivou um ambiente organizacional onde existisse a possibilidade para os indivíduos poderem expressar a sua motivação e desenvolver os seus potenciais para o trabalho.

Para viabilizar sua proposta seria necessário a interação entre o indivíduo e a organização e isso possível através do conhecimento das propriedades básicas da personalidade humana e da caracterização da organização formal, *Reis* (1993).

Argyris (1968), explicando a natureza humana, destacou propriedades básicas da personalidade como sendo de vital importância para o conhecimento dos administradores, a fim de que saibam lidar com os seus empregados e obtenham boas relações humanas.

Segundo *Argyris* (1968) as características da personalidade são:

a) As partes da personalidade sustentam o todo e o todo sustenta as partes

A personalidade é composta por várias partes que se interrelacionam e constituem um todo. A personalidade é a organização das partes que a compõem. Por exemplo, cada indivíduo possui um catálogo detalhado de características que expressam a sua personalidade, a honestidade, a lealdade, a iniciativa e essas não devem ser entendidas como características fracionadas, mas sim o indivíduo compreendido como a organização dessas características formando um todo. Deste modo, o aprendizado das relações humanas nas organizações não significa o entendimento dos fatores que compõem a personalidade ou o esclarecimento sobre esse tema, mas sim a incorporação do tema à personalidade dos chefes e gerentes.

b) A organização evidencia um equilíbrio externo-interno simultâneo e dinâmico

A interação das partes fracionadas da personalidade individual mantém o equilíbrio interior. Os indivíduos que mantêm esse equilíbrio interno são chamados de ajustados. Quando o indivíduo mantém o equilíbrio externo, ou seja, quando a sua personalidade como um todo está em harmonia com o meio ambiente, diz-se que o indivíduo está adaptado. Um indivíduo poderia ser considerado integrado a partir do momento que estivesse ajustado e adaptado, ou seja, quando em equilíbrio interno e em harmonia com o ambiente externo. Em resumo, o equilíbrio das partes é um estado de firmeza que os componentes da personalidade atingem no curso da experiência de vida de um indivíduo, buscando se adaptar ao mundo no qual existe.

c) A personalidade demonstra energia

A força que move os indivíduos pode ser definida como a sua energia psicológica. Alguns psicólogos situam essa energia em fontes profundas da personalidade como a libido ou a traumas do nascimento. Essa energia varia na sua intensidade pelo estado psicológico do indivíduo. Estando em boa forma ou em equilíbrio, dispomos de mais energia do que quando estamos em depressão ou em conflito, ou frustrados ou ainda em estado de ansiedade, porque estes estados de desequilíbrio também se utilizam da energia

psicológica disponível. Outro pressuposto é de que esta energia é indestrutível. Todos os indivíduos expressam essa energia psicológica de acordo com o seu estado de espírito, caso haja o bloqueio haverá tentativas para expressá-las de outras formas.

d) Está nas necessidades a fonte da energia psicológica

Os indivíduos expressam sua energia psicológica de acordo com as suas necessidades. A energia liberada será proporcional a intensidade da sua necessidade, ou seja, quanto maior ou mais intensa a necessidade, maior será a quantidade de energia psicológica liberada.

e) A personalidade possui aptidões

O modo com que os indivíduos expressam e satisfazem suas necessidades poderiam ser denominadas de aptidões. As aptidões seriam as ferramentas utilizadas para que as necessidades sejam satisfeitas. Existem três espécies principais de aptidões, que na realidade não são independentes e cada uma influi na outra, sendo elas: a) aptidões de conhecimento ou cognitivas, ou seja, aquelas que se utiliza para conhecer o mundo ao nosso redor, como por exemplo a inteligência; b) aptidões de atividade ou motoras, como as que permitem realizar atividades físicas. Por exemplo os trabalhos manuais, o olfato ou a visão; e aptidões emocionais, sendo aquelas possibilitam sentir as emoções da vida e ter sensibilidade para com as emoções das outras pessoas.

f) A organização da personalidade é conceituada como a “Individualidade”

Os componentes fundamentais da personalidade são os mesmos em todos os indivíduos, as necessidades, valores, aptidões, emoções e objetivos. Entretanto, a forma com que esses se organizam é que variam de indivíduo para indivíduo. A essa singularização da personalidade de cada indivíduo é que se denomina a individualidade.

g) Os mecanismos de defesa preservam a individualidade contra qualquer ameaça

Os mecanismos de defesa se desenvolvem e são utilizados para atenuar as sensações de ameaça a individualidade, em qualquer situação e a qualquer momento. As quatro sensações de ameaça mais freqüentes são a ansiedade, o conflito, a frustração e o fracasso. São mecanismos de defesa:

- 1) Agressão - danificar ou ferir a pessoa, grupo ou objeto que funciona como um obstáculo ou causa do conflito;
- 2) Culpa - quando o obstáculo está na limitação da própria personalidade, o indivíduo passa a se sentir culpado, faz críticas a si mesmo ou até se hostilizar;
- 3) Continuação - se o conflito não for de todo resolvido, o indivíduo tende a fazer uma segunda melhor opção ou escolha. Por exemplo, um administrador que continua a querer ir para a faculdade de medicina, de certo modo ele continua a vivenciar o seu conflito;
- 4) Decisão Discriminativa - ocorre quando por vezes o indivíduo pára e pensa em prós e contras ao tomar uma atitude. Da relação de razões por ele listada, discrimina a melhor;
- 5) Negação - é a tendência a ignorar os fatos que possam causar algum conflito. Normalmente no ambiente de trabalho, os indivíduos manifestam tal mecanismo bloqueando seus conscientes para o aprendizado de mudanças no processo ou mudanças nas regulamentações;
- 6) Repressão - serve para ocultar nosso inconsciente de parte da ameaça da qual não gostamos. Representa na maioria das vezes uma resposta a uma ameaça interior. Normalmente pode estar associado a algum tipo de trauma. Por exemplo, na infância uma criança cai num lago próximo a uma cachoeira e quase se afoga. O fato é reprimido exceto ao barulho da água corrente. Sempre que aquele indivíduo associa uma situação àquela, por exemplo, a água corrente do bebedouro, ele tenderá a se afastar;

- 7) Supressão - assemelha-se a repressão, só que neste caso não é permanente. Passa despercebida quando os fatos são assimilados para o inconsciente;
- 8) Inibição - semelhante a repressão só que num plano consciente. Nesse caso o indivíduo intencional e conscientemente deixa de fazer alguma coisa. Por exemplo, uma pessoa inibida evita falar em público por receio de dizer algo errado ou sem importância para os demais;
- 9) Conversão - ocorre quando o indivíduo converte o medo de enfrentar alguma situação inusitada em alguma dificuldade física. Numa organização esse mecanismo poderia se manifestar da seguinte forma quando um gerente ao ter agendada uma visita do chefe em sua sala, temeroso por essa entrevista, fica com um forte dor de cabeça e transfere a reunião. Na verdade ele converteu sua dificuldade em um problema de ordem física, a dor de cabeça;
- 10) Supercompensação - as vezes um indivíduo por se achar incapaz de realizar alguma tarefa, ou por medo de realizá-la, trabalha tão obstinadamente para atingir tal meta que geralmente a supera. Normalmente quando o indivíduo se acha incapaz de alguma realização ele tenta superar suas deficiências ou limitações e acaba se supercompensando;
- 11) Racionalização - é o mecanismo pelo qual conscientemente o indivíduo justifica um fracasso ou um disfarce diante da incapacidade de aceitar alguma coisa. Por exemplo, quando um trabalhador espera por uma promoção e verificando que ele não é promovido, seu primeiro argumento é: "Afim, quem é que gostaria de assumir tanta responsabilidade". Algumas vezes esse processo pode ocorrer inconscientemente, como as fartas doações feitas por multimilionários a instituições de caridade em muitos casos, por se sentirem culpados pelos meios pelos quais enriqueceram;
- 12) Identificação - refere-se ao desejo de um indivíduo se parecer com outro, ou se identificando com as experiências dos outros. Essa identificação faz com que o indivíduo haja ou reaja imaginando como a pessoa identificada reagiria em tal situação. Nas organizações,

indivíduos que ocupam o alto escalão ou importantes cargos de direção, geralmente tem subordinados que com eles se identificam;

- 13) Projeção - quando o indivíduo projeta seu erro ou seu fracasso ao colega, mesmo quando tudo indique o contrário. No verdadeiro sentido psicológico a projeção é quando o indivíduo vê no outro uma característica sua e a qual ele não admite;
- 14) Vacilação - diante de um conflito o indivíduo tende a vacilar a decisão entre um modo de resolução ou outro. Ou seja, ora acredita que a melhor solução é optar por "A" e instantes depois acredita que a melhor opção é "B";
- 15) Ambivalência - quando o indivíduo atribui valores contraditórios para o fato que o põe em conflito. Por exemplo, um trabalhador declara que seu chefe é muito rígido, duro, ao tempo que o elogia dizendo que apesar disso ele é camarada. O motivo para justificar tal mecanismo pode ser o da dependência. O chefe não concede familiaridade com os subordinados, porém concede favores pessoais a eles de modo a mantê-los numa relação de dependência; e
- 16) Lapsos Verbais - todo lapso verbal tem um significado, expressam sentimentos do nosso inconsciente e que repentinamente afloram no nosso consciente. Os psicanalistas se utilizam dos lapsos verbais para interpretação e compreensão do inconsciente.

h) O crescimento significa desenvolvimento nos componentes e no nosso mundo particular

A maioria das teorias sobre a personalidade concorda que a proporção que o indivíduo amadurece adquire maior número de necessidades e aptidões, bem como aprofunda e se especializa em muitas delas. Cada pessoa vive suas experiências e o mundo de seu próprio modo, comportando-se diferentemente de qualquer outra pessoa, graças ao seu modo particular de ver e enfrentar o mundo nas diferentes situações. O seu comportamento, o seu modo de sentir e de pensar são padrões exclusivos e individuais.

i) Tendências básicas da auto-realização da personalidade humana

A personalidade humana é um organismo em desenvolvimento. Mesmo com diferenças individuais todos os indivíduos apresentam características psicológicas básicas semelhantes. É correto afirmar que a maioria dos indivíduos de uma população lutam por alcançar seus objetivos, manter-se em harmonia internamente e com o meio ambiente, e a este processo multidimensional de desenvolvimento da personalidade humana poderia ser denominado auto-realização.

Segundo *Argyris* (1968) as características da organização formal são:

a) As organizações formais são racionais

As organizações formais são concebidas para atingirem objetivos e sua estrutura espelha esses objetivos. A característica mais importante dessas organizações é o seu fundamento lógico e a racionalidade intrínseca. A concepção é de que, de um modo geral, os indivíduos seguirão aquelas determinações. Diante disso, deve o planejador ao desenvolver o seu planejamento lógico levar em conta o elemento humano e prever algumas adaptações para atender a idiosincrasia da personalidade.

b) Alguns princípios fundamentais da organização formal

- 1) No ambiente de trabalho o trabalhador dispõe de controle mínimo sobre seu mundo de trabalho cotidiano;
- 2) Os trabalhadores devem ser passivos, dependentes e submissos;
- 3) Devem ter limitada perspectiva temporal;
- 4) Devem produzir sob condições que levam ao malogro psicológico; e
- 5) São induzidos a aperfeiçoar e valorizar o uso freqüente de poucas aptidões superficiais e ralas.

c) Incongruência básica entre as necessidades de uma personalidade madura e as exigências da organização formal

Nos modelos de personalidade e da organização formal propostos, percebe-se que ambos ocupam posições extremas. A importância do modelo é justamente poder delinear o grau em que cada componente tende para os extremos e prever problemas decorrentes disto. Como forma de reduzir a incongruência entre indivíduo e a organização *Argyris* (1968) propõe como alternativas a ampliação da tarefa e a utilização da liderança centralizada no indivíduo. Isso porque um indivíduo maduro ou com personalidade madura, é criativo, independente e conhecedor de si mesmo e cabe a organização facilitar os meios para que o indivíduo expresse a sua motivação e desenvolva seu potencial.

3.2.6 OS PADRÕES DE ADMINISTRAÇÃO DE LIKERT

Likert (1979) vem pesquisando, desde 1947, as reações e os comportamentos dos chefes e supervisores e sua influência na produtividade dos subordinados. Para o autor, a natureza das forças motivacionais, a natureza do processo de interação-influência, a natureza do processo de tomada de decisão, a natureza do estabelecimento de metas e expedição de ordens, a natureza dos processos de controle e as características do desempenho, são componentes determinantes e característicos de qualquer sistema administrativo e refletem a filosofia básica do sistema.

Para *Likert* (1979), conforme determinados aspectos do seu funcionamento, cada sistema administrativo poderá ser caracterizado dentro de quatro modelos assim definidos: a) Autoritário Forte; b) Autoritário Benévolo; c) Consultivo; e d) Grupo Participativo.

As características descrevem um padrão geral, de forma sucinta, generalizada e ilustrativa desses quatro modelos de sistemas, porém não estabelece como padrões estáticos de modo que na realidade os modelos poderão se confundir uns com os outros e constituem um continuum com muitos padrões intermediários.

O modo como os motivos são usados, ou seja, a natureza das forças motivacionais foram descritas nos quatro sistemas mencionados, *Likert* (1979), ou seja:

a) Sistema Autoritário Forte

Os motivos subjacentes explorados são: a segurança física, a segurança econômica e algum recurso ao desejo de status. Quanto a maneira como os motivos são utilizados: medo, ameaças, castigo e recompensas ocasionais. As atitudes criadas pelos empregados para com a organização habitualmente são hostis e contrárias as suas metas. A extensão em que as forças motivacionais são conflitantes resultam na redução substancial das forças motivacionais conducentes a um comportamento de apoio às metas da organização. Com relação à consecução das metas, os altos escalões da organização sentem responsabilidade, os escalões mais baixos sentem-na menos na mesma proporção que os menos graduados se sentem pouco responsáveis e se alegram quando há a possibilidade de se portarem de modo a prejudicar as metas da organização. Nas relações interpessoais são observadas atitudes subservientes para com os superiores associadas com hostilidade para com os pares e desprezo pelos subordinados, sendo o clima é de desconfiança.

b) Sistema Autoritário Benévolo

Os motivos econômicos são explorados e ocasionalmente os motivos do ego como o desejo de status. O modo como os motivos são usados: recompensas e algum castigo real ou potencial. Dessa forma as atitudes criadas para com a organização são as vezes hostis e contrárias as metas da organização e as vezes favoráveis as metas da organização e propícias à conduta necessária para as alcançar. Existe muitas vezes conflito entre as forças motivacionais e por algumas vezes essas forças poderão se revigorar mutuamente, ao menos em parte. A questão da responsabilidade com relação à consecução das metas estabelecidas é bem aceita por parte do pessoal gerencial, os não graduados via de regra sentem relativamente pouca responsabilidade pela realização das metas da organização. As atitudes para com os outros membros da organização são: subservientes para com os superiores, há concorrência por status resultante em hostilidade para com os pares e condescendência para com os subordinados.

c) Sistema Participativo Consultivo

Os motivos subjacentes explorados são os econômicos, do ego e outros importantes como o desejo de experiências novas e o modo de serem explorados são através de recompensas, castigo ocasional e apelo ao interesse pessoal ou seja, o envolvimento. As atitudes características das relações interpessoais poderão ser hostis mas com maior frequência são favoráveis e propiciam conduta que implementa as metas da organização. Poderá haver algum tipo de conflito entre as forças motivacionais, mas freqüentemente as forças se revigoram mutuamente. Proporção considerável do pessoal sente responsabilidade e geralmente se porta de forma a realizar as metas da organização. As relações interpessoais se caracterizam por ações cooperativas, razoavelmente favoráveis para com os demais na organização, há competição ocasional entre pares com hostilidade resultante e certa condescendência para com os subordinados.

d) Sistema de Grupo Participativo

Há pleno uso de motivos econômicos, do ego, como por exemplo forças motivacionais derivadas dos processos de grupo. Os motivos são usados através de recompensas econômicas baseadas em sistema de remuneração desenvolvido através de participação. Participação grupal e envolvimento na fixação de metas, melhoria de métodos e avaliação de progresso em direção às metas. As atitudes geralmente são altamente favoráveis e proporcionam forte estímulo à conduta que implementa as metas de organização. As forças motivacionais geralmente se revigoram mutuamente de forma apreciável e cumulativa. O pessoal se sente realmente responsável pelas metas da organização e motivado para se portar de forma a implementá-las. Com relação as relações humanas as atitudes favoráveis são cooperativas em toda a organização com relação de confiança mútua.

Likert (1979) afirma ainda, acerca das organizações que nas políticas empresariais valorizam os aspectos motivacionais, o seguinte:

“O procedimento dos gerentes de alta produtividade, ao lançarem mão de mais forças motivacionais empregando-as de forma a produzirem atitudes favoráveis, aponta

para uma deficiência fundamental nas teorias tradicionais de administração. Essas teorias se baseiam numa suposição motivacional inadequada. O conceito de que as pessoas trabalham unicamente ou primordialmente por compensações econômicas. De maneira mais específica, essas teorias postulam que a compra do tempo de um indivíduo dá ao empregador o direito de controlar o subordinado”.

Sem dúvida o referencial teórico indica o caminho, a ser utilizado na luta diária das organizações, em conseguir a realização do trabalho produtivo e eficaz e com satisfação e motivação por parte de quem o executa.

Por outro lado, parece claro que não existe um modelo único e suficiente para tal realização. Mas é necessário que tais conceitos sejam absorvidos de modo a realização de uma prática gerencial que valorize o capital humano e capitalize a motivação humana para o trabalho.

Além das teorias citadas se encontram estudos sobre motivação humana no trabalho na obra de Schein (*Chiavenato*, 1993), com sua proposta do “homem complexo”, onde se deve considerar a complexidade dos motivos que acionam os indivíduos e, também, sua variabilidade, quer em natureza, quer em hierarquia ou prioridade ou na Teoria da Equidade de Adams (*Coradi*, 1985), que situa sua base nas comparações que os indivíduos fazem, de um lado, com os esforços que realizam para obter determinados fins ou para executar trabalhos e, de outro lado, com as recompensas recebidas, quer em termos de salário, quer em termos de reconhecimento ou de status obtido.

Outra teoria proposta, ainda, é o Modelo de Vroom sobre Motivação *Alba-Hesketh* (1993), que é um modelo explicativo da conduta dos indivíduos, ao qual denomina “modelo de expectativas”, onde a questão da satisfação no trabalho deve ser encarada como resultante de relações entre as expectativas que a pessoa desenvolve e os resultados esperados.

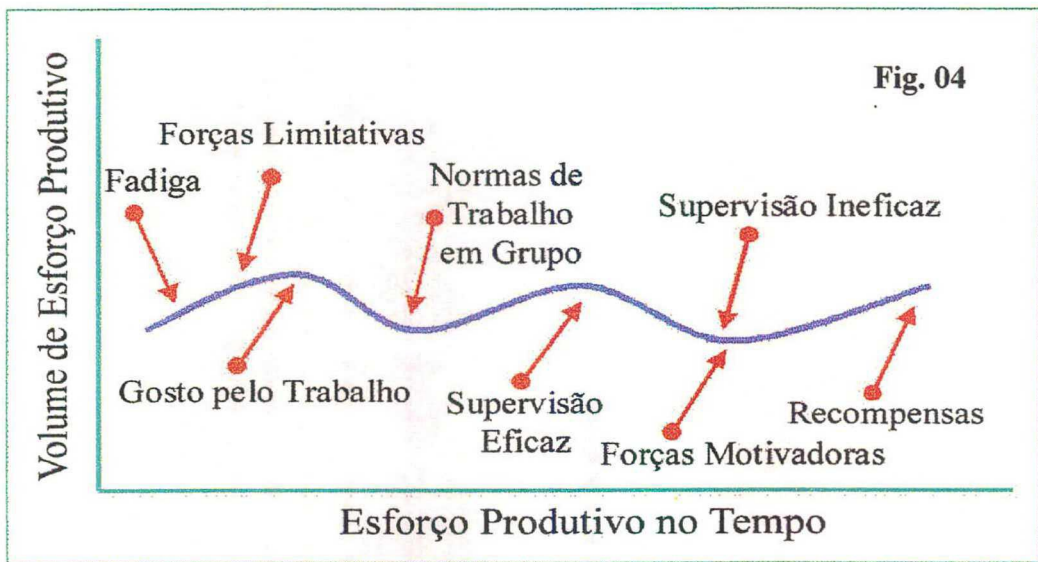
3.2.7 A TEORIA DE CAMPO DE KURT LEWIN

Por fim, deve-se ressaltar que a motivação precisa ser observada como um elemento de um sistema mais amplo, ou seja, os fatores motivacionais não existem num vácuo. A Teoria de Campo de Kurt Lewin talvez seja a explicação mais clara de como as

motivações dependem do ambiente organizacional, sendo que essa teoria se fundamenta na fórmula do comportamento humano, *Lewin* (1965):

$$B = f(P,E)$$

A fórmula diz que o comportamento humano (B) é uma função da pessoa (P) e de seu ambiente (E). Assim, para se compreender o comportamento de um indivíduo num dado momento é preciso conhecer algo a respeito do indivíduo, bem como de seu ambiente nesse momento, ou seja, significa que as pessoas tem motivações diferentes em momentos distintos e que o poder com o qual algo as motiva depende do ambiente no qual ela opera, (*Koontz, O'Donnell & Wehrich, 1988*), Fig. 04.



A Teoria de Campo propõe, assim, que o comportamento é o produto de um campo de determinantes interdependentes, conhecido como espaço de vida, aí incluídos o indivíduo e o meio psicológico, (*Mimicucci, 1993*).

Relacionando a Teoria de Campo de Kurt Lewin com a indústria e o setor de serviços, pode-se dizer que as pessoas são vistas como operando num campo de forças que as limitam e forças que as impulsionam à frente. Assim, o comportamento efetivo dependerá da intensidade desses conjuntos de forças opostas, onde há forças que tendem a limitar a produtividade e forças que tendem a motivar os indivíduos a serem mais produtivos. Aumenta-se o esforço produtivo tanto reduzindo a intensidade das forças limitativas quanto reforçando as que o favorecem, (*Koontz, O'Donnell & Wehrich, 1988*).

CAPÍTULO IV - O ESTUDO DE CASO

O estudo de caso como método utilizado para análise em profundidade de uma determinada organização, tem se mostrado uma estratégia de predileção dentre os pesquisadores, na opinião de *Godoy* (1995) citado por *Jacob* (1996). Isso ocorre, principalmente, devido ao fato de que o foco de interesse possa estar contido num determinado contexto da vida real e a análise recaia sobre fenômenos atuais e se tenha pouco controle sobre os eventos a serem estudados. Assim, o especial interesse na realização de um estudo de caso para o conhecimento de forma especial e intensiva dos fatores motivacionais para o trabalho dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí.

Lüdke (1986) citado por *Mancini* (1998), referenda esse tipo de pesquisa, ou método de pesquisa, quando se deseja analisar algo singular, que tenha valor por si só e posteriormente possa identificar semelhanças com outros casos.

Outros autores como *Bruyne* (1977), citado por *Mancini* (1998), afirmam que o estudo de caso é capaz de compreender a totalidade da situação estudada ou de um todo, a partir do momento que é capaz de reunir um número tal de informações detalhadas e profundas acerca de casos particulares numa única ou em algumas organizações reais.

O estudo de caso caracterizado também como um estudo descritivo, cujo objetivo centra a apresentação das características de uma determinada situação, de um grupo ou de um indivíduo específico, com ou sem hipóteses iniciais a respeito da natureza de tais características. *Campomar* (1991), afirma que com os dados coletados as análises devem ser feitas principalmente por analogias, contendo comparações com teorias, modelos e outros casos, permitindo muitas vezes a descoberta de relações que seriam incapazes de serem encontradas de outra forma, isso porque, as análises e inferências em estudo de casos feitas por analogia de situações, respondem principalmente às questões “por quê?” e “como?”.

4.1 A INSTITUIÇÃO E SUA ESTRUTURA

A Secretaria Municipal de Saúde, órgão vinculado a Prefeitura Municipal de Itajaí, é o responsável pelo planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços de saúde pública oferecidos no município, bem como de referência para os municípios que compõem a Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí (AMFRI).

Para tanto, a forma de organização dos serviços de saúde no município está definido em três níveis de complexidade tecnológica, ou seja, nível primário, nível secundário e nível terciário de atenção, e uma divisão espacial da rede assistencial em seis setores de saúde divididos geográfica e demograficamente em regiões, dentro dos limites do município.

No nível primário de atenção à saúde existem dois tipos de unidades assistenciais: os Postos de Saúde e as Policlínicas de Saúde. É nesse nível a porta de entrada para o sistema.

Os Postos de Saúde possuem uma equipe básica profissional composta pelo médico clínico geral, um cirurgião-dentista, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem, o agente ou auxiliar administrativo e a zeladora, que desenvolvem as atividades de clínica geral, odontologia, enfermagem e farmácia. As Policlínicas de Saúde que fazem referência para as unidades de menor porte na sua área de abrangência, tanto em relação às especialidades básicas quanto em relação aos demais programas, serviços e atividades de cunho regional, são compostas por uma equipe multi-profissional com médicos clínicos gerais, ginecologistas e pediatras, cirurgiões-dentistas, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos, motoristas para a condução de ambulâncias e por fim as zeladoras.

No nível secundário de atenção à saúde se encontra o Ambulatório Central de Especialidades, agrupando as especialidades médicas e servindo de referência para o primeiro nível de atenção, o Centro de Orientação e Diagnose Municipal (CODIM), o Centro de Referência a Saúde da Criança e da Mulher (CRECEM), o Laboratório Micro-Regional e o Centro de Estudo e Pesquisa em Oncologia (CEPON) e o Hospital Dia, que referenciam as unidades do nível primário num grau maior de complexidade, dada a especialidade médica ou programa que desenvolvem, além dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia relacionados aos diversos níveis de atenção.

No nível terciário estão o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen e o Hospital Infantil Menino Jesus.

Entretanto, deve-se ressaltar que para garantir a resolutividade na atenção a saúde, tanto individual quanto coletiva, a Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio com a rede privada, bem como contrata outros serviços e profissionais a fim de complementar diagnoses e tratamentos inexistentes na estrutura da rede pública.

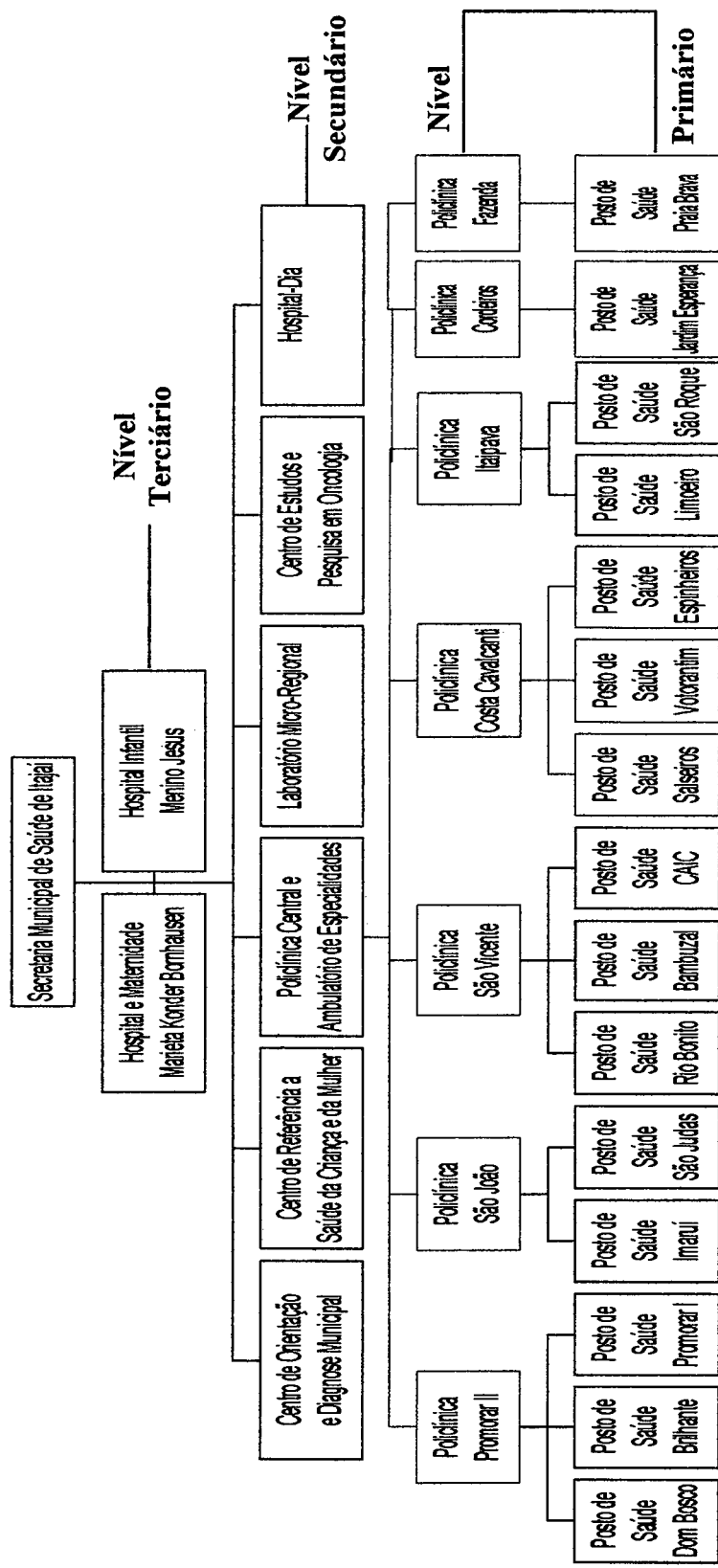
A Fig. 05 apresenta esquematicamente a Estrutura do Módulo de Atenção a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí.

Com relação aos profissionais pertencentes aos serviços públicos de saúde de Itajaí, a Secretaria Municipal de Saúde gerencia 719 servidores distribuídos nas suas diversas unidades de saúde, sendo 39 servidores com vínculo federal, 26 com vínculo estadual e 654 com vínculo municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí atende a uma demanda média mensal de 54.000 pacientes, sendo responsável por, em média, 108.000 procedimentos mensais.

Estrutura do Módulo de Atenção a Saúde de Itajaí

Fig. 05



4.2 METODOLOGIA PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

Foram utilizados no presente estudo dois protocolos, sendo um chamado “Carta do Cotidiano” e outro “Inquérito Sócio/Motivacional”.

O protocolo “Carta do Cotidiano”, adaptado de *Patricio* (1996) buscou registrar junto aos trabalhadores participantes da pesquisa, fatos ou acontecimentos do seu dia a dia que poderiam ser relevantes no seu desempenho ou no desenvolvimento do seu trabalho, ou seja, todos os aspectos que de certa forma poderiam influenciar positiva ou negativamente nas suas atividades no trabalho, (Anexo I).

Informações obtidas através da Carta do Cotidiano se referem aos acontecimentos do dia a dia que mesmo sendo comuns na vida das pessoas são capazes de interferir nos seus processos de saúde-doença, de prazer e dor, de felicidade e satisfação/motivação, (*Patricio*, 1996). Para *Maffesoli* (1984), citado por *Patricio* (1996), o cotidiano retrata momentos simples que se passam nas relações interpessoais, sociais, que se repetem como um vaivém e que registram as tragédias humanas, momentos de prazer com outro, ora na sociedade, ora na complexidade do comportamento das pessoas. Esses fatos ou acontecimentos poderiam ocorrer no local do trabalho ou fora dele, ou seja, tanto no campo profissional quanto no campo pessoal e nas suas inter-relações.

O protocolo “Inquérito Sócio/Motivacional”, adaptado de *Sbragia & Maximiano* (1980), *Sammazzaro* (1987) e *Regis Filho* (1996), foi utilizado objetivando definir os fatores de motivação/satisfação pessoal no trabalho dos servidores, ou seja a variável dependente. Como variáveis independentes se utilizou aspectos de políticas e práticas de administração de pessoal da empresa, condições de trabalho oferecidas pela empresa, relações interpessoais e de comunicação, competência percebida do supervisor, estilo percebido de chefia e a tarefa em si, (Anexo II).

Procurou-se, ainda, traçar um perfil dos servidores públicos municipais de saúde com relação a sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, salários, tempo de serviço, regime trabalhista, carga horária diária, moradia, religião e cargo/função.

Os indicadores de fatores motivacionais resultaram em 66 perguntas, sendo 10 perguntas para a análise de cada variável independente e 06 para a variável dependente. Para cada pergunta havia uma variação de intensidade com quatro opções e o respondente manifestava sua opinião de acordo/desacordo ou positiva/negativamente.

As perguntas foram dispostas no protocolo de forma desordenada mesclando as variáveis, tanto independentes como a dependente, de modo a não induzir o raciocínio do respondente.

Os protocolos foram testados em condições reais de trabalho com aproximadamente 10% dos indivíduos pesquisados e, posteriormente, entregues pessoalmente em todos os locais de trabalho, sendo aplicados junto a todos os servidores dos Postos de Saúde e Policlínicas de Saúde, por se tratarem de unidades que caracterizam os serviços básicos de saúde ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí e por serem a porta de ingresso dos usuários dos serviços ao sistema e, também, por contemplarem todas as especialidades profissionais abrangidas neste sistema de prestação de serviços.

Após uma semana os protocolos foram recolhidos, tanto a “Carta do Cotidiano” como o “Inquérito /sócio/Motivacional”.

4.3 METODOLOGIA ESTATÍSTICA PARA TRATAMENTO DOS DADOS

Foram distribuídos 192 questionários e 133 retornaram preenchidos, sendo excluídos os questionários que apresentavam mais de 20% de respostas em branco, com mais que 3 questões em branco em um mesmo grupo de respostas e aqueles com alguma questão em branco no grupo da variável dependente. Foram considerados válidos 118 protocolos.

O protocolo “Carta do Cotidiano” foi utilizado como suporte na análise do protocolo “Inquérito Sócio/Motivacional”. Por outro lado, a análise dos 118 questionários “Inquérito Sócio/Motivacional”, foi para estabelecer correlação entre cada variável independente e a variável dependente e entre as variáveis independentes. Posteriormente se realizou uma Análise de Regressão Linear Múltipla para melhorar o nível de confiabilidade.

Utilizou-se, ainda, o teste Qui-quadrado com o objetivo de pesquisar a associação motivação/satisfação e agrupamentos como sexo, escolaridade, salário individual, regime de trabalho, tempo de empresa e cargo/função. Utilizou-se, no presente estudo, o pacote computacional EPI INFO 6.2.

Na tabulação das respostas os dados obtidos, através das diversas perguntas, passaram a exprimir o valor da variável ao qual estavam relacionadas. Para cada resposta

foi atribuído um peso de 1 a 4. Os pesos 1 e 2 foram dados para às respostas desfavoráveis e os pesos 3 e 4 para as respostas favoráveis.

A seguir, para a análise de agrupamento dos indivíduos quanto a satisfação nas diversas variáveis analisadas, foram utilizadas a Classificação Hierárquica Ascendente seguida de Classificação Não Hierárquica por Partição.

As questões receberam escores de 1 a 4 em ordem crescente de satisfação. Foram somados os escores para cada grupo de questões que compõem as variáveis, sendo a soma considerada como o valor da variável e esse valor posteriormente estratificado em três categorias: ruim - até duas vezes o número de questões, médio - até três vezes o número de questões e bom - igual e acima de três vezes o número de questões. Assim categorizados os indivíduos foram agrupados quanto a opinião sobre cada variável, ou seja as consideradas independentes e a definida como dependente, fatores de motivação/satisfação pessoal no trabalho. Utilizou-se, no presente trabalho, o software estatístico SPAD-N ou Sistema Portátil de Análise de Dados – Programa Presta da Universidade Livre de Bruxelas.

A classificação hierárquica fez comparações entre os indivíduos e sua proximidade ao centro de gravidade de cada grupo, possibilitando identificar o número de grupos mais adequado para o conjunto de indivíduos. Após essa etapa, utilizou-se o Método de Classificação Não Hierárquica de Partição que permitiu a alocação estável dos indivíduos nos quatro grupos identificados na classificação anterior. Nesse procedimento os elementos são agrupados e reagrupados 3 a 4 vezes até atingirem uma estabilidade espacial de seu posicionamento, no sentido de garantir a máxima homogeneidade intra-grupo e heterogeneidade inter-grupos.

A escolha dos métodos se deve a natureza qualitativa das variáveis selecionadas e, também, sua adequação para estudos onde se pretenda estabelecer a formação de grupos homogêneos a partir de múltiplas características.

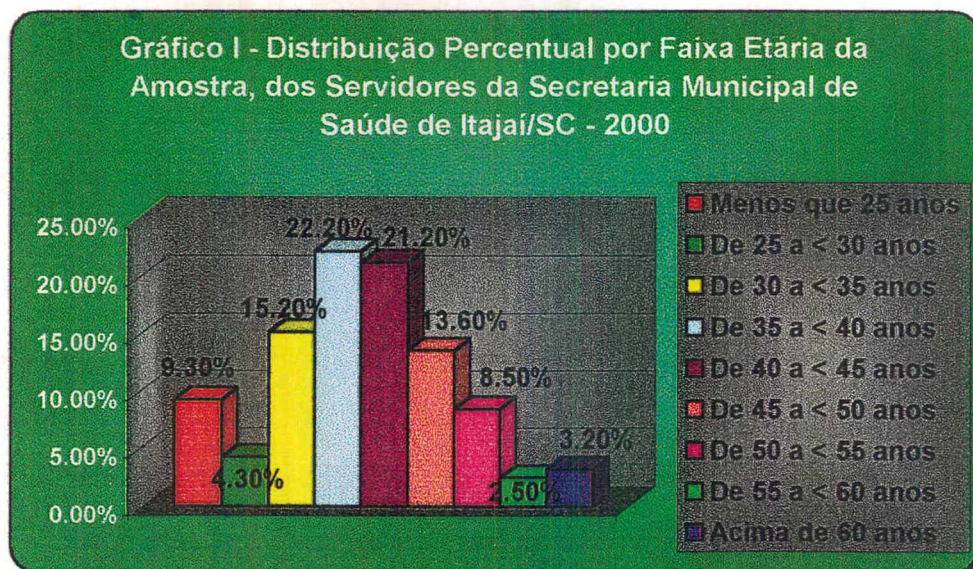
Por último, identificou-se os fatores extremos associados com as variáveis independentes e que afetam a variável dependente, ou seja, motivação/satisfação no trabalho.

4.4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente se caracterizou os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC onde variáveis como sexo, idade, estado civil e local de residência, foram pesquisadas.

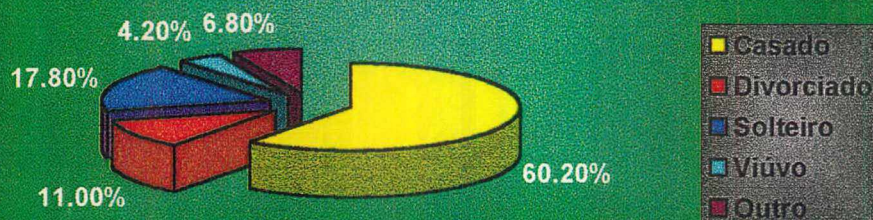
Dos questionários considerados válidos, 77,10% foram respondidos por trabalhadores do sexo feminino e os 22,90% restantes, por servidores do sexo masculino.

As distribuições das frequências por faixa etária se encontram no Gráfico I. Observou-se uma concentração de trabalhadores entre 35 a 40 e entre 40 a 45 anos, que juntas somaram com 43,40%. As faixas etárias entre 30 a 35 anos e entre 45 a 50 anos, apresentaram 15,20% e 13,60% dos trabalhadores, respectivamente. Praticamente 75% dos profissionais se encontram nas faixas etárias de maior produtividade.



Ao serem questionados quanto ao estado civil a maioria respondeu ser casado, 60,20%. Esse percentual equivalente a aproximadamente $\frac{3}{4}$ da amostra é coerente com a concentração de trabalhadores entre 30 a 50 anos, ou seja profissionais em uma faixa etária onde os indivíduos já possuem família constituída. A distribuição das demais frequências são apresentadas no Gráfico II.

Gráfico II - Distribuição Percentual por Estado Civil da Amostra, dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2000

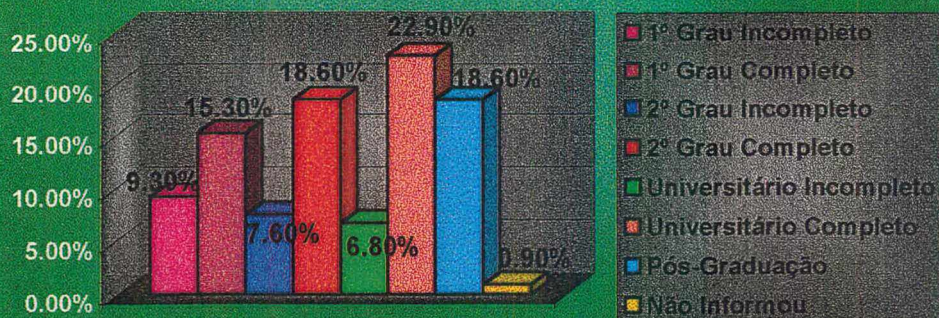


Quanto ao local de residência 81,40% informaram residir em Itajaí, 10,20% em Balneário Camboriú e os 8,40% restantes em cidades próximas ou não informou o local da moradia.

A seguir variáveis como escolaridade, salário individual, regime de trabalho, cargo/função, etc., foram pesquisadas para se identificar o perfil profissional dos trabalhadores da organização.

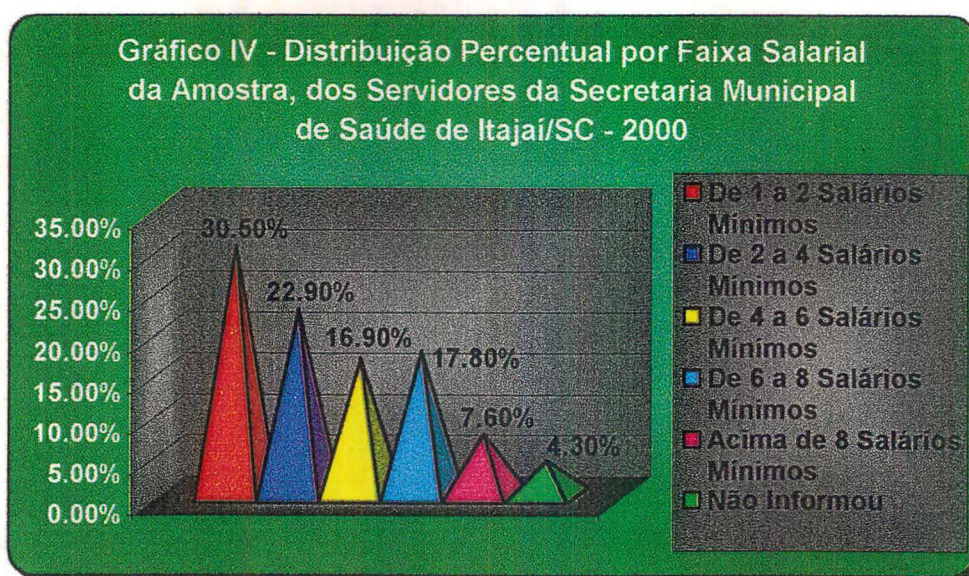
Aproximadamente $\frac{1}{4}$, ou seja 22,90% dos profissionais possuem curso universitário completo. 18,60% possuem 2º grau completo e o mesmo percentual com pós-graduação. O Gráfico III condensa as demais frequências encontradas.

Gráfico III - Distribuição Percentual por Nível de Escolaridade da Amostra, dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2000



Regis Filho & Lopes (1996) encontraram, na mesma empresa, percentual semelhante de trabalhadores com 2º grau completo, 18,00%. Entretanto, com curso universitário completo foram encontrados 28,00%. A redução do percentual de profissionais com curso universitário completo, em torno de 33,57% em quatro anos, é um fator interessante para ser observado ao se analisar aspectos relacionados com produtividade e qualidade dos serviços.

O presente estudo revelou uma forte concentração de trabalhadores recebendo de 01 a 02 salário mínimos, 30,50%. A distribuição das demais frequências são encontradas no Gráfico IV.



Dos trabalhadores pesquisados 82,20% são estatutários/efetivos e 16,10% são contratados por tempo limitado. 1,70% não informaram o tipo de vínculo empregatício. O fato de mais de $\frac{3}{4}$ dos trabalhadores possuírem estabilidade no emprego é um aspecto importante de para ser observado ao se analisar a variável dependente motivação/satisfação no trabalho.

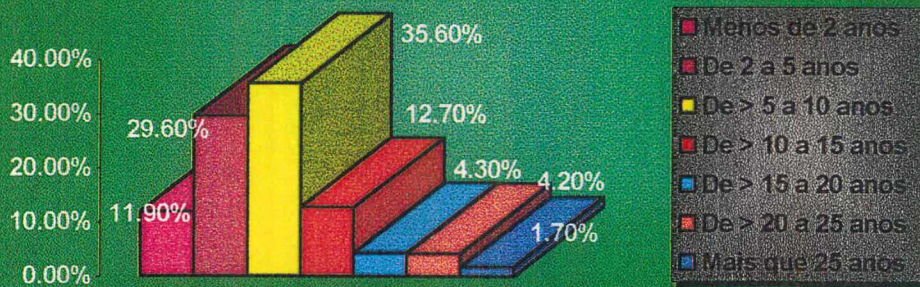
O Gráfico V apresenta a carga horária diária de trabalho dos profissionais na organização. Observa-se que 87,30% dos trabalhadores trabalham 06 horas diárias ou mais na empresa. Como um percentual elevado de trabalhadores dedicam praticamente tempo integral para a empresa, fatores relacionados com outro emprego não devem influenciar a variável dependente motivação/satisfação no trabalho.

Gráfico V - Distribuição Percentual por Carga Horária Diária da Amostra, dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2000



A seguir os entrevistados foram questionados quanto ao tempo de serviço na empresa. Observa-se que um percentual relativamente elevado, 35,60%, possui de 05 a 10 anos de empresa e 12,70% trabalham de 10 a 15 anos na organização, ou seja, praticamente metade dos profissionais trabalham entre 05 a 15 anos para o Município, exatamente 48,30%. Os demais percentuais são encontrados no Gráfico VI.

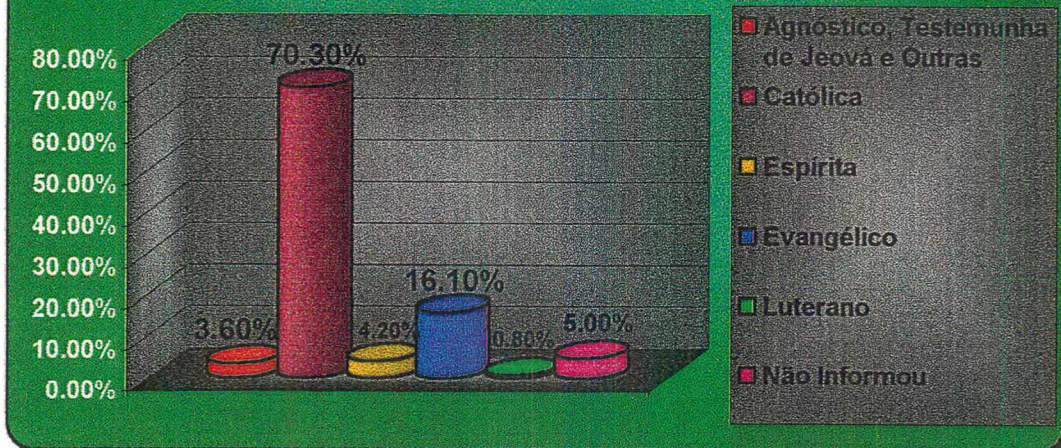
Gráfico VI - Distribuição Percentual por Tempo na Empresa da Amostra, dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2000



Com relação ao tipo de moradia, 80,50% moram em casa própria. 15,30% em casa alugada e 4,20% em outro tipo de moradia.

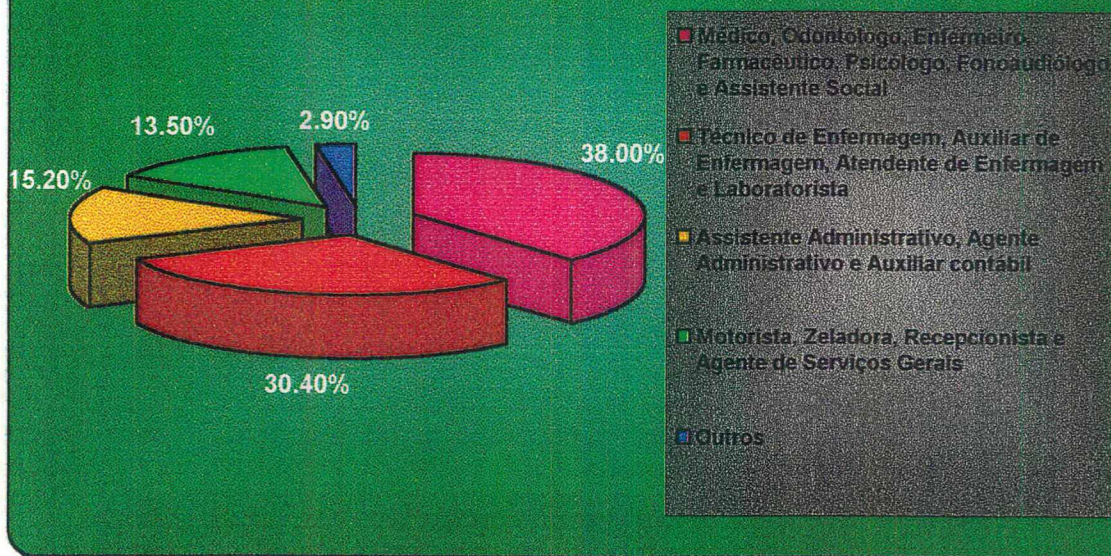
A religião professada por 70,30% dos entrevistados é a católica e outros 16,10% são evangélicos. As demais frequências são apresentadas no Gráfico VII.

Gráfico VII - Distribuição Percentual por Religião da Amostra, dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2000



Por último os entrevistados foram questionados quanto ao cargo/função exercidos. 38,00% dos profissionais, aqui incluídos alguns com pós-graduação, exercem cargo/função universitárias e típicas da organização e outros 30,40% estão distribuídos em áreas de apoio de nível médio, entretanto típicas da atividade fim. 31,16% em outros cargos/funções de apoio, porém não típicas da empresa. As distribuições das frequências podem ser visualizadas no Gráfico VIII.

Gráfico VIII - Distribuição Percentual por Cargo/Função da Amostra, dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC - 2000



Após o segmento do questionário destinado a traçar o perfil profissional os entrevistados foram perguntados a respeito de políticas e práticas de administração de pessoal da empresa, condições de trabalho oferecidas pela empresa, relações interpessoais e de comunicação, competência percebida do supervisor, estilo percebido de chefia e sobre a tarefa em si, ou seja fatores motivacionais, objetivando aferir a consistência quanto a verdadeira motivação pessoal do trabalhador. Foram pesquisados apenas fatores internos a empresa, relegando não a um plano inferior mas para posteriores pesquisa, fatores externos como condições políticas, econômicas e sociais e que possam de alguma forma interferir na motivação para o trabalho. As distribuições das frequências se encontram no Anexo III.

A partir dos valores assumidos pelas variáveis selecionadas para a investigação, estudou-se a relação entre cada uma das variáveis independentes e a variável dependente. A Tabela 01 mostra os valores das correlações entre cada variável independente e a variável dependente e entre as variáveis independentes. Todos os valores foram significativos, com $p < 0,0001$ indicando que existe associação entre os fatores.

TABELA 01	CPS	CTE	EPC	PPE	RIP	TRS	MSP
Competência Percebida do Supervisor (CPS)	1	0.495	0.898	0.490	0.685	0.354	0.677
Condições de Trabalho Oferecidas pela Empresa (CTE)		1	0.546	0.791	0.496	0.389	0.650
Estilo Percebido de Chefia (EPC)			1	0.544	0.720	0.476	0.714
Políticas e Práticas de Administração de Pessoal da Empresa (PPE)				1	0.471	0.501	0.626
Relações Interpessoais e Comunicação (RIP)					1	0.422	0.730
Tarefa em Si (TRS)						1	0.590
Motivação Servidor Público (MSP)							1

N=118

Entretanto, um obstáculo comum na análise das relações entre duas variáveis, é a dificuldade de se manter constantes os demais fatores que influenciam ou podem influenciar essas relações. Seria desejável que a medida de associação utilizada permitisse avaliar o quanto cada variável independente está associada isoladamente à variável dependente, porém a natureza do fenômeno pesquisado não permite um procedimento desse tipo em maior profundidade.

Para melhorar a confiabilidade uma análise de regressão múltipla foi utilizada, objetivando isolar os fatores que realmente estão associados com a variável dependente, Tabela 02.

TABELA 02		BETA	B	t(111)	p-level
Intercept			2.747	2.829	0.00554
Competência Percebida do Supervisor (CPS)		0.214	0.073	1.833	0.06943
Condições de Trabalho Oferecidas pela Empresa (CTE)		0.245	0.133	2.911	0.00436
Estilo Percebido da Chefia (EPC)		0.006	0.002	0.048	0.96215
Políticas e Práticas de Administração de Pessoal da Empresa (PPE)		0.040	0.018	0.453	0.65116
Relações Interpessoais (RIP)		0.331	0.187	4.482	0.00002
Tarefa em Si (TRS)		0.256	0.108	4.149	0.00007

R= ,85227209 R²= ,72636771 Adjusted R²= ,71157678
F(6,111)=49,109 p<,00000 Std. Error of estimate: 1,2632

Análise de Regressão Linear Múltipla indicou que os fatores competência percebida do supervisor (CPS), estilo percebido de chefia (EPC) e políticas e práticas de administração de pessoal da empresa (PPE) não estavam associados com a motivação/satisfação dos funcionários. Os fatores condições de trabalho oferecidas pela empresa (CTE), relações interpessoais e de comunicação (RIP) e sobre a tarefa em si (TRS) estavam associados à motivação/satisfação, com mais força para os dois últimos.

Os resultados da análise do protocolo Sócio/motivacional encontram amparo nos pressupostos da Teoria Y de Douglas McGregor (*McGregor*, 1992), para a qual o ser humano não detesta por natureza o trabalho e onde o trabalhador é capaz de aceitar e procurar responsabilidades no seu trabalho e, dependendo das condições em que a tarefa é realizada, esse trabalho pode vir a ser fonte de satisfação e voluntariamente realizado. Os resultados do protocolo encontram, também, amparo em *Sbragia & Maximiano* (1980) e *Sannazzaro* (1987) nos estudos sobre os fatores condicionantes da motivação e satisfação no trabalho.

Da mesma forma, a Teoria Bifatorial de Motivação/Higiene de Herzberg (*Herzberg*, 1959 citado por *Coradi*, 1985) qualifica os resultados encontrados, no que se refere a tarefa bem sucedida e a natureza do trabalho realizado.

Por outro lado, os resultados encontram fundamentos, também, na Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow (*Maslow*, 1970), quando afirma que indivíduos privados da satisfação de algumas de suas necessidades podem desenvolver

alguns quadros de desajustamento que prejudicam sua vida labutar, como por exemplo a insatisfação com salário, o descumprimento de promessas pela instituição, a falta de reconhecimento pelo bom desempenho e a segurança física precárias no local de trabalho, e que contribuíram substancialmente para a desmotivação/insatisfação individual dos trabalhadores de saúde da instituição.

Entretanto, quando se pesquisou a associação motivação/satisfação e agrupamentos como sexo, escolaridade, salário individual, regime de trabalho, tempo de empresa e cargo/função, apenas estilo percebido da chefia (EPC) e regime de trabalho apresentou significância, indicando que os servidores com contrato por tempo determinado são mais favoráveis ao estilo da chefia do que os estatutários/efetivos. Os demais resultados do teste Qui-quadrado se encontram no Anexo IV.

Após a Classificação Hierárquica Ascendente seguida de Classificação Não Hierárquica por Partição e identificados os elementos de cada um dos quatro grupos formados, esses foram investigados quanto às variáveis individuais associadas. Não se observou nenhuma característica marcante que permitisse definir algum tipo de perfil quanto a motivação/satisfação dos servidores. Os resultados da análise se encontram no Anexo V. Entretanto, foi possível classificar os indivíduos em quatro grupos com as seguintes características:

Grupo 1 - 22,9% dos indivíduos com opiniões predominantemente ruins sobre as variáveis estilo percebido de chefia (EPC), competência percebida do supervisor (CPS), condições de trabalho oferecidas pela empresa (CTE), práticas de administração de pessoal da empresa (PPE) e tarefa em si (TRS);

Grupo 2 - 39,0% dos indivíduos com opiniões predominantemente medianas sobre as variáveis competência percebida do supervisor (CPS), estilo percebido de chefia (EPC), motivação do servidor público (MSP), relações interpessoais e de comunicação (RIP) e condições de trabalho oferecidas pela empresa (CTE);

Grupo 3 - 30,5% indivíduos com opiniões variando entre medianas e boas sobre as variáveis competência percebida do supervisor (CPS), motivação do servidor público (MSP), relações interpessoais e de comunicação (RIP), estilo percebido de chefia (EPC),

condições de trabalho oferecidas pela empresa (CTE) e práticas de administração de pessoal da empresa (PPE); e

Grupo 4 - 7,6% indivíduos com opiniões predominantemente boas sobre as variáveis práticas de administração de pessoal da empresa (PPE), condições de trabalho oferecidas pela empresa (CTE), motivação do servidor público (MSP), tarefa em si (TRS) e estilo percebido de chefia (EPC).

Observa-se que estilo percebido de chefia (EPC) e condições de trabalho oferecidas pela empresa (CTE) são as variáveis que aparecem em todos os grupos exercendo influência sobre a motivação do servidor público (MSP), principalmente nos grupos 2, 3 e 4 onde a essa variável caracteriza o grupo.

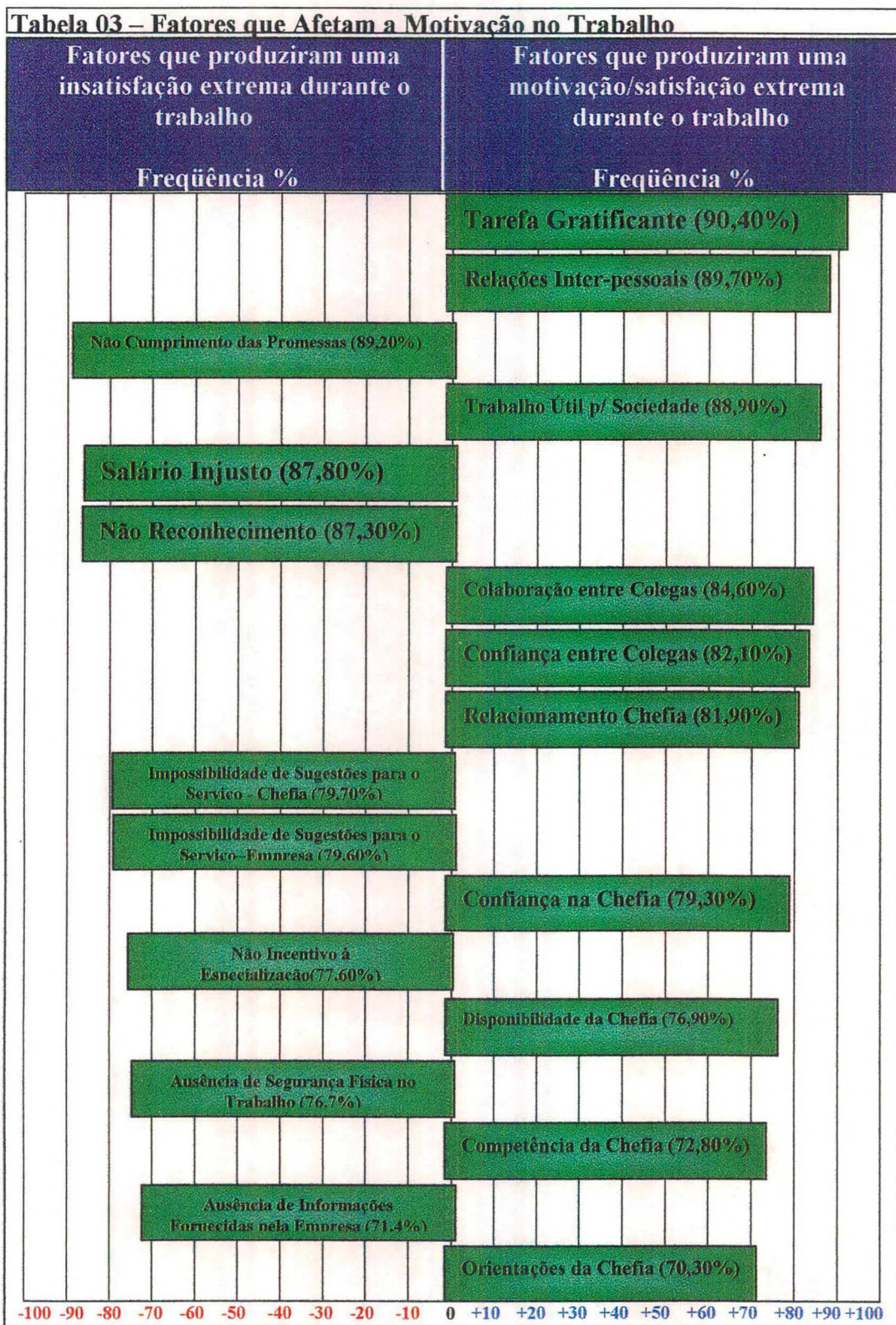
Outra análise relevante observada é que a variável tarefa em si (TRS) aparece nos dois grupos extremos, ou seja, a tarefa exerce influência direta sobre a motivação do servidor público (MSP), principalmente no que se refere as opiniões desfavoráveis, pois praticamente o triplo dos entrevistados, em relação ao grupo 4, têm opinião predominantemente ruim sobre a tarefa.

A análise do protocolo sócio/motivacional permitiu, ainda, identificar os fatores extremos associados com as variáveis independentes e que afetam a variável dependente motivação/satisfação no trabalho. Observa-se, de maneira geral, a relação dos fatores da coluna esquerda com as necessidades fisiológicas, de segurança e sociais da escala de Maslow (*Hersey & Blanchard, 1977*) e os fatores da coluna direita com as necessidades de auto-estima e de auto-realização da mesma escala. Os fatores identificados são apresentados na Tabela 03.

Verifica-se que os fatores limitantes são a inadequada política de administração com relação as questões salariais, a inexistência à capacitação e à especialização, a despreocupação com a segurança física dos servidores e a inexistência de um canal de comunicação entre a instituição e os servidores. Por outro lado, indicam como fatores motivacionais as relações interpessoais, onde predomina a colaboração e confiança entre colegas, a relação amigável com as chefias e a realização de tarefa gratificante e importante socialmente.

Assim, observa-se perfeitamente um campo de forças que limita e outro que impulsiona os indivíduos na realização de seu trabalho. O primeiro causando

desmotivação/insatisfação e o segundo causando motivação/satisfação, ou seja, a motivação dependendo, também, do ambiente organizacional (Lewin, 1965).



4.5 SUGESTÕES PARA A INSTITUIÇÃO

Baseado nos fatores que produziram motivação/satisfação ou, em sentido oposto, que provocaram desmotivação/insatisfação no trabalho, sugere-se à Secretaria Municipal de Itajaí:

- a) cumprir os compromissos firmados entre a instituição e os seus servidores, de modo a estabelecer a confiança entre a empresa e todos que formam as equipes de trabalho;
- b) adequar os salários aos níveis de mercado, bem como as diversas categorias profissionais e suas jornadas de trabalho, evitando as diferenças salariais entre membros da mesma categoria profissional e entre profissionais com mesmo nível de escolaridade;
- c) adotar mecanismos que reconheçam e recompensem o bom desempenho do servidor, de tal forma que possa ascender no exercício da sua profissão;
- d) criar um canal de comunicação e conversação entre direção e servidores, onde todos possam expor suas idéias para a melhoria dos serviços, bem como a realização de ajustes que julgarem importantes e necessários, permitindo se adaptar às necessidades específicas dos usuários;
- e) incentivar a capacitação para todos os níveis e categorias profissionais;
- f) adequar equipamentos, instrumentos, instalações e o que se fizer necessário para garantir a segurança física no trabalho; e
- g) dispor de um mecanismo de comunicação que forneça informações da empresa para os servidores quanto as mudanças, eventos, normas, etc., e que sejam de interesse para o trabalhador de saúde.

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As pesquisas e a literatura confirmam que várias podem ser as abordagens utilizadas para explicar a motivação humana para o trabalho ou para se conhecer os diversos fatores que podem estimular ou inibir a realização produtiva da tarefa e com mais ou menos satisfação do trabalhador, tais como, as classificadas como monetária, atitudinal situacional, desenvolvimento organizacional, supervisão e comportamental.

No presente estudo de caso, os fatores competência percebida do supervisor (CPS), estilo percebido de chefia (EPC) e políticas e práticas de administração de pessoal da empresa (PPE) não estão associados com a motivação/satisfação dos funcionários. Os fatores condições de trabalho oferecidas pela empresa (CTE), relações interpessoais e de comunicação (RIP) e sobre a tarefa em si (TRS) estão associados à motivação/satisfação, principalmente os dois últimos. Os resultados encontram amparo nas teorias que colocam a tarefa em si e as relações interpessoais como a principal fonte de motivação/satisfação individual.

Observa-se, também, uma forte predominância do sexo feminino, 77,10% dos entrevistados contra 22,90% restantes do sexo masculino, sendo que a maioria dos trabalhadores se concentram na faixa etária entre 35 e 45 anos, 43,40%.

A grande maioria dos entrevistados informa ser casada, 60,20% e residindo, predominantemente, na cidade de Itajaí, 81,40%. Dos entrevistados aproximadamente $\frac{1}{4}$, 22,90%, possui curso universitário e 18,60% com pós-graduação, sendo que dos entrevistados 30,50% recebem entre um e dois salários mínimos.

Outro fator relevante é que 82,20% dos trabalhadores são estatutários/efetivos e com 35,60% tendo entre 05 e 10 anos de tempo de empresa. Observa-se, ainda, que um percentual significativo dos entrevistados trabalham 06 horas diárias ou mais, 87,30%.

A distribuição percentual revelou que 38,00% dos trabalhadores exercem cargo/função universitária e características da atividade fim da instituição, ou seja, atividades diretamente relacionadas com a prestação de serviços de saúde.

Deve-se, também, ressaltar que entre os fatores que produzem uma insatisfação extrema durante o trabalho se encontram o descumprimento das promessas feitas pela

instituição, 89,20%, salário injusto, 87,80%, e não reconhecimento pelo trabalho realizado, 87,30%. Por outro lado tarefa gratificante, 90,40%, relações interpessoais agradáveis, 89,70% e trabalho útil para sociedade, 88,90%, são os fatores que produzem uma motivação/satisfação extrema durante o trabalho em serviços de saúde pública dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí/SC.

Cabe insistir, ainda, na perseguição de evidências adicionais para o presente estudo, pois é possível que, em outras situações, as características dos fatores pesquisados estejam associadas com outros elementos de motivação/satisfação e mesmo com desmotivação/insatisfação. Essas possibilidades não devem ser descartadas, a princípio, mas pelo contrário estimuladas a se constituir em hipóteses a serem testadas.

Recomenda-se, também, a realização de estudos dessa natureza com um maior ou menor grau de controle sobre as variáveis independentes, de forma a melhorar o nível de precisão das análises e conclusões, independente do desafio que tem caracterizado esses tipos de estudos na área das ciências comportamentais.

Por fim, maiores investigações devem ser realizadas no sentido de que fatores externos como condições políticas, econômicas e sociais sejam pesquisados e que de alguma forma possam interferir na motivação para o trabalho na instituição analisada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBA-HESKETH, M. M. Os fatores que determinam o comportamento do indivíduo no trabalho. Tend. Trab, São Paulo, p.17-24, jan 1993.
- ANTUNES, J. L. F; NASCIMENTO, C. B; NASSI, L. C; PREGNOLATTO, N. P. Instituto Adolfo Lutz – 100 anos do Laboratório de Saúde Pública. São Paulo: Editora letras & letras, 1992. 280 p.
- ANUARIO DE ITAJAÍ PARA 1924. Itajaí: O Comercio/O Pharol. 1924, 156p.
- ANUÁRIO DE ITAJAÍ PARA 1949. Itajaí: Aurora, 1949. 218p.
- ARGYRIS, C. Personalidade e organização: o conflito entre o sistema e o indivíduo. Rio de Janeiro: Renes., 1968. 269 p.
- BERGAMINI, C. W. Motivação. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989. 122 p.
- BERGAMINI, C. W. Recursos humanos: a administração do sentido. R. Adm, São Paulo, v. 26, n.2, p.68-73, abr./jun., 1991.
- BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro 1990. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Lei 8142 de 12 de dezembro 1990. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Constituição 1998. Constituição Brasileira de 1988. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/91. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/92. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 93. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. NOB/96-NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34p.
- BRASIL. MS - Ministério da Saúde. 2000. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- CAMPOMAR, M. C. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. R. Adm, São Paulo, v. 26, n. 3, p.95-97, jul./set. 1991.
- CHIAVENATO, I. Recursos humanos. São Paulo: Atlas, 1990. 377p.

- CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 4. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1993. 920p.
- CHIAVENATO, I. Recursos humanos na empresa. São Paulo: Atlas, 1994. 209 p.
- COFER, C. N. Introdução à psicologia. Tradução Maria da Glória Novak. São Paulo: Brasiliense, 1972. 140 p.
- CORADI, C. D. O comportamento humano em administração de empresas. São Paulo: Pioneira, 1985. 305p.
- COSTA, N. R. Lutas urbanas e controle sanitário. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.
- COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. Política social e descentralização: o caso do setor saúde. CONASEMS, São Paulo, ano 3, n. 37, p.15, nov./dez.1997.
- D'ÁVILA, E. Pequena história de Itajaí. Itajaí: Gráfica Dehon, 1982. 155p.
- DAVIS, K., NEWSTROM, J. W. Comportamento humano no trabalho. São Paulo: Pioneira, 1992. 207p.
- DEJOURS, C., DESSORS, D., DESRIEAUX, F.. Por um trabalho, fator de equilíbrio. R. Adm. Emp. São Paulo, v. 33, n. 3, p.98-104, maio/jun. 1993.
- DOLENEC, S. The relationship between health status, motivation and work efficiency offorest workers. In: CONFERENCE "ERGONOMICS AND OCCUPATIONAL HEALTH", 1994, Zagreb. Proceedings..., 1994.
- EYSENCK, M.W. Psicologia cognitiva: um manual introdutório. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 490p.
- FNS - Fundação Nacional de Saúde. 2000. Disponível em: <<http://www.fns.gov.br>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.
- GARDNER, H. A nova ciência da mente: uma história da revolução cognitiva. São Paulo: USP, 1995. 454p.
- GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1996. 233p.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. Psicologia para administradores de empresas: a utilização de recursos humanos. 2. ed. São Paulo: EPU, 1977. 254p.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2000. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2000.
- IYDA, M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: UNESP, 1994. 148p.

- JACOB, J. Mudança organizacional: um estudo de caso utilizando uma abordagem cognitivista. 1996. 85f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- KELLER, F. S. Princípios de psicologia. São Paulo: Herder, 1968. 451p.
- KINDERSLEY, D. História do mundo. Rio de Janeiro: Globo, 1997. 1 CD-ROM.
- KIVIMÄRKI, M.; VOUTILAINEN, P.; KOSKINEN, P. Job enrichment, work motivation, and job satisfaction in hospital wards: testing the job characteristics model. J. Nur. Manag., London, n. 3, p.87-91, 1995.
- KOONTZ, H.; O'DONNELL, C.; WEIHRICH, H. Administração – recursos humanos: desenvolvimento de administradores. São Paulo: Pioneira, 1988. 239p.
- LEWIN, K. Teoria de campo em ciência social. São Paulo: Pioneira, 1965. 387p.
- LIKERT, R. Novos padrões de administração. 2ª ed. São Paulo: Enio Matheus Guazzelli, 1979. 307p.
- LINHARES, J. O que a memória guardou. Itajaí: Ed. UNIVALI, 1997. 328p.
- LOPES, T. V. M. Motivação no trabalho. Rio de Janeiro: FGV, 1980. 155p.
- LUZ, M. T. Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. 218p.
- LUZ, M. T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986. 295p.
- MANCINI, W. Fatores motivacionais para o trabalho dos servidores fiscais da secretaria da fazenda do estado do Amazonas. 1998, 91f. Dissertação (Curso de Pós-Graduação em Administração) Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- McCLELLAND, D. C. The achievement motive. Van Nostrand, 1981, p.7-42.
- McGREGOR, D. O lado humano da empresa. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 225p.
- MASCARENHAS, R.S. A organização da assistência à saúde e da atenção médica como condicionamentos de saúde das comunidades. IN: PARETA, J.M.M.; MEIRA, A.R.; D'ANDRETTA JR., C. Saúde da Comunidade. São Paulo: McGraw Hill, 1976. p.35- 131.
- MASLOW, A. H. Motivation and personality. New York: Harper & Row Publishers, 1970. p.371-397.
- MERHY, E.E, 1984 - O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papyrus, 1985. 116 p.

- MURRAY, E. J. Motivação e emoção. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. 177p.
- MINICUCCI, A. Dinâmica de grupo. teorias e sistemas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1993. 314p.
- NETO, J. M. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Saúde em Déb., São Paulo, n. 31, p.54-66, mar. 1996.
- NUNES, E. D. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. 205p.
- OLIVEIRA, J. P. R. de. Motivação e sobrevivência. R. Adm., São Paulo, v. 27, n. 3, p. 103-106, jul./set. 1992.
- PASOLD, C. L. Estudo evolutivo da legislação sanitária catarinense e suas repercussões na estrutura dos serviços de saúde pública do estado de Santa Catarina – período republicano, 1978. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo. 1978.
- PÉREZ-RAMOS, J. Motivação no trabalho: abordagens teóricas. Psicologia-USP. São Paulo, v.1, n.2, p.127-140, 1990.
- PATRÍCIO, Z. M. Ser saudável na felicidade-prazer – uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. Florianópolis: Ed. Universitário, 1996. 151p.
- PUENTE, M. de La. Tendências contemporâneas em psicologia da motivação. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1982, 277p.
- REESE, E.P. Análise do comportamento humano. 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1976. 160p.
- REGIS FILHO, G. I. Estudo de clima organizacional nos serviços de saúde pública, oferecidos pela rede ambulatorial da secretaria de saúde, da Prefeitura Municipal de Itajaí, (SC). 1996. 68f. Monografia. Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos. UNIVALI.
- REGIS FILHO, G. I., LOPES, M. C. Estudo de clima organizacional em serviços ambulatoriais de saúde pública da Secretaria de Saúde de Itajaí – (SC). segunda parte: perfil dos servidores e nível de satisfação. R. Ci. Saúde, Florianópolis, v. 15, n. 1,2, p.163-190, jan./dez. 1996.
- REGIS FILHO, G. I.; LOPES, M. C., GLAYCON, M. Democratização da administração em serviços de saúde pública – do taylorismo à gestão participativa. R. Ci. Saúde, Florianópolis, v. 17, n.2, p.13-29, jul./dez. 1998.

REIS, J. N. dos. A motivação humana no trabalho administrativo do enfermeiro na realidade hospitalar – aspectos teóricos. 1993. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

RODRIGUES, M. A relação motivação/participação na empresa. Monografia (Curso de Especialização em Administração) - Escola Superior de Administração e Gerência, Fundação de Ensino do Pólo-Geoeducacional do Vale do Itajaí, 1987, 71p.

SANNAZZARO, C. A. de C. Determinação dos fatores condicionantes da motivação e satisfação no trabalho em um laboratório de análises clínicas hospitalar. Rev. Bras. Anal. Clín., São Paulo, v.19, n.1, p.9-13, 1987.

SANTOS FILHO, L. de C., 1910 – História geral da medicina brasileira. São Paulo: HUCITEC: Ed. da Universidade de São Paulo, 1977.

SBRAGIA, R.; MAXIMIANO, A. C. A. Um estudo sobre fatores condicionantes da motivação e satisfação no trabalho. R. Adm., São Paulo, v.15, n.1, p. 7-17, jan./mar. 1980.

SKINNER, B.F. Ciência e comportamento humano. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985. 420p.

SOUZA, D. S. A saúde bucal no sistema único de saúde. R. Divulg., São Paulo, n. 6, p.4-9, 1991.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. R. Adm. Publ. v.24, n.2, p.78-99, fev./abr. 1990.

_____. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria / organizadora: 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995, p.211-219.

WICKSTRÖM, G.; HELELÄ-HANNUS, L.; JOKI, M. et al. Factors related to good group performance in nursing. Disponível em <<http://www.cyberg.curtin.edu.au>>. Acesso em 01 de dezembro de 2000.

WISNER, A. A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994. 190p.

WITTIG, A. F. Psicologia geral – São Paulo: McGraw – Hill, 1981. 300 p.

WHO. World health organization. 2000. Disponível em <<http://www.who.int>> Acesso em 01 de dezembro de 2000.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALVES, R. Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras. 18ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 209p.
- ANGELINI, A. L. A avaliação da motivação humana pelo M.P.A.M. R. Psicol. Norm. Patol. São Paulo, v.4, p.3-14, 1998.
- BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às ciências sociais. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 1999. 283p.
- BERGAMINI, C. W. A difícil administração das motivações. R. Adm. Emp. São Paulo, v. 38, nº 1, p. 6-17, jan./mar. 1998.
- BUENO, J. H. Pesquisa de clima organizacional: mais que uma técnica, um ato de coragem. Treinam. Desenv. São Paulo, p:14-16, out. 1995.
- CASTRO, D. M. de. A motivação através do ciclo da qualidade. R. Adm. São Paulo, v. 29, nº 2, p.32-37, abr./jun. 1994.
- COSTA, G. V. da. Cultura e valores organizacionais. Florianópolis: Insular, 1999. 168p.
- DELORENZO, A. N. Sociologia aplicada à administração. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1986. 279p.
- DUTRA, J. S. A utopia da mudança das relações de poder na gestão de recursos humanos. In: _____. Cultura e poder nas organizações. São Paulo: Atlas, 1989. p.145-169.
- ETZIONI, A. Organizações modernas. São Paulo: Pioneira, 1989. 163p.
- FLEURY, M. T. L. Estórias, mitos, heróis - cultura organizacional e relações no trabalho. R. Adm. Emp. Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.7-18, out./dez. 1987.
- FLEURY, M. T. L. O desvendar a cultura de uma organização uma discussão metodológica. In: _____. Cultura e poder nas organizações. São Paulo: Atlas, 1989. p.15-27.
- _____. Cultura organizacional - os modismos, as pesquisas, as intervenções: uma discussão metodológica. R. Adm., São Paulo, v.24, n.1, p.3-9, jan./mar. 1989.
- FREITAS, M. E. Cultura organizacional grandes temas em debate. R. Adm. Emp. São Paulo, v.31, n.3, p.73-82, jul./set. 1991.

GUTIERREZ, L. H. S. Percepção do clima organizacional conforme o escalão hierárquico. R. Adm. Emp. São Paulo, v.28, n.4, p.5-13, out./dez. 1988.

HESKETH, J. L. Motivação e clima organizacional. Arq. Bras. Psicol. Apl. Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.83-97, jul./set.1977.

KASZNAR, I. K. A tipologia da motivação burocrática para administradores públicos de Marvick e os constructos de Downs, Gouldner, Tullock e outros. R. Adm. Pub. Rio de Janeiro, v.30, n.6, p.5-20, nov./dez. 1996.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LUIZ, M. V. A enfermagem e o conhecimento dos conceitos de liderança, motivação, comunicação e mudança. Acta. Paul. Enferm., v.2, n.4, p.111-122, dez. 1989.

MANCINI, W. Fatores motivacionais para o trabalho dos servidores fiscais. Florianópolis: Insular, 1999. 136p.

MARQUES, J. C. Diálogo criativo, intersubjetividade e mudanças na cultura organizacional. In: Cultura e poder nas organizações. São Paulo: Atlas. p.48-67. 1990.

MARRAS, C. C.; FERNANDES, N. S.; CARMAGNANI, M. I. S. A qualidade da assistência de enfermagem e a motivação no trabalho. R. Enf., v.16, nº 4, dez. 1998.

MELO, M. C. de O. L. Produto e produtores da cultura organizacional: algumas questões sobre o comportamento dos empregados. R. Adm., São Paulo, v.26, n.2, p.60-67, abr./jun. 1991.

MILANI, I. Análise do comportamento aplicada à organização. Psicol.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 4, nº 2, p. 149-155, 1989.

MIETTO, D. P. Motivando a força de vendas: estudo de caso. R. Adm., São Paulo, v.32, nº 2, p.90-93, abr./jun., 1997.

MIGLIACCIO FILHO, R. Reflexões sobre o homem e o trabalho. R. Adm. Emp., São Paulo, v. 34, nº 2, p.18-32, mar./abr. 1994.

MORAN, E. T., VOLKWEIN, J. F. The cultural approach to the formation of organizational climate. Hum. Relations, v .45, n.1, p.19-47, 1992.

MOTTA, F. C. P. Organizações: vínculo e imagem. R. Adm. Emp., São Paulo, v.31, n.3, p.5-11, jul./set. 1991.

MOTTA, P. R. Todo mundo se julga vitorioso, inclusive você: a motivação e o dirigente. R. Adm. Publ., Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.117-29, jan./mar. 1986.

- OLIVEIRA, M. A. Pesquisas de clima interno nas empresas: o caso dos desconfiômetros avariados. Equipe Técnica OBI. São Paulo: Nobel. 1995. 164p.
- PATRÍCIO, Z. M. A prática do cuidar-cuidado à família da adolescente grávida através de enfoque sócio-cultural, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- PETTIGREW, A. M. A cultura das organizações é administrável? cultura e poder nas organizações. São Paulo: Atlas, 1989. p.145-153.
- REGIS FILHO, G. I., LOPES, M. C. Estudo de clima organizacional em serviços ambulatoriais de saúde pública, da secretaria de saúde de itajaí, sc. primeira parte: perfil dos usuários e nível de satisfação. R. Ci. Saude, Florianópolis, v. 12, n. 1/2, p.181-197, jan./jun. 1994.
- REGIS FILHO, G. I., SELL, Ingeborg. Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos – uma abordagem ergonômica. Itajaí: Editora da UNIVALI. 2000, 132p.
- RIBEIRO, C. R. M. A empresa holística. 3. ed., São Paulo: Editore, 1992. 191p. 1993.
- SANTOS, N. M. A tipologia de quinn para conhecer empresas brasileiras - elementos e características. Tend. Trab., São Paulo. p.19-24, ago. 1995.
- SANTOS, S. R. O fator humano na organização: aspectos teóricos. Hosp.: Adm. Saúde, vol. 17, nº 1, jan./fev. 1993.
- SBRAGIA, R. Um estudo empírico sobre o clima organizacional em instituições de pesquisa. R. Adm., São Paulo, v. 18, n. 2, p.30-39, abr./jun. 1983.
- SHINYASHIKY, G. T. Estudo quantitativo dos pressupostos básicos da cultura organizacional. R. Adm. São Paulo. v. 30, n. 3, p.60-72, jul./set. 1995.
- SIEVERS, B. Além do sucedâneo da motivação. R. Adm. Emp., São Paulo, v. 30, n. 1, p.5-16, jan./mar. 1990.
- SOUZA, E. L. P. Clima e estrutura de trabalho. R. Adm., São Paulo, v.18, n.3, p.68-71, jul./set. 1983.
- OTAMAYO, A.; GONDIM, M. G. C. Escala de valores organizacionais. R. Adm., São Paulo, v.31, nº2, p. 62-72, abr./jun, 1996.
- THÉVENET, M. A cultura de empresa hoje em dia. R. Adm., São Paulo, v. 26, n.2, p.32-39, abr./jun. 1991.
- VIEIRA, S. Introdução à bioestatística. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1980. 196p.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

<http://www.aboprev.org.br>

<http://www.ensp.fiocruz.br>

<http://www.fiocruz.br>

<http://www.fns.gov.br>

<http://www.ibge.gov.br>

<http://www.mundobucal.com.br>

<http://www.nc.ufcj.br>

<http://www.odontologia.com.br>

<http://www.paho.org>

<http://www.saude.gov.br>

<http://www.saudebucal.com.br>

<http://www.sc.gov.br/saude>

<http://www.unicef.org>

<http://www.who.int>

ANEXO II

Inquérito Sócio/Motivacional

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO –
MESTRADO EM ERGONOMIA

Prezado Colega:

Estamos enviando a todos os servidores dos Postos de Saúde e Policlínicas da Secretaria de Saúde de Itajaí o presente questionário, que pretende fazer um levantamento dos “Fatores Motivacionais no Trabalho em Serviços de Saúde Pública” entre os profissionais dessa Secretaria.

As respostas deste questionário serão utilizadas em nossa Dissertação de Mestrado na Área de Ergonomia.

As repostas aos questionários nos permitirão elaborar sugestões adequadas objetivando contribuir para que dirigentes públicos reconheçam a importância do capital humano, propiciando um ambiente salutar, que seja favorável ao desenvolvimento e a modernização da máquina pública, para que possamos prestar um serviço ágil e de qualidade e que atenda as demandas populacionais.

Por outro lado, este formulário não objetiva identificar o entrevistado, mas obter respostas verdadeiras e precisas que externem seus sentimentos sobre a sua motivação e satisfação para o trabalho, bem como o seu ambiente de trabalho.

Outrossim, ficaremos imensamente agradecidos se fosse possível preencher o questionário até o **dia 20 de novembro do corrente ano**, pois temos prazos a cumprir em nossa pesquisa.

Salientamos que sua colaboração é imprescindível para o sucesso de nosso trabalho e antecipadamente agradecemos ao Colega por atender nossa solicitação.

Cordialmente,

Mônica Cristina Lopes, CD

Questionário n.º: _____

1. Identificação

- 1.1 Sexo: 1. () masculino 2. () feminino , 1.2 Idade: _____ anos
- 1.3 Estado Civil: 1. () solteiro 2. () casado 3. () viúvo
4. () divorciado 5. () outro: _____

3. Residência (Cidade): _____

2. Perfil Profissional

2.1 Escolaridade: () 1º Grau Incompleto () Universitário Incompleto
 () 1º Grau Completo () Universitário Completo
 () 2º Grau Incompleto () Pós-Graduação. Qual? _____
 () 2º Grau Completo _____

2.2 Salário Individual: () Até 2 Salários Mínimos
 () De 2 a 4 Salários Mínimos
 () De 4 a 6 Salários Mínimos
 () De 6 a 8 Salários Mínimos
 () Acima de 8 Salários Mínimos

2.3 Regime de trabalho: () Estatutário/Efetivo
 () Contrato por Tempo Limitado

2.4 Carga Horária Diária: _____

2.5 Tempo de serviço: _____ anos.

2.6 Moradia: () própria () alugada () outra

2.7 Religião: _____

2.8 Cargo/Função:

- () médico () odontólogo () farmacêutico () enfermeiro () psicólogo
 () fonoaudiólogo () assistente social () técnico de enfermagem
 () auxiliar de enfermagem () atendente de enfermagem () assistente administrativo
 () agente administrativo () auxiliar contábil () laboratorista () motorista
 () zeladora () recepcionista () agente de serviços gerais () outro

3. Fatores Motivacionais

Quando você tem um bom desempenho (trabalha bem) a Secretaria Municipal de Saúde reconhece através de algum benefício?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

Você acha que a Secretaria Municipal de Saúde se preocupa com a sua segurança física no trabalho?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

~~5)~~ O que você acha das condições (área física, instalações, limpeza, etc.) do seu local de trabalho?

péssimas ruins boas ótimas

~~6)~~ Você percebe que há frequência em desacordos e desajustes entre funcionários do seu setor e ou com outros setores da Secretaria Municipal de Saúde?

nunca raramente quase sempre sempre

~~5)~~ Você é consultado quanto a idéias que possam vir a melhorar a qualidade do serviço?

nunca raramente quase sempre sempre

~~6)~~ Você percebe que seu chefe tem atenção e interesse na resolução dos problemas?

nenhum pouco bastante muito

~~7)~~ No seu trabalho você utiliza todos os seus conhecimentos?

nunca raramente quase sempre sempre

~~8)~~ O que você acha dos benefícios que a Secretaria Municipal de Saúde ou a Prefeitura Municipal de Itajaí oferece?

péssimos ruins bons ótimos

~~9)~~ O que você acha das condições de trabalho quanto aos aspectos de recursos materiais e de equipamentos disponíveis?

péssimas ruins boas ótimas

~~10)~~ Você tem feito boas amizades na Secretaria Municipal de Saúde e na Prefeitura Municipal de Itajaí?

nenhuma poucas bastante muitas

11) Como você considera o tratamento dado pela sua chefia?

péssimo ruim bom ótimo

~~12)~~ Você percebe que há interesse por parte da sua chefia no seu crescimento profissional?

nunca raramente quase sempre sempre

~~13)~~ Você acredita que seu chefe o estimula à troca de idéias e opiniões?

nunca raramente quase sempre sempre

- ~~14~~) Seu trabalho permite que você tenha perspectivas para realizações futuras?
- nunca raramente quase sempre sempre
- ~~15~~) Você acha que a Secretaria Municipal de Saúde lhe dá chances de ser promovido em sua carreira ou a outros cargos?
- nenhuma poucas bastante muitas
- ~~16~~) O que você acha da quantidade de treinamentos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde para você realizar as suas atividades?
- nenhum poucos bastante muitos
- ~~17~~) O que você acha da colaboração entre os funcionários no seu ambiente de trabalho?
- péssima ruim boa ótima
- ~~18~~) Quando você tem um bom desempenho sua chefia reconhece e o beneficia?
- nunca raramente quase sempre sempre
- ~~19~~) Você se sente a vontade para exercer liderança no seu cargo ou na sua função?
- nunca raramente quase sempre sempre
- ~~20~~) Seu chefe lhe dá idéias e sugestões para resolverem os problemas que surgem?
- nunca raramente quase sempre sempre
- ~~21~~) Você considera o seu trabalho como sendo interessante, provocando a apreciação e o empenho na sua produtividade?
- nada pouco bastante muito
- ~~22~~) Você acha que a Secretaria Municipal de Saúde está cumprindo as promessas feitas aos funcionários?
- nenhuma poucas bastante muitas
- ~~23~~) O que você acha da qualidade dos treinamentos já realizados?
- péssimos ruins bons ótimos
- ~~24~~) Conversam com você sobre modificações que vão acontecer no seu setor de trabalho?
- nunca raramente quase sempre sempre

~~25)~~ A sua chefia lhe dá autoridade para decidir sobre assuntos que são importantes para o seu trabalho?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

~~26)~~ Você costuma receber elogios do seu chefe quando você faz um bom trabalho?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

~~27)~~ Seu chefe o encoraja para a melhora do trabalho?

() nada () pouco () bastante () muito

~~28)~~ Você considera que seu trabalho lhe oferece oportunidade de exercitar tarefas de decisão (planejamento e organização)?

() nada () pouco () bastante () muito

~~29)~~ Você acha que os treinamentos que recebeu ajudaram você no seu trabalho?

() sem treinamento () pouco () bastante () muito

~~30)~~ O que você acha das normas disciplinares da Secretaria Municipal de Saúde?

() péssimas () ruins () boas () ótimas

~~31)~~ Como você acha que são as relações entre os seus colegas de trabalho?

() péssimas () ruins () boas () ótimas

~~32)~~ Quando você precisa sua chefia arruma tempo e mostra-se solícito a falar com você?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

~~33)~~ Você acredita e confia no que sua chefia diz?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

~~34)~~ Você gosta do trabalho que faz?

() nada () pouco () bastante () muito

~~35)~~ Você gosta das tarefas que executa?

() nada () pouco () bastante () muito

~~36)~~ Você acha que tem condições de melhorar ou crescer no seu serviço?

() nenhuma () poucas () bastante () muitas

37) O que você acha dos locais para descanso ou lanche do seu local de trabalho?

péssimos ruins bons ótimos

38) Você acha que os problemas de relacionamento humano, geralmente, são detectados e resolvidos satisfatoriamente?

nunca raramente quase sempre sempre

39) Quando há chances de promoção ou transferência as chefias reconhecem seu merecimento?

nunca raramente quase sempre sempre

40) Você acha que seu chefe exerce sua função com competência?

nunca muito pouco bastante muito

41) Seu trabalho oportuniza que você seja útil à sociedade?

nada pouco bastante muito

42) Você se sente incentivado a se especializar e a atingir níveis melhores de cargos em sua carreira?

nunca pouco bastante muito

43) Alguma vez aconteceu faltar material, equipamentos ou instrumental para você realizar o seu trabalho?

nunca raramente quase sempre sempre

44) Como é o seu relacionamento com os seus colegas no seu setor de trabalho?

péssimo ruim bom ótimo

45) Você é incentivado pelo seu chefe a melhorar o seu desempenho e o do seu setor?

nunca raramente quase sempre sempre

46) Você gosta do modo como seu chefe exerce sua chefia?

nada pouco bastante muito

47) Seu trabalho oportuniza o seu crescimento pessoal?

nada pouco bastante muito

48) O que você acha, em geral, do atendimento dos Departamentos que compõem a Secretaria Municipal de Saúde?

() péssimo () ruim () bom () ótimo

49) Você acha que as informações que recebe da Secretaria Municipal de Saúde são claras e completas?

() nada () pouco () bastante () muito

50) Você confia em seus colegas de trabalho?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

51) A sua chefia fala com você sobre o seu desempenho no trabalho?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

52) Você se sente a vontade para discutir assuntos de trabalho com o seu chefe?

() nada () pouco () bastante () muito

53) Seu trabalho oportuniza o seu crescimento profissional?

() nada () pouco () bastante () muito

54) O seu Departamento oferece condições de você participar dando suas idéias?

() nenhuma () pouco () bastante () muito

55) Quando há uma quebra de equipamento ou falta de material você é atendido rapidamente para o restabelecimento normal do trabalho?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

56) Você sente estímulo para a troca de idéias e opiniões com os outros colegas no seu local de trabalho?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

57) Você se sente reconhecido por sua competência profissional pelo seu chefe?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

58) Você recebe de sua chefia informações que precisa saber?

() nunca () raramente () quase sempre () sempre

59) Seu trabalho lhe traz a sensação ou a satisfação de estar realizando algo especial ou desafiante?

nenhuma pouca bastante muito

60) Você acha que a Secretaria Municipal de Saúde está aproveitando sua capacidade de trabalho?

muito mal mal bem muito bem

61) Comparando com o dos seus colegas de trabalho, você acha seu salário justo?

nada pouco bastante muito

62) Como estão os materiais e equipamentos que você utiliza para trabalhar?

péssimos ruins bons ótimos

63) Você acha que há amizade e colaboração no grupo de trabalho?

nenhuma pouca bastante muita

64) Seus chefes permitem que você atinja seus objetivos pessoais?

nunca raramente quase sempre sempre

65) Como você acha que as chefias geralmente tratam seus subordinados?

muito mal mal bem muito bem

66) Seu trabalho corresponde as suas qualificações?

nunca raramente quase sempre sempre

ANEXO III

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

a) Competência Percebida do Supervisor (CPS)

Pergunta Nº 13	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	20	17.1%	17.1%
2.0	33	28.2%	45.3%
3.0	46	39.3%	84.6%
4.0	18	15.4%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 20	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	15	12.8%	12.8%
2.0	34	29.1%	41.9%
3.0	34	29.1%	70.9%
4.0	34	29.1%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 27	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	22	19.1%	19.1%
2.0	41	35.7%	54.8%
3.0	39	33.9%	88.7%
4.0	13	11.3%	100.0%
Total	115	100.0%	

Pergunta Nº 33	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	8	6.9%	6.9%
2.0	16	13.8%	20.7%
3.0	57	49.1%	69.8%
4.0	35	30.2%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta Nº 40	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	3	2.5%	2.5%
2.0	29	24.6%	27.1%
3.0	45	38.1%	65.3%
4.0	41	34.7%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 46	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	11	9.3%	9.3%
2.0	42	35.6%	44.9%
3.0	38	32.2%	77.1%
4.0	27	22.9%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 52	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	13	11.0%	11.0%
2.0	26	22.0%	33.1%
3.0	42	35.6%	68.6%
4.0	37	31.4%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 58	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	6	5.1%	5.1%
2.0	29	24.6%	29.7%
3.0	49	41.5%	71.2%
4.0	34	28.8%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 06	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	11	9.4%	9.4%
2.0	30	25.6%	35.0%
3.0	38	32.5%	67.5%
4.0	38	32.5%	100.0%
Total	117	100.0%	

Competência Percebida do Supervisor	Frequência	Percentual	Cumulativo
12.0	5	4.2%	4.2%
13.0	4	3.4%	7.6%
14.0	2	1.7%	9.3%
15.0	4	3.4%	12.7%
16.0	4	3.4%	16.1%
16.7	1	0.8%	16.9%
18.0	2	1.7%	18.6%
19.0	6	5.1%	23.7%
20.0	4	3.4%	27.1%
21.0	1	0.8%	28.0%
22.0	8	6.8%	34.7%
23.0	4	3.4%	38.1%
23.6	2	1.7%	39.8%
24.0	4	3.4%	43.2%
25.0	6	5.1%	48.3%
26.0	7	5.9%	54.2%
27.0	9	7.6%	61.9%
28.0	2	1.7%	63.6%
29.0	4	3.4%	66.9%
29.3	1	0.8%	67.8%
30.0	8	6.8%	74.6%
31.0	7	5.9%	80.5%
32.0	1	0.8%	81.4%
32.6	1	0.8%	82.2%
33.0	2	1.7%	83.9%
33.8	1	0.8%	84.7%
34.0	8	6.8%	91.5%
34.9	1	0.8%	92.4%
35.0	7	5.9%	98.3%
36.0	2	1.7%	100.0%
Total	118	100.0%	

Competência Percebida do Supervisor	Frequência	Percentual	Cumulativo
Desfavorável	32	27.1%	27.1%
Favorável	86	72.9%	100.0%
Total	118	100.0%	

b) Condições de Trabalho Oferecidas pela Empresa (CTE)

Pergunta N° 16	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	47	40.2%	40.2%
2.0	65	55.6%	95.7%
3.0	5	4.3%	100.0%
4	0	0.0%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta N° 02	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	50	43.1%	43.1%
2.0	39	33.6%	76.7%
3.0	19	16.4%	93.1%
4.0	8	6.9%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta N° 23	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	19	17.1%	17.1%
2.0	23	20.7%	37.8%
3.0	60	54.1%	91.9%
4.0	9	8.1%	100.0%
Total	111	100.0%	

Pergunta N° 03	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	6	5.1%	5.1%
2.0	32	27.1%	32.2%
3.0	67	56.8%	89.0%
4.0	13	11.0%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 30	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	23	21.1%	21.1%
2.0	29	26.6%	47.7%
3.0	52	47.7%	95.4%
4.0	5	4.6%	100.0%
Total	109	100.0%	

Pergunta N° 37	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	26	22.2%	22.2%
2.0	16	13.7%	35.9%
3.0	60	51.3%	87.2%
4.0	15	12.8%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta N°43	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	3	2.6%	2.6%
2.0	42	35.9%	38.5%
3.0	56	47.9%	86.3%
4.0	16	13.7%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta N° 49	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	11	9.4%	9.4%
2.0	76	65.0%	74.4%
3.0	24	20.5%	94.9%
4.0	6	5.1%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta N° 55	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	10	8.5%	8.5%
2.0	58	49.6%	58.1%
3.0	45	38.5%	96.6%
4.0	4	3.4%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta N° 62	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	15	12.7%	12.7%
2.0	35	29.7%	42.4%
3.0	62	52.5%	94.9%
4.0	6	5.1%	100.0%
Total	118	100.0%	

Condições de Trabalho Oferecidas pela Empresa	Frequência	Percentual	Cumulativo
14.0	2	1.7%	1.7%
15.0	2	1.7%	3.4%
16.0	3	2.5%	5.9%
16.3	2	1.7%	7.6%
17.0	1	0.8%	8.5%
18.0	2	1.7%	10.2%
18.9	1	0.8%	11.0%
19.0	8	6.8%	17.8%
20.0	11	9.3%	27.1%
21.0	5	4.2%	31.4%
21.1	1	0.8%	32.2%
21.3	1	0.8%	33.1%
22.0	9	7.6%	40.7%
23.0	8	6.8%	47.5%
23.3	1	0.8%	48.3%
24.0	11	9.3%	57.6%
24.4	2	1.7%	59.3%
25.0	11	9.3%	68.6%
26.0	7	5.9%	74.6%
26.7	1	0.8%	75.4%
27.0	9	7.6%	83.1%
27.1	1	0.8%	83.9%
28.0	8	6.8%	90.7%
28.9	1	0.8%	91.5%
29.0	2	1.7%	93.2%
30.0	1	0.8%	94.1%
31.1	1	0.8%	94.9%
32.0	1	0.8%	95.8%
33.0	3	2.5%	98.3%
33.3	1	0.8%	99.2%
34.0	1	0.8%	100.0%
Total	118	100.0%	

Condições de Trabalho Oferecidas pela Empresa	Frequência	Percentual	Cumulativo
Desfavorável	32	27.1%	27.1%
Favorável	86	72.9%	100.0%
Total	118	100.0%	

c) Estilo Percebido de Chefia (EPC)

Pergunta Nº 12	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	24	20.5%	20.5%
2.0	46	39.3%	59.8%
3.0	21	17.9%	77.8%
4.0	26	22.2%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 18	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	32	27.4%	27.4%
2.0	39	33.3%	60.7%
3.0	33	28.2%	88.9%
4.0	13	11.1%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 19	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	15	12.8%	12.8%
2.0	32	27.4%	40.2%
3.0	35	29.9%	70.1%
4.0	35	29.9%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 25	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	18	15.5%	15.5%
2.0	37	31.9%	47.4%
3.0	33	28.4%	75.9%
4.0	28	24.1%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta Nº 32	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	10	8.5%	8.5%
2.0	17	14.5%	23.1%
3.0	38	32.5%	55.6%
4.0	52	44.4%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 39	Frequência	Percent	Cumumulativo
1.0	25	22.5%	22.5%
2.0	44	39.6%	62.2%
3.0	31	27.9%	90.1%
4.0	11	9.9%	100.0%
Total	111	100.0%	

Pergunta Nº 45	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	17	14.8%	14.8%
2.0	46	40.0%	54.8%
3.0	33	28.7%	83.5%
4.0	19	16.5%	100.0%
Total	115	100.0%	

Pergunta Nº 05	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	52	44.1%	44.1%
2.0	42	35.6%	79.7%
3.0	17	14.4%	94.1%
4.0	7	5.9%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 51	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	24	20.3%	20.3%
2.0	48	40.7%	61.0%
3.0	28	23.7%	84.7%
4.0	18	15.3%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 64	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	14	12.2%	12.2%
2.0	48	41.7%	53.9%
3.0	39	33.9%	87.8%
4.0	14	12.2%	100.0%
Total	115	100.0%	

Estilo	Percebido de Chefia	Frequência	Percentual	Cumulativo
11.0		2	1.7%	1.7%
12.0		3	2.5%	4.2%
13.0		1	0.8%	5.1%
14.0		2	1.7%	6.8%
14.4		1	0.8%	7.6%
15.0		3	2.5%	10.2%
16.0		5	4.2%	14.4%
17.0		7	5.9%	20.3%
18.0		1	0.8%	21.2%
18.9		1	0.8%	22.0%
19.0		4	3.4%	25.4%
20.0		6	5.1%	30.5%
21.0		7	5.9%	36.4%
22.0		6	5.1%	41.5%
23.0		4	3.4%	44.9%
24.0		7	5.9%	50.8%
24.4		1	0.8%	51.7%
25.0		6	5.1%	56.8%
26.0		2	1.7%	58.5%
27.0		4	3.4%	61.9%
27.8		3	2.5%	64.4%
28.0		4	3.4%	67.8%
28.9		1	0.8%	68.6%
29.0		8	6.8%	75.4%
30.0		2	1.7%	77.1%
31.0		3	2.5%	79.7%
31.1		2	1.7%	81.4%
32.0		4	3.4%	84.7%
32.2		1	0.8%	85.6%
32.9		1	0.8%	86.4%
33.0		1	0.8%	87.3%
33.8		1	0.8%	88.1%
34.0		3	2.5%	90.7%
35.0		2	1.7%	92.4%
36.0		2	1.7%	94.1%
36.3		1	0.8%	94.9%
37.0		3	2.5%	97.5%
38.0		2	1.7%	99.2%
40.0		1	0.8%	100.0%
Total		118	100.0%	

Estilo Percebido de Chefia			
	Frequência	Percentual	Cumulativo
Desfavorável	36	30.5%	30.5%
Favorável	82	69.5%	100.0%
Total	118	100.0%	

d) Políticas e Práticas de Administração de Pessoal da Empresa (PPE)

Pergunta Nº 01			
	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	76	64.4%	64.4%
2.0	27	22.9%	87.3%
3.0	11	9.3%	96.6%
4.0	4	3.4%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 22			
	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	39	35.1%	35.1%
2.0	60	54.1%	89.2%
3.0	9	8.1%	97.3%
4.0	3	2.7%	100.0%
Total	111	100.0%	

Pergunta Nº 29			
	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	43	37.1%	37.1%
2.0	29	25.0%	62.1%
3.0	29	25.0%	87.1%
4.0	15	12.9%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta Nº 36			
	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	11	9.5%	9.5%
2.0	22	19.0%	28.4%
3.0	42	36.2%	64.7%
4.0	41	35.3%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta N° 42	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	39	33.6%	33.6%
2.0	51	44.0%	77.6%
3.0	13	11.2%	88.8%
4.0	13	11.2%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta N° 48	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	22	18.6%	18.6%
2.0	40	33.9%	52.5%
3.0	51	43.2%	95.8%
4.0	5	4.2%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 54	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	34	28.8%	28.8%
2.0	60	50.8%	79.7%
3.0	21	17.8%	97.5%
4.0	3	2.5%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 60	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	37	31.4%	31.4%
2.0	29	24.6%	55.9%
3.0	42	35.6%	91.5%
4.0	10	8.5%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 61	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	38	33.0%	33.0%
2.0	63	54.8%	87.8%
3.0	13	11.3%	99.1%
4.0	1	0.9%	100.0%
Total	115	100.0%	

Políticas e Práticas de Administração de Pessoal da Empresa	Frequência	Percentual	Cumulativo
11.3	1	0.8%	0.8%
12.0	2	1.7%	2.5%
13.0	4	3.4%	5.9%
13.3	1	0.8%	6.8%
14.0	3	2.5%	9.3%
15.0	6	5.1%	14.4%
16.0	3	2.5%	16.9%
16.3	1	0.8%	17.8%
17.0	11	9.3%	27.1%
17.5	1	0.8%	28.0%
18.0	3	2.5%	30.5%
18.8	2	1.7%	32.2%
18.9	1	0.8%	33.1%
19.0	13	11.0%	44.1%
20.0	8	6.8%	50.8%
21.0	6	5.1%	55.9%
21.1	1	0.8%	56.8%
22.0	4	3.4%	60.2%
23.0	5	4.2%	64.4%
24.0	6	5.1%	69.5%
24.4	1	0.8%	70.3%
25.0	7	5.9%	76.3%
25.6	2	1.7%	78.0%
26.0	5	4.2%	82.2%
27.0	7	5.9%	88.1%
27.8	1	0.8%	89.0%
28.0	2	1.7%	90.7%
28.8	1	0.8%	91.5%
29.0	2	1.7%	93.2%
30.0	2	1.7%	94.9%
31.0	2	1.7%	96.6%
32.0	3	2.5%	99.2%
36.0	1	0.8%	100.0%
Total	118	100.0%	

Políticas e Práticas de Administração de Pessoal da Empresa	Frequência	Percentual	Cumulativo
Desfavorável	60	50.8%	50.8%
Favorável	58	49.2%	100.0%
Total	118	100.0%	

e) Relações Interpessoais e Comunicações (RIP)

Pergunta Nº 10		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	9	7.6%	7.6%
2.0	50	42.4%	50.0%
3.0	32	27.1%	77.1%
4.0	27	22.9%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 11		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	5	4.3%	4.3%
2.0	16	13.8%	18.1%
3.0	57	49.1%	67.2%
4.0	38	32.8%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta Nº 17		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	9	7.7%	7.7%
2.0	9	7.7%	15.4%
3.0	71	60.7%	76.1%
4.0	28	23.9%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 24		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	33	28.0%	28.0%
2.0	46	39.0%	66.9%
3.0	26	22.0%	89.0%
4.0	13	11.0%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 17		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	2	1.7%	1.7%
2.0	10	8.6%	10.3%
3.0	79	68.1%	78.4%
4.0	25	21.6%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta Nº 38		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	10	8.5%	8.5%
2.0	38	32.2%	40.7%
3.0	60	50.8%	91.5%
4.0	10	8.5%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 04		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	9	7.6%	7.6%
2.0	62	52.5%	60.2%
3.0	41	34.7%	94.9%
4.0	6	5.1%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta N° 50		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	4	3.4%	3.4%
2.0	17	14.5%	17.9%
3.0	71	60.7%	78.6%
4.0	25	21.4%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta N° 56		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	7	6.0%	6.0%
2.0	36	31.0%	37.1%
3.0	45	38.8%	75.9%
4.0	28	24.1%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta N° 63		Frequência Percentual Cumulativo	
1.0	4	3.4%	3.4%
2.0	37	31.6%	35.0%
3.0	55	47.0%	82.1%
4.0	21	17.9%	100.0%
Total	117	100.0%	

Relações Interpessoais e Comunicação	Frequência	Percentual	Cumulativo
18.0	1	0.8%	0.8%
19.0	2	1.7%	2.5%
20.0	3	2.5%	5.1%
21.0	3	2.5%	7.6%
22.0	4	3.4%	11.0%
23.0	3	2.5%	13.6%
24.0	11	9.3%	22.9%
24.4	1	0.8%	23.7%
25.0	7	5.9%	29.7%
26.0	16	13.6%	43.2%
26.7	1	0.8%	44.1%
27.0	10	8.5%	52.5%
28.0	11	9.3%	61.9%
28.9	1	0.8%	62.7%
29.0	11	9.3%	72.0%
30.0	3	2.5%	74.6%
31.0	6	5.1%	79.7%
31.1	1	0.8%	80.5%
32.0	6	5.1%	85.6%
33.0	6	5.1%	90.7%
34.0	5	4.2%	94.9%
35.0	1	0.8%	95.8%
36.0	4	3.4%	99.2%
37.0	1	0.8%	100.0%
Total	118	100.0%	

Relações Interpessoais e Comunicação	Frequência	Percentual	Cumulativo
Desfavorável	6	5.1%	5.1%
Favorável	112	94.9%	100.0%
Total	118	100.0%	

f) Tarefa em Si (TRS)

Pergunta N° 14	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	38	32.5%	32.5%
2.0	48	41.0%	73.5%
3.0	17	14.5%	88.0%
4.0	14	12.0%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 21	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	4	3.4%	3.4%
2.0	31	26.5%	29.9%
3.0	48	41.0%	70.9%
4.0	34	29.1%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 28	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	22	18.8%	18.8%
2.0	48	41.0%	59.8%
3.0	33	28.2%	88.0%
4.0	14	12.0%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 34	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	3	2.6%	2.6%
2.0	8	6.8%	9.4%
3.0	27	23.1%	32.5%
4.0	79	67.5%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 41	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	2	1.7%	1.7%
2.0	11	9.4%	11.1%
3.0	37	31.6%	42.7%
4.0	67	57.3%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 47	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	7	6.1%	6.1%
2.0	38	33.0%	39.1%
3.0	41	35.7%	74.8%
4.0	29	25.2%	100.0%
Total	115	100.0%	

Pergunta Nº 53	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	13	11.4%	11.4%
2.0	63	55.3%	66.7%
3.0	27	23.7%	90.4%
4.0	11	9.6%	100.0%
Total	114	100.0%	

Pergunta Nº 59	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	8	6.9%	6.9%
2.0	31	26.7%	33.6%
3.0	45	38.8%	72.4%
4.0	32	27.6%	100.0%
Total	116	100.0%	

Pergunta Nº 66	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	9	7.7%	7.7%
2.0	31	26.5%	34.2%
3.0	47	40.2%	74.4%
4.0	30	25.6%	100.0%
Total	117	100.0%	

Pergunta Nº 07	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	10	8.5%	8.5%
2.0	13	11.0%	19.5%
3.0	38	32.2%	51.7%
4.0	57	48.3%	100.0%
Total	118	100.0%	

Tarefa em Si	Frequência	Percentual	Cumulativo
13.0	1	0.8%	0.8%
14.0	1	0.8%	1.7%
16.0	1	0.8%	2.5%
17.0	1	0.8%	3.4%
18.0	3	2.5%	5.9%
19.0	1	0.8%	6.8%
20.0	4	3.4%	10.2%
21.0	1	0.8%	11.0%
22.0	5	4.2%	15.3%
23.0	5	4.2%	19.5%
24.0	7	5.9%	25.4%
25.0	3	2.5%	28.0%
26.0	4	3.4%	31.4%
27.0	8	6.8%	38.1%
27.1	1	0.8%	39.0%
28.0	10	8.5%	47.5%
28.8	1	0.8%	48.3%
28.9	1	0.8%	49.2%
29.0	7	5.9%	55.1%
30.0	8	6.8%	61.9%
31.0	7	5.9%	67.8%
31.1	1	0.8%	68.6%
31.3	1	0.8%	69.5%
32.0	6	5.1%	74.6%
32.9	1	0.8%	75.4%
33.0	8	6.8%	82.2%
34.0	2	1.7%	83.9%
35.0	7	5.9%	89.8%
35.6	1	0.8%	90.7%
36.0	4	3.4%	94.1%
36.7	1	0.8%	94.9%
37.0	3	2.5%	97.5%
38.0	1	0.8%	98.3%
39.0	2	1.7%	100.0%
Total	118	100.0%	

Tarefa em Si	Frequência	Percentual	Cumulativo
Desfavorável	12	10.2%	10.2%
Favorável	106	89.8%	100.0%
Total	118	100.0%	

VARIÁVEL DEPENDENTE

a) Motivação do Servidor Público (MSP)

Pergunta Nº 15	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	70	59.3%	59.3%
2.0	43	36.4%	95.8%
3.0	4	3.4%	99.2%
4.0	1	0.8%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 35	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	2	1.7%	1.7%
2.0	13	11.0%	12.7%
3.0	34	28.8%	41.5%
4.0	69	58.5%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 44	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	0	0	0
2.0	0	0	0
3.0	68	57.6%	57.6%
4.0	50	42.4%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 57	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	10	8.5%	8.5%
2.0	42	35.6%	44.1%
3.0	41	34.7%	78.8%
4.0	25	21.2%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 65	Frequência Percentual Cumulativo		
1.0	3	2.5%	2.5%
2.0	20	16.9%	19.5%
3.0	70	59.3%	78.8%
4.0	25	21.2%	100.0%
Total	118	100.0%	

Pergunta Nº 09	Frequência	Percentual	Cumulativo
1.0	15	12.7%	12.7%
2.0	48	40.7%	53.4%
3.0	52	44.1%	97.5%
4.0	3	2.5%	100.0%
Total	118	100.0%	

Motivação do Servidor Público	Frequência	Percentual	Cumulativo
11.0	4	3.4%	3.4%
12.0	1	0.8%	4.2%
13.0	8	6.8%	11.0%
14.0	14	11.9%	22.9%
15.0	14	11.9%	34.7%
16.0	21	17.8%	52.5%
17.0	17	14.4%	66.9%
18.0	16	13.6%	80.5%
19.0	13	11.0%	91.5%
20.0	6	5.1%	96.6%
21.0	3	2.5%	99.2%
22.0	1	0.8%	100.0%
Total	118	100.0%	

Motivação do Servidor Público	Frequência	Percentual	Cumulativo
Desfavorável	5	4.2%	4.2%
Favorável	113	95.8%	100.0%
Total	118	100.0%	

ANEXO IV

Teste Qui-quadrado

	CTE		TRS		CPS		EPC		PPE	
	QUI	P	QUI	P	QUI	P	QUI	P	QUI	P
SEXO	3,16	0,0751	0,03	0,8674	1,38	0,2405	0,39	0,5341	0,004	0,9462
ESCOLARIDADE	0,51	0,4739	1,33	0,2475	1,28	0,2584	0,28	0,5957	2,72	0,0993
SALÁRIO INDIVIDUAL	0,63	0,4266	0,95	0,3307	0,63	0,4266	2,29	0,1298	2,14	0,1432
REGIME DE TRABALHO	3,83	0,0505	0,03	0,8652	0,06	0,8126	3,87	0,049	1,57	0,2097
TEMPO DE EMPRESA	3,25	0,0716	0,37	0,5434	0,92	0,3363	2,57	0,1091	0,51	0,4742
CARGO/FUNÇÃO										
AUXILIARES	0,23	0,633	0,78	0,3762	1,08	0,298	0,43	0,5127	0,69	0,4053
GERAIS	0,44	0,5068	1,82	0,1776	0	1	0,12	0,7294	0,81	0,3684
TÉCNICOS	0,01	0,915	1,21	0,2719	0,01	0,915	0,76	0,3811	2,18	0,1395
UNIVERSITÁRIOS	0,26	0,6079	2,61	0,1062	0,88	0,3476	1,26	0,2613	0,11	0,7383

QUI – valor do teste Qui-quadrado

P – valor do nível de significância

Para a variável independente Relações Interpessoais e Comunicação (RIP) e para a variável dependente Motivação/Satisfação do Servidor Público (MSP) não foi possível aplicar teste de associação em virtude do número de indivíduos na categoria desfavorável ser muito pequeno, apenas 05 para cada variável.

ANEXO V

Classificação Hierárquica Ascendente e Classificação Não Hierárquica por Partição

Comparação na Horizontal

Sexo	a	b	c	d	Total
Feminino	23.3%	35.6%	33.3%	7.8%	100.0%
Masculino	22.2%	48.1%	22.2%	7.4%	100.0%
Total	22.9%	39.0%	30.5%	7.6%	100.0%

Escolaridade	a	b	c	d	Total
1 – 1º Grau Incompleto	36.4%	9.1%	45.5%	9.1%	100.0%
2 – 1º Grau Completo	22.2%	38.9%	22.2%	16.7%	100.0%
3 – 2º Grau Incompleto	11.1%	22.2%	66.7%		100.0%
4 – 2º Grau Completo	31.8%	36.4%	31.8%		100.0%
5 – Universitário Incompleto	12.5%	50.0%	37.5%		100.0%
6 – Universitário Completo	11.1%	51.9%	18.5%	18.5%	100.0%
7 – Pós-Graduação	27.3%	45.5%	27.3%		100.0%
8 - Brancos	100.0%				100.0%
Total	22.9%	39.0%	30.5%	7.6%	100.0%

Salário Individual	a	b	c	d	Total
1 a 2 Salários Mínimos	25.0%	36.1%	33.3%	5.6%	100.0%
2 a 4 Salários Mínimos	25.9%	37.0%	33.3%	3.7%	100.0%
4 a 6 Salários Mínimos	30.0%	35.0%	25.0%	10.0%	100.0%
6 a 8 Salários Mínimos	14.3%	47.6%	23.8%	14.3%	100.0%
9 Salários Mínimos	11.1%	55.6%	33.3%		100.0%
Brancos	20.0%	20.0%	40.0%	20.0%	100.0%
Total	22.9%	39.0%	30.5%	7.6%	100.0%

Regime de Trabalho	a	b	c	d	Total
Brancos	100.0%				100.0%
Estatutário/Efetivo	23.7%	40.2%	27.8%	8.2%	100.0%
Contrato por Tempo Limitado	10.5%	36.8%	47.4%	5.3%	100.0%
Total	22.9%	39.0%	30.5%	7.6%	100.0%

Tempo de Serviço	a	b	c	d	Total
1 - < 2 anos	14.3%	28.6%	42.9%	14.3%	100.0%
2 - 2 a 5 anos	22.9%	45.7%	25.7%	5.7%	100.0%
3 - 6 a 10 anos	23.8%	33.3%	35.7%	7.1%	100.0%
4 - 11 a 15 anos	33.3%	53.3%	6.7%	6.7%	100.0%
5 - 16 a 20 anos	40.0%		60.0%		100.0%
6 - 21 a 25 anos		60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
7 - > 26		50.0%	50.0%		100.0%
Total	22.9%	39.0%	30.5%	7.6%	100.0%

Cargo/Função	a	b	c	d	Total
Outros	33.3%		66.7%		100.0%
Auxiliar	26.3%	36.8%	26.3%	10.5%	100.0%
Serviços Gerais	26.7%	13.3%	46.7%	13.3%	100.0%
Técnico	22.2%	41.7%	33.3%	2.8%	100.0%
Universitário	20.0%	48.9%	22.2%	8.9%	100.0%
Total	22.9%	39.0%	30.5%	7.6%	100.0%

Comparação na Vertical

Sexo	a	b	c	d	Total
Feminino	77.8%	69.6%	83.3%	77.8%	76.3%
Masculino	22.2%	28.3%	16.7%	22.2%	22.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Escolaridade	a	b	c	d	Total
1 – 1º Grau Incompleto	14.8%	2.2%	13.9%	11.1%	9.3%
2 – 1º Grau Completo	14.8%	15.2%	11.1%	33.3%	15.3%
3 – 2º Grau Incompleto	3.7%	4.3%	16.7%	0.0%	7.6%
4 – 2º Grau Completo	25.9%	17.4%	19.4%	0.0%	18.6%
5 – Universitário Incompleto	3.7%	8.7%	8.3%	0.0%	6.8%
6 – Universitário Completo	11.1%	30.4%	13.9%	55.6%	22.9%
7 – Pós-Graduação	22.2%	21.7%	16.7%	0.0%	18.6%
8 - Brancos	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Salário Individual	a	b	c	d	Total
1 a 2 Salário Mínimos	33.3%	28.3%	33.3%	22.2%	30.5%
2 a 4 Salário Mínimos	25.9%	21.7%	25.0%	11.1%	22.9%
4 a 6 Salário Mínimos	22.2%	15.2%	13.9%	22.2%	16.9%
6 a 8 Salário Mínimos	11.1%	21.7%	13.9%	33.3%	17.8%
9 Salário Mínimos	3.7%	10.9%	8.3%	0.0%	7.6%
Brancos	3.7%	2.2%	5.6%	11.1%	4.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Regime de Trabalho	a	b	c	d	Total
Brancos	7.4%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%
Estatutários/Efetivos	85.2%	84.8%	75.0%	88.9%	82.2%
Contrato por Tempo Limitado	7.4%	15.2%	25.0%	11.1%	16.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tempo de Serviço	a	b	c	d	Total
1 - < 2 anos	7.4%	8.7%	16.7%	22.2%	11.9%
2 - 2 a 5 anos	29.6%	34.8%	25.0%	22.2%	29.7%
3 - 6 a 10 anos	37.0%	30.4%	41.7%	33.3%	35.6%
4 - 11 a 15 anos	18.5%	17.4%	2.8%	11.1%	12.7%
5 - 16 a 20 anos	7.4%	0.0%	8.3%	0.0%	4.2%
6 - 21 a 25 anos	0.0%	6.5%	2.8%	11.1%	4.2%
7 - > 26 anos	0.0%	2.2%	2.8%	0.0%	1.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Cargo/Função	a	b	c	d	Total
Outros	3.7%	0.0%	5.6%	0.0%	2.5%
Auxiliar	18.5%	15.2%	13.9%	22.2%	16.1%
Serviços Gerais	14.8%	4.3%	19.4%	22.2%	12.7%
Técnico	29.6%	32.6%	33.3%	11.1%	30.5%
Universitário	33.3%	47.8%	27.8%	44.4%	38.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%